

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ: ВЗГЛЯД ИНТЕРНИСТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

I. I. Goncharik

COLON CANCER: LOOK OF AN INTERNIST

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе в Беларуси, происходит устойчивый рост заболеваемости раком толстой кишки (РТК). В структуре онкологической заболеваемости РТК вышел на третье-четвертое место, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы и имеет тенденцию к дальнейшему учащению (3,5). В США и странах Западной Европы РТК по распространенности находится на втором и третьем месте после рака молочной железы и легких. Он занимает второе место среди причин смерти у пациентов злокачественными заболеваниями. Считается, что у 6% американцев при определенных условиях может развиться РТК (2, 6). Риск развития РТК резко увеличивается у эмигрантов из районов низкого риска (где придерживаются диеты с высоким содержанием клетчатки и низким содержанием жира) в зоны высокого риска развития РТК (где распространена так называемая «западная диета»).

Факторы риска РТК

- Старение: после 40 лет заболеваемость РТК год от года возрастает, удваиваясь каждые 10 лет.
- РТК или полипы у ближайших родственников: наличие у родственников первой степени родства коло-ректального рака или полипоза толстой кишки в 3 раза увеличивает риск развития РТК. В этих случаях необходимо раннее скрининговое обследование.
- Высокое содержание жира (особенно жареной говядины и баранины) и низкое содержание клетчатки в рационе: животные жиры вызывают повышение экскреции солей желчных кислот с калом и увеличивают рост бактерий, что может приводить к разрушению солей желчных кислот с образованием канцерогенов. Такой же эффект оказывает курение, перенесенная холецистэктомия и резекция желудка.
- Заболевания кишечника:
 - язвенный колит: риск больше у пациентов с тотальным поражением толстой кишки, чем у тех,

у кого процесс ограничен левыми отделами толстой кишки (от селезеночного изгиба до прямой кишки). У пациентов с изолированным поражением прямой кишки (язвенный проктит) риск возникновения РТК существенно не отличается от такового в популяции в целом (4);

- болезнь Крона: риск развития РТК в 10 раз выше, чем в основной популяции; он, как правило, развивается в области стриктуры кишки и межкишечного анастомоза;
- наличие в прошлом РТК;
- аденоматозные полипы: считается, что большинство, если не все, опухоли кишечника возникнут из предшествующих аденоматозных полипов. В течение 5, а чаще 10 лет гистологически подтвержденный аденоматозный полип толстой кишки превращается в рак.
 - Злокачественные опухоли половых органов и молочной железы у женщин.
 - Гиподинамия: установлена обратная взаимосвязь между физическими упражнениями (движением) и риском РТК.

РТК может локализоваться в любом ее отделе. Примерно в 50% случаев опухоль располагается в прямой и сигмовидной кишке, в 25% случаев – в слепой и восходящей кишке и в 25% случаев – в поперечноободочной и нисходящей кишке.

Клиническая картина зависит от локализации, размера опухоли и наличия метастазов.

Самым частым симптомом РТК является изменение частоты и характера стула, но к врачу пациент чаще всего обращается по поводу кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (темная кровь, слизь). Кровотечение может быть явным или скрытым. Скрытое кровотечение обычно выявляют при пальцевом ректальном исследовании или при анализе кала. Возможен запор. Если опухоль частично закрывает просвет кишки возможен понос.

РТК правых отделов вызывает анемию вследствие медленной хронической кровопотери. Нередко в брюшной полости определяют опухолевидный инфильтрат и возникают боли в животе, но из-за большого диаметра проксимальных отделов ободочной кишки и жидкого кишечного содержимого острая кишечная непроходимость развивается редко и на поздних стадиях заболевания. Возможны также похудание, отсутствие аппетита, недомогание, наличие объемного образования в брюшной полости, формирование кишечно-пузырного, кишечно-желудочного или наружного кишечного свища.

РТК левых отделов проявляется нарушениями функциональной и моторной деятельности кишечника. К развитию кишечной непроходимости предрасполагают небольшой диаметр дистальных отделов ободочной кишки, плотные каловые массы и частое циркулярное поражение кишки опухолью.

Гематогенное метастазирование РТК обычно затрагивает печень; возможны поражения костей, легких и головного мозга.

Диагноз. Учитываются так называемые малые признаки рака: отсутствие аппетита, похудание, недомогание, анемия, кишечный дискомфорт, изменение частоты и характера стула, различные болевые ощущения, кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта, длительные хронические заболевания кишечника, полипоз. В постановке диагноза помогают глубокая скользящая пальпация, нередко позволяющая обнаружить наличие объемного образования в брюшной полости, пальцевое исследование (рак прямой кишки), ирригоскопия (обнаруживает кольцевидное сужение кишечного просвета, дефект наполнения с нечеткими контурами), гибкая ректосигмоскопия и особенно колоноскопия с прицельной биопсией, которая является «золотым стандартом» в диагностике РТК. Она является наилучшим методом исследования толстой кишки на наличие полипов или злокачественной опухоли. Кроме того, полипы при колоноскопии можно удалить, а если они слишком велики и неудобны для удаления из-за слишком широкого основания – взять биопсию для гистологического исследования. В будущем КТ-голография будет играть важнейшую роль в диагностике РТК (1).

При лабораторном исследовании выявляют железодефицитную анемию, низкий уровень железа в сыворотке, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Повышение активности ЩФ свидетельствует о метастазах в печень. Иногда существенным признаком метастатического поражения печени служит увеличение активности ЛДГ и/или ГГТП в сыворотке. Гипербилирубинемия с повышением активности ЩФ указывает на множественные метастазы в печень (5). По возможности стараются исключить метастазы, для чего проводят КТ (с внутривенным контрастированием) грудной клетки, живота и малого таза.

Гистологически отличить крупный доброкачественный полип, а также другие доброкачественные процессы от РТК несложно. В 90–95% случаев РТК представлен аденокарциномой.

Для раннего обнаружения РТК придается значение определению скрытой крови в кале с помощью гемокульт-теста. Современные модификации дают положительные результаты при потере 1 мл крови. По данным литературы, примерно у 50–85% лиц с положительными результатами гемокульт-теста выявляют предраковые или злокачественные образования. Гемокульт-тест является скрининговым методом для диагностики РТК.

Важным представляется определение раково-эмбрионального антигена (РЭА), который при РТК оказывается повышенным (при верхней границе нормы 2,5 нг/мл) у 36–83% пациентов.

Новые возможности скрининга для обследования открываются при определении цитологического теста «Титог Мр2-РК» на опухолевую пируваткиназу – ключевого гликолитического фермента метаболизма гастроинтестинальной опухоли (5).

Лечение РТК хирургическое. Химио- и лучевая терапия малоэффективны.

Профилактика. Как и при профилактике любых других заболеваний, при РТК существует первичная и вторичная профилактика. Первичная профилактика РТК подразумевает выявление факторов риска развития заболевания и осуществление мероприятий по снижению этого риска. К вторичной профилактике относится обнаружение заболевания на ранних его стадиях, когда лечение бывает наиболее эффективным и наносит минимальный вред здоровью пациента.

Снизить риск развития РТК можно, придерживаясь так называемой «здоровой» диеты, которая основана на ограничении содержания в пищевом рационе животных жиров и мяса, особенно в жаренном виде и на увеличении употребления растительной клетчатки, свежих овощей, фруктов, витаминов А, С, Е, молочных продуктов, богатых метионином и кальцием. Необходимо ежедневное употребление фолатов, которые являются природными антиоксидантами, чем и обусловлен антимуtagenный защитный профилактический эффект. Необходимы высокая физическая активность и нормальная масса тела.

Лицам, входящим в группу риска (РТК в семье, полипы толстой кишки, хронические воспалительные заболевания толстой кишки, наличие в прошлом РТК) необходимо тщательное динамическое наблюдение для раннего выявления опухолей и их своевременного лечения. Своевременное удаление полипов – эффективный способ профилактики рака. У радикально оперированных пациентов по поводу РТК обязательно проведение эндоскопического исследования через 6 и 12 мес в первый год после выполненной операции, а затем один раз в два года. Это необходимо для диагностики не только возможного местного ре-

☆ **Обзоры и лекции**

цидива опухоли, но и вновь образующихся полипов в других отделах толстой кишки, что нередко бывает у данных пациентов (6).

Оптимальным считается, что каждый человек в группе риска старше 40 лет, один раз в два-три года должен быть полностью обследован, включая гибкую сигмоскопию или колоноскопию, УЗИ органов брюшной полости.

У всех людей после 50 лет следует проводить анализ кала на скрытую кровь, беря материал для исследования при трех спонтанных дефекациях. В случае положительного результата у них следует проводить гибкую сигмоскопию или колоноскопию. Скрининговое обследование позволяет уменьшить смертность от РТК не только благодаря его обнаружению, но так-

же благодаря выявлению и удалению аденом, из которых в будущем может развиваться рак.

Литература

1. *Авундук, К.* Гастроэнтерология. – М., 2013. – 750 с.
2. *Мак Нелли, П. Р.* Секреты гастроэнтерологии. – М., 1999. – 1022 с.
3. Онкология: национальное руководство / Под ред. В. И. Чисова, М. М. Давыдова. – М., 2008. – 1072 с.
4. *Румянцев, В. Г.* Язвенный колит: Руководство для врачей. – М., 2009. – 424 с.
5. *Семионкин, Е. И.* Руководство по колопроктологии. – М., 2014. – 272 с.
6. *Филиппс, Р. К. С.* Колоректальная хирургия. – М., 2009. – 348 с.

Поступила 2.11.2015 г.