



Проблема своевременной диагностики первично-множественного синхронного рака толстой кишки

**Нуднов Н.В.* , Гончаров С.В. , Станоевич У.С. , Близнюков О.П. ,
Конторович Д.С.**

*ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России,
ул. Профсоюзная, 86, Москва, 117997, Российская Федерация*

Резюме

Первично-множественный рак толстой кишки – актуальная проблема современной медицины, что связано с неуклонным ростом заболеваемости данной патологией и высокой сложностью ее диагностики. Согласно литературным источникам, частота встречаемости этой формы рака за последнее время достигла 17% от всех первично-множественных новообразований и является очень распространенной локализацией. В статье приводится клиническое наблюдение, подтверждающее необходимость тщательной диагностики первично-множественного рака толстой кишки с помощью лучевых методов для последующего определения тактики лечения.

Ключевые слова: первичномножественный рак толстой кишки; диагностика; многосрезовая компьютерная томография.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Нуднов Н.В., Гончаров С.В., Станоевич У.С., Близнюков О.П., Конторович Д.С. Проблема своевременной диагностики первично-множественного синхронного рака толстой кишки. *Вестник рентгенологии и радиологии.* 2020; 101 (3): 170–4. <https://doi.org/10.20862/0042-4676-2020-101-3-170-174>

Статья поступила 26.01.2020

Принята к печати 28.05.2020

The Problem of Timely Diagnosis of Multiple Primary Colon Cancer

**Nikolay V. Nudnov*, Sergey V. Goncharov, Uglesha S. Stanoevich,
Oleg P. Bliznyukov, Dar'ya S. Kontorovich**

*Russian Scientific Center of Roentgenradiology, Ministry of Health of the Russian Federation,
ul. Profsoyuznaya, 86, Moscow, 117997, Russian Federation*

Abstract

Multiple primary colon cancer is an urgent medical problem of our time, which is associated with a steady increment in the incidence of the above disease and with the high complexity of its diagnosis. According to the literary sources, the incidence of this form of cancer of the colon has recently amounted to as much as 17% among all multiple primary neoplasms and this organ is a very common site. The paper describes a clinical case confirming the need for a thorough diagnosis of multiple primary colon cancer, by applying radiation techniques to further define treatment policies.

Keywords: multiple primary colon cancer; diagnosis; multislice computed tomography.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

For citation: Nudnov N.V., Goncharov S.V., Stanoevich U.S., Bliznyukov O.P., Kontorovich D.S. The problem of timely diagnosis of multiple primary colon cancer. *Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2020; 101 (3): 170–4 (in Russ.). <https://doi.org/10.20862/0042-4676-2020-101-3-170-174>

Received 26.01.2020

Accepted 28.05.2020

Введение

Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки как во всем мире, так и в России неуклонно растет и в настоящее время занимает третье и четвертое места в структуре всей онкологической заболеваемости мужского и женского населения соответственно [1].

На рост заболеваемости злокачественными новообразованиями влияют следующие факторы: увеличение средней продолжительности жизни (и в целом, и после успешного лечения онкологических заболеваний), улучшение диагностики онкологических заболеваний, возрастание интенсивности канцерогенных воздействий, ухудшение экологической ситуации, наследственная отягощенность, избыточный вес, гиподинамия, а также употребление в пищу большого количества жиров [2, 3]. Согласно литературным источникам, доля первично-множественных опухолевых заболеваний достигает 20–25% от всех злокачественных опухолей. При этом ободочная и прямая кишка являются органами, где чаще всего встречается мультицентрический рак: в последние годы его частота достигла 17% среди всех первично-множественных новообразований [4, 5]. Хотя в настоящее время на синхронные опухоли приходится менее 20% всех полинеоплазий толстой кишки, однако именно эти новообразования представляют существенную проблему, так как при больших размерах дистальной опухоли и невозможности проведения полноценного эндоскопического исследования всей толстой кишки риск «пропустить» проксимальную опухоль очень высок. В результате не диагностированная опухоль случайно обнаруживается или же не обнаруживается интраоперационно, что может, с одной стороны, существенно изменить объем хирургического вмешательства, а с другой – привести к неблагоприятному исходу заболевания [6].

Таким образом, важным аспектом для определения тактики лечения больных является использование всех имеющихся диагностических ресурсов. Применение лучевых методов диагностики, и прежде всего многосрезовой компьютерной томографии (МСКТ), выходит на первый план при обследовании таких пациентов. Учитывая, что вторая опухоль на дооперационном этапе при наличии дистальной опухоли, стенозирующей просвет кишки, диагностируется только в 42% случаев, основной задачей МСКТ, помимо определения локальной распространенности опухолевого процесса, вовлечения соседних органов и поиска регионарных и отдаленных метастазов, становится также детальное исследование всех вышележащих отделов ободочной кишки [7].

Ниже мы приводим собственное клиническое наблюдение, демонстрирующее эффективность

применения МСКТ органов брюшной полости при синхронном первично-множественном колоректальном раке.

Описание случая

Пациентка А., 45 лет, осенью 2019 г. обратилась в ФГБУ «РНЦРР» МЗ РФ с жалобами на выраженные запоры и тяжесть внизу живота, периодически возникающие схваткообразные боли по всему животу, купирующиеся приемом спазмолитиков. Для установки диагноза и определения тактики лечения было назначено обследование.

При колоноскопии визуализируется длинная сигмовидная кишка, формирующая три петли. На расстоянии 40 см от ануса выявлено бугристое разрастание опухолевой ткани, суживающее просвет толстой кишки до 3–4 мм, непроходимый для эндоскопа (рис. 1). Другой патологии со стороны слизистой оболочки осмотренных участков толстой и прямой кишки не выявлено. По данным гистологического исследования, биопсии из опухоли, верифицирована высокодифференцированная аденокарцинома толстой кишки.

Для определения локальной распространенности опухоли, выявления регионарных и отдаленных метастазов пациентке проведена МСКТ органов брюшной полости и грудной клетки. На границе сигмовидной и нисходящей ободочной кишки определяется циркулярное утолщение стенок толстой кишки до 2 см на протяжении 5 см с признаками инвазии опухолевого узла в клетчатку брыжейки. По брыжеечному краю визуализируется единичный измененный лимфатический узел до 1,2 см в диаметре, активно накапливающий контрастный препарат. Других увеличенных лимфатических узлов по ходу левой ободочной артерии

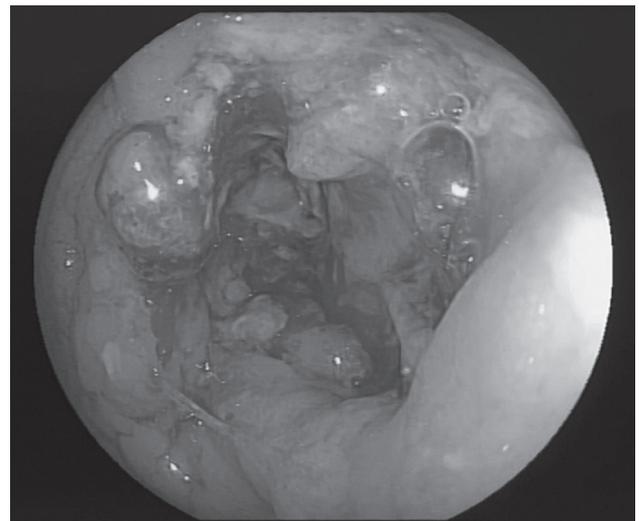


Рис. 1. Колоноскопия. Сигмовидная кишка с разрастанием бугристой и кровотокающей опухоли, стенозирующей просвет кишки до 3–4 мм

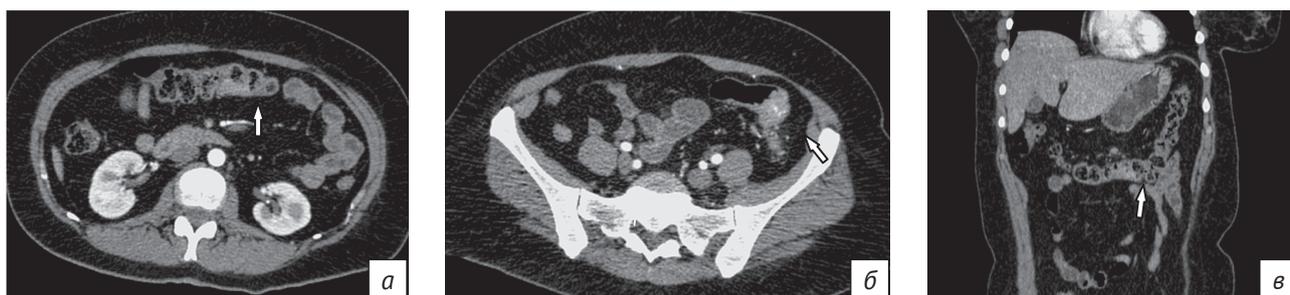


Рис. 2. КТ-изображения органов брюшной полости:

а, б – аксиальная плоскость (артериальная фаза); в – фронтальная плоскость (артериальная фаза). Стенки поперечной ободочной кишки (узкая белая стрелка) и сигмовидной кишки (широкая белая стрелка) неравномерно утолщены за счет опухолевой инфильтрации

и нижней брыжеечной артерии (НБА) не выявлено. Кроме того, определяется локальное неравномерное утолщение стенок поперечно-ободочной кишки до 8 мм, активно накапливающее контрастный препарат в артериальную фазу контрастирования (рис. 2). Лимфатические узлы брыжейки поперечной ободочной кишки по ходу средней ободочной артерии не изменены. Очаговых изменений печени, легких, а также других признаков диссеминации процесса не выявлено.

На основании результатов обследования установлен следующий основной диагноз: первично-множественный синхронный рак. Рак сигмовидной кишки сT3N1aM0, IIIA ст., рак поперечной ободочной кишки сT2N0M0, I ст.

Полученная клиничко-диагностическая картина потребовала значительного расширения изначально запланированного хирургического вмешательства. При этом сама пациентка настаивала на проведении органосохраняющего лечения, для чего понадобилось исследовать сосудистую архитектуру

ободочной кишки, которая часто бывает очень вариабельной, а также соотношение опухолевых образований с магистральными артериями.

Так, при изучении данных МСКТ в артериальную фазу было установлено, что левая ободочная и верхняя сигмовидная артерии отходят от ствола нижней брыжеечной артерии на 4 см ниже отхождения самой НБА. Средняя и нижняя сигмовидные артерии отходят от нее единым стволом на 4 см дистальнее самой опухоли, что с онкологических позиций позволило сохранить часть сигмовидной кишки. Вторая опухоль находилась на уровне средней ободочной артерии (рис. 3). Таким образом, на дооперационном этапе было принято решение о выполнении расширенной левосторонней гемиколэктомии.

В плановом порядке пациентке проведена лапароскопическая расширенная левосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией от основания НБА и перевязкой средней и левой ободочной, а также верхней сигмовидной артерий у основания.

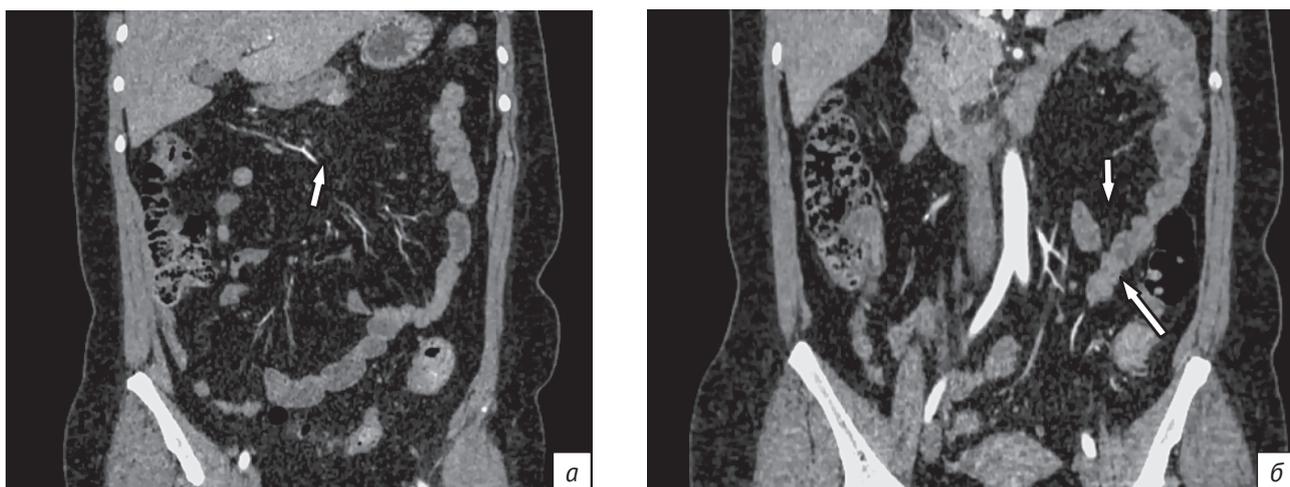


Рис. 3. КТ-изображения органов брюшной полости, фронтальная плоскость, артериальная фаза:

а – место отхождения средней ободочной артерии от верхней брыжеечной артерии (белая стрелка); б – левая ободочная (короткая белая стрелка) и сигмовидная (длинная белая стрелка) артерии отходят от ствола нижней брыжеечной артерии на 4 см ниже отхождения самой НБА

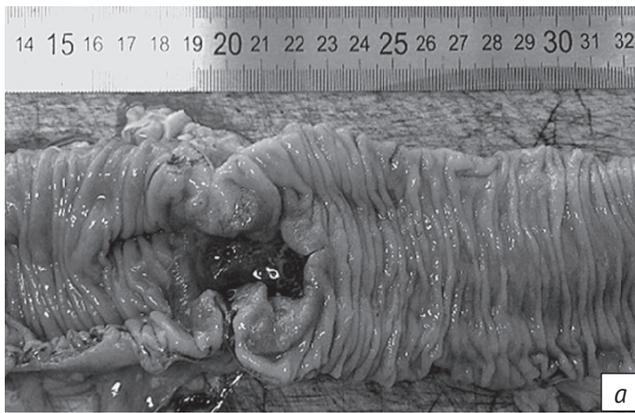


Рис. 4. Макропрепарат после гемиколэктомии:
а – узел в сигмовидной кишке; б – узел в ободочной кишке

При патоморфологическом исследовании операционного препарата клинический диагноз полностью подтвержден: умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки. В стенке сигмовидной кишки – опухолевый узел размером $5,5 \times 4$ см, высотой 2,5 см. Опухоль прорастает все слои стенки кишки и врастает в жировую клетчатку брыжейки. В жировой клетчатке брыжейки сигмовидной кишки обнаружен 21 лимфатический узел, в одном из которых выявлен метастаз аденокарциномы толстой кишки. В стенке поперечной ободочной кишки – опухолевый узел размером $2,0 \times 1,5$ см, прорастающий в слизистую, подслизистую и 1/3 мышечной оболочки толстой кишки. В жировой клетчатке брыжейки поперечной ободочной кишки обнаружено 16 лимфатических узлов без метастазов колоректального рака (рис. 4). Таким образом, данное клиническое наблюдение показывает тесную взаимосвязь между полноценной диагностикой с обязательным использованием лучевых методов и выбором хирургической тактики лечения.

Обсуждение

Несмотря на то что в арсенале у современного врача есть целый спектр лучевых и эндоскопических вариантов обследования пациентов, практически 50% пациентов с колоректальным раком обращаются на поздних стадиях заболевания. При этом часто опухоль является непроходимой для эндоскопа и врачам не удается «увидеть» вышележащие отделы толстой кишки. В 2013 г. О.И. Кит и др. опубликовали результаты собственного клинического исследования пациентов с раком толстой

кишки. В него были включены 90 человек: 60 больных с первично-множественным поражением (из них 30 – с метакронным и 30 – с синхронным раком толстой кишки) и 30 больных – с одиночным поражением. Особый интерес представляет группа пациентов с синхронным первично-множественным колоректальным раком. В данном исследовании второй рак диагностирован, как и в нашем наблюдении, до операции на основании лучевых методов исследования в 40% случаев (12 человек). А в 60% случаев (18 человек) он был диагностирован интраоперационно [8].

Заключение

С каждым годом заболеваемость колоректальным раком только возрастает, но своевременно диагностировать его удается менее чем в 50% случаев. Это приводит к тому, что очень часто эндоскопист выявляет стенозирующую опухоль толстой кишки, которая, в свою очередь, не позволяет осмотреть вышележащие отделы. В таких случаях на первый план выходят лучевые методы диагностики, в частности МСКТ, с помощью которой можно не только выявить регионарные и отдаленные метастазы, но и «увидеть» все вышележащие отделы ободочной кишки, недоступные для осмотра при эндоскопии, а также определить соотношение опухолевого узла и магистральных сосудов. Таким образом, именно МСКТ становится особенно ценным методом обследования пациентов со стенозирующей опухолью прямой и левых отделов ободочной кишки и позволяет выбрать оптимальную хирургическую тактику лечения.

Литература

1. Колганова И.П., Ломовцева К.Х., Кармазановский Г.Г., Калинин Д.В. Диагностика рака толстой кишки. Все ли решено? (Обзор литературы и клинические наблюдения). *Медицинская визуализация*. 2014; 1: 53–68.
2. Степанова Ю.А., Калинин Д.В., Вишневский В.А. Первично-множественные опухоли (обзор литературы). *Медицинская визуализация*. 2015; 6: 93–102.

3. Станоевич У. Коррекция факторов риска колоректального рака – путь к первичной патогенетической профилактике. *Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России*. 2016; 16 (3): 8.
4. Солодкий В.А., Чхиквадзе В.Д., Станоевич У.С., Рагимов В.А., Дехисси Е.И., Лагожина И.А., Зеленина И.А. Индекс массы тела и полинеоплазия. *Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России*. 2015; 15 (1): 8.
5. Кит О.И., Франциянц Е.М., Геворкян Ю.А., Аверкин М.А., Анапалян В.Х. Возможности прогнозирования развития метастатического рака толстой кишки. *Тюменский медицинский журнал*. 2010; 3–4: 21.
6. Попова Т.Н. Особенности диагностики первично-множественных синхронных злокачественных новообразований толстой кишки. *Колoproктология*. 2011; 3 (37): 84–5.
7. Нуднов Н.В., Станоевич У., Гребенкин Е.Н., Сидорова Е.В. К вопросу о роли лучевых методов в диагностике локорегионарного рецидива рака толстой кишки (клиническое наблюдение). *Медицинская визуализация*. 2017; 3: 120–5. DOI: 10.24835/1607-0763-2017-3-120-125
8. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Никипелова Е.А., Франциянц Е.М., Аверкин М.А., Малейко М.Л., Толмах Р.Е. Некоторые клинические особенности первично-множественного рака толстой кишки. *Современные проблемы науки и образования*. 2013; 2: 34.

References

1. Kolganova I.P., Lomovtseva K.K., Karmazanovsky G.G., Kalinin D.V. Diagnosis of colon cancer. Are all the issues resolved? (Review of literature and clinical observations). *Medical Visualization*. 2014; 1: 53–68 (in Russ.)
2. Stepanova Y.A., Kalinin D.V., Vishnevsky V.A. Multiple primary neoplasms (literature review). *Medical Visualization*. 2015; 6: 93–102 (in Russ.)
3. Stanoevich U. Risk factors correction of colorectal cancer – the way to the primary pathogenetic prevention. *Vestnik of Russian Scientific Center of Roentgenoradiology*. 2016; 16 (3): 8 (in Russ.)
4. Solodky V.A., Chkhikvadze V.D., Stanoevich U.S., Ragimov V.A., Dehissi E.I., Lagojina I.A., Zelenina I.A. The body mass index and polineoplasia. *Vestnik of Russian Scientific Center of Roentgenoradiology*. 2015; 15 (1): 8 (in Russ.)
5. Kit O.I., Frantsiyants E.M., Gevorkyan Y.A., Averkin M.A., Anapalyan V.Kh. Possibilities of predicting the development of metachronous colorectal cancer. *Tyumen Medical Journal*. 2010; 3–4: 21 (in Russ.)
6. Popova T.N. Features of diagnosis of primary-multiple synchronous malignant neoplasms of the colon. *Koloproktologia*. 2011; 3 (37): 84–5 (in Russ.)
7. Nudnov N.V., Stanoevich U., Grebenkin E.N., Sidorova E.V. To the question of the role of radiation methods in the diagnosis of locoregional recurrence of colon cancer (clinical case). *Medical Visualization*. 2017; 3: 120–5 (in Russ.). DOI: 10.24835/1607-0763-2017-3-120-125.
8. Kit O.I., Gevorkyan Yu.A., Nikipelova E.A., Frantsiyants E.M., Averkin M.A., Maleyko M.L., Tolmakh R.E. Some clinical features of primary multiple colorectal cancer. *Modern Problems of Science and Education*. 2013; 2: 34 (in Russ.)

Сведения об авторах | Information about the authors

Нуднов Николай Васильевич*, д. м. н., профессор, заместитель директора по научной работе, ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; orcid.org/0000-0001-5994-0468

E-mail: nudnov@rncrr.ru

Гончаров Сергей Владимирович, к. м. н., врач-хирург, заведующий хирургическим отделением № 3 хирургической клиники, ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; orcid.org/0000-0001-7914-1882

Станоевич Углеша Спасоевич, д. м. н., ст. науч. сотр., ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; orcid.org/0000-0002-9057-6227

Близнюков Олег Петрович, д. м. н., заведующий патолого-анатомическим отделением, ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; orcid.org/0000-0003-2401-5007

Конторович Дарья Сергеевна, клинический ординатор, ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; orcid.org/0000-0002-9189-1835

Nikolay V. Nudnov*, Dr. Med. Sc., Professor, Deputy Director for Scientific Work, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Ministry of Health of the Russian Federation; orcid.org/0000-0001-5994-0468

E-mail: nudnov@rncrr.ru

Sergey V. Goncharov, Cand. Med. Sc., Surgeon, Head of Surgical Department № 3, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Ministry of Health of the Russian Federation; orcid.org/0000-0001-7914-1882

Uglesha S. Stanoevich, Dr. Med. Sc., Senior Researcher, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Ministry of Health of the Russian Federation; orcid.org/0000-0002-9057-6227

Oleg P. Bliznyukov, Dr. Med. Sc., Head of Pathology Department, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Ministry of Health of the Russian Federation; orcid.org/0000-0003-2401-5007

Dar'ya S. Kontorovich, Clinical Resident Physician, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Ministry of Health of the Russian Federation; orcid.org/0000-0002-9189-1835