

Р. М. КАРАПЕТЯН, С. А. ХОДЖОЯН

К ВОПРОСУ О КЛИНИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

За последние годы в дизентерийном отделении I инфекционной больницы рак прямой и сигмовидной кишок стал диагностироваться довольно часто. По-видимому, дифференциальная диагностика рака последнего отрезка толстого кишечника и колитов различной этиологии (дизентерия, амебиаз, грибковые, неспецифические и др. колиты) представляет определенные затруднения. Данное сообщение имеет целью заострить внимание терапевтов, инфекционистов и других врачей, занимающихся лечением колитов.

За 1960—1968 гг. рак прямой кишки и сигмы нами установлен у 49 больных (мужчин—29, женщин—20). В возрасте 10 лет был один больной, от 25 до 40 лет—17, от 41 до 60—15, 61 и более лет—17.

Продолжительность заболевания до поступления в клинику была до 1 мес.—у 2 больных, от 1 до 6 мес.—у 14, от 6 до 12 мес.—у 10, от 1 года до 2 лет—у 15, от 2 до 3 лет—у 3, 3 года и более—у 5. Таким образом, у 33 больных продолжительность заболевания до поступления в больницу составляла более 6 мес., а у 23—больше года, в то время как общеизвестно огромное значение ранней диагностики этой болезни с точки зрения эффективности лечения.

Все больные, кроме 5 чел., до поступления в инфекционную больницу в течение всего периода заболевания лечились в поликлиниках и даже в больницах сульфаниламидами, антибиотическими препаратами или домашними средствами, но безрезультатно, изредка с временным улучшением.

Температура субфебрильного характера наблюдалась у 9 больных, похудание—у 34, из них у 13 отмечалась резкая кахексия. Один больной при длительности заболевания 12 мес. и при обильном выделении из кишечника крови в течение последних 3 мес. после назначения усиленного питания прибавил в весе 5 кг. Этот больной был упитанным и оставлял впечатление вполне здорового человека. Постельных больных не было, все были ходячими, многие работали.

Анемия имела у 14 больных, умеренный лейкоцитоз—у 15, ускоренное РОЭ наблюдалось у 17, высокое (от 26 до 60 мм в час.)—у 12.

Край печени прощупывался у 5 больных, опухоль со стороны живота прощупывалась у 3. Большинство наших больных отмечали учащенную дефекацию (от 2 до 10 раз—39 чел., более 10—8), на запоры жаловались 2 больных. Оформленный стул отмечался у 19 чел., с одновременным выделением крови—у 18, слизи—у 15, гноя—у 2; кашицеобразный и полужидкий стул наблюдался у 30, с выделением крови—у 22, слизи—у 25, гноя—у 2; патологических выделений не имели 3 больных. Тенезмы наблюдались только у 7, боли во время дефекации и в области анального отверстия—у 30. Некоторые больные жаловались на боли в животе, но не схваткообразные. У одного больного были обнаружены шигеллы Флекснера и Зонне, у другого—Флекснера.

По-видимому, как отмечается в литературе, рак кишечника протекает относительно доброкачественно, поэтому явления интоксикации у наших больных были слабо выражены.

У 44 диагноз установлен на основании ректоромоноскопии, у 5—рентгенологическим исследованием (контрастная клизма, рентген желудочно-кишечного тракта). Опухоль до 5 см имели 5 больных, от 5 до 10—20, от 10 до 15—15, свыше 15 см—9. У 34 больных наблюдался распад опухоли, иногда кусочки опухоли выделялись во время ректоромоноскопии. Только незначительная часть наших больных подверглась ректоромоноскопии до поступления в клинику, но диагноз дизентерии у них не исключался. Причина, по-видимому, заключается в том, что при введении тубуса ректоскопа первые 5—10 см не осматриваются, так как тубус вводится без контроля глаз. Поэтому этот участок кишечника надо внимательно осмотреть при снятии тубуса, а это часто не удается потому что опухоль надавливает на тубус и последний выскакивает из кишечника. В этих случаях необходимо снова ввести тубус и тщательно осмотреть последний отрезок кишки, где чаще всего встречаются опухолевые изменения.

Гистологическое исследование произведено у 12 больных, причем у 6 установлен железистый рак, у 2—железисто-папиллярный, у 2—железисто-солидный, у 2—слизистый.

Вследствие относительно доброкачественного течения заболевания, раннего распада опухоли и наличия колитического синдрома (кровь, слизь в кале, учащенная дефекация) рак прямой и сигмовидной кишок часто рассматривается как дизентерия, в то время как дизентерия всегда развивается остро, с более или менее сильно выраженными явлениями интоксикации (температура, озноб, адинамия, падение кровяного давления, тахикардия, головная боль), схваткообразными болями в животе, частой дефекацией, появлением крови в виде прожилок, жидким скудным стулом, тенезмами. Прощупывается напряженная болезненная жгутообразная сигмовидная кишка, а также и другие отрезки толстой кишки. Улучшение наступает к 6—7-у, а выздоровление—к 10—15-у дню, зачастую даже без специфической терапии. При антибакте-

риальной терапии излечение наступает раньше. Примерно такая же картина наблюдается при обострении хронической дизентерии. Большое диагностическое значение имеют данные ректоромonosкопии. При острой дизентерии или обострившихся формах заболевания наблюдается диффузная конгесция, отек слизистой и на этом фоне точечные геморрагии, фибриновые наложения, крупозно-дифтеритические налеты, затем язвы поверхностного характера.



Рис. 1. Железистый рак. Рис. 2. Папиллярный рак. Рис. 3. Железисто-папиллярный рак.

При раке прямой кишки заболевание развивается постепенно, без явлений интоксикации и тошноты. Иногда первым признаком заболевания является появление крови с оформленным стулом. Общее состояние больного долго не нарушается, несмотря на постоянное выделение патологической примеси. При ректоромonosкопии слизистая здоровых участков нормальная. Измененным бывает только слизистая, покрывающая опухоль. Опухоль бывает плотной консистенции, изредка гладкая, часто наподобие цветной капусты, различной величины, иногда закрывает просвет кишечника, и дальнейшее введение тубуса становится невозможным (6 случаев). В других случаях опухолевые разрастания наблюдаются на довольно большом расстоянии.

Вследствие постепенного развития заболевания без явлений интоксикации в начале заболевания, обильного выделения крови, зачастую с оформленным стулом, рак прямой кишки нужно дифференцировать от

амебиаза. Здесь также большое значение имеет ректоромonosкопическая картина (очаговое воспаление слизистой, бугоркообразные небольшие возвышения над слизистой, овальные или круглые с подрывными краями глубокие язвы), а также обнаружение гематофагов гистологической амебы. Достаточным основанием для исключения дизентерии и колитов другой этиологии, кроме клинической картины этих заболеваний, является также отсутствие патогенных возбудителей (шигеллы, сальмонеллы, протей) в кале при многократном исследовании, отсутствие их устойчивых форм, грибов, патогенных простейших и неэффективность антибактериальной терапии.

В ы в о д ы

1. При наличии у больных колитического синдрома с целью ранней диагностики рака прямой и сигмовидной кишок и дифференцирование их от колитов различной этиологии необходимо произвести ректоромonosкопическое, а при отсутствии данных и рентгенологическое исследование кишечника.

2. При длительном течении заболевания, многократном отрицательном бактериологическом и протозоологическом исследованиях, а также при отсутствии эффекта от специфического лечения следует иметь в виду также рак кишечника, в частности опухоль прямой и сигмовидной кишок.

Ереванский государственный институт
усовершенствования врачей

Поступило 2/IV 1969 г.

Н. У. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ս. Ա. ԽՈՋՈՅԱՆ

ՈՒՂԻՂ ԱՂԻՔԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո մ

Վերջին տարիներս Երևանի 1-ին ինֆեկցիոն հիվանդանոցի դիզենտերիայի բաժանմունքում ուղիղ աղիքի քաղցկեղը բավական հաճախ է ախտորոշվում: Ըստ երևութիւն, նրա տարբերակումը զանազան պատճառների կոլիտներից (դիզենտերիա, ամեբիազ, սնկային, ոչ սպեցիֆիկ և այլ կոլիտներ), որոշ դժվարություններ է ներկայացնում: Դրա պատճառը, հավանորեն, կոլիտի սինդրոմով դիմող հիվանդների ոչ լրիվ ռառամասիրությունն է (բակտերիոլոգիական, պրոտոզոոլոգիական կրկնակի հետազոտություններ, ռեկտոսոմատոսկոպիա, անհրաժեշտության դեպքում ռենտգենոլոգիական քննություններ): մինչև նրանց բուժում նշանակելը: Որոշ նշանակություն ունի նաև հիվանդության համեմատաբար բարորակ ընթացքը՝ այլ օրգանների քաղցկեղի հետ բաղդատած: 1960—1968 թթ. ընթացքում ուղիղ և սիգմայաձև աղիքների 49

բաղցկեղով հիվանդներից միայն մեկն է դիմել պոլիպոզ ախտորոշմամբ և յոթը՝ հիվանդության ախտորոշման համար: Մնացած 41 հիվանդներն ուղարկվել են դիզենտերիա, խոցային կոլիտ, ամեոբիազ ախտորոշումներով: Նրանցից 14-ի մոտ հիվանդության տևողությունը մինչև ինֆեկցիոն հիվանդանոց ընդունվելը եղել է 1—6 ամիս, 10-ի մոտ՝ 6—12 ամիս, իսկ 25-ի մոտ այն եղել է 1—3 տարի և նույնիսկ ավելի: Մինչդեռ հայտնի է, որ բուժման արդյունավետության տեսակետից մեծ նշանակություն ունի հիվանդության վաղ ախտորոշումը:

Ելնելով մեր դիտողության տակ եղած հիվանդների կլինիկական քննության տվյալներից, կարելի է եզրակացնել, որ ուղիղ և սիգմայածև աղիքների բաղցկեղի վաղ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է՝

1. Մինչև հակաբակտերիային բուժում սկսելը կոլիտի սինդրոմ (արյուն, լորձ կղանքում, հաճախ դեֆեկացիա) ունեցող բոլոր հիվանդներին ենթարկել ռեկտոռոմանոսկոպիայի, ըստ որում աղու վերջին հատվածը պետք է լավ ուսումնասիրել գործիքի փողը հանելու ժամանակ:

2. Դիզենտերիան և տարբեր պատճառների կոլիտները ժխտելու համար բացի այդ հիվանդություններին բնորոշ կլինիկական պատկերից հիմք կարող են հանդիսանալ նաև կրկնակի հետազոտությունների ժամանակ պաթոգեն հարուցիչների (շիզելաներ, սալմոնելաներ, պրոտեոսաներ, նրանց հակաբակտերիային պրեպարատների նկատմամբ կայուն ձևեր, սնկեր, պաթոգեն միաբջջիներ) բացակայությունը և հակաբակտերիային բուժման անարդյունավետությունը:

3. Ռեկտոռոմանոսկոպիայի ժամանակ ախտաբանական փոփոխությունների բացակայության, հիվանդության երկար տևողության, ինչպես և ոչ արդյունավետ բուժման դեպքերում անհրաժեշտ է կատարել աղիքների նաև ռենտգենոլոգիական քննություններ: