

УДК 616.351—006.6—071

А. М. ГАЛСТЯН, Г. А. ДАНИЕЛЯН, К. Л. БАЗИКЯН,
Г. Г. ХАЧАТРЯН, К. В. СЕКОЯНДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ РАКЕ
ТОЛСТОЙ КИШКИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Работа посвящена важной проблеме онкологии — ранней диагностике злокачественных образований прямой и ободочной кишок. Особое внимание авторы обращают на так называемые микросимптомы, играющие большую роль в раннем распознавании рака толстой кишки. Предложены конкретные мероприятия по организации онкологической службы, обеспечивающие своевременное выявление рака толстой кишки.

Своевременное выявление злокачественных новообразований является важным звеном в сложной задаче эффективного лечения больных раком толстой кишки. Однако несмотря на многочисленные сообщения об эффективности некоторых методов исследования вопросы своевременного распознавания и лечения рака ободочной и прямой кишок до сих пор еще имеют ряд пробелов. Наряду с ростом заболеваемости раком указанной локализации все еще велик процент больных с запущенными формами рака толстой кишки. Согласно данным литературы и нашим наблюдениям, около 25—30% больных раком толстой кишки поступают в клинику с III—IV стадией развития опухолевого процесса [1—14]. Большинство авторов находит, что позднее распознавание заболевания раком толстой кишки в основном обусловлено отсутствием характерного симптомокомплекса ранних проявлений новообразований ободочной и прямой кишок.

Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой задачу выявить причины позднего распознавания рака толстой кишки, устранение которых будет способствовать успешному лечению больных.

Нами проанализированы истории болезни 1214 больных со злокачественными новообразованиями толстой кишки. Из общего числа больных 502 страдали раком ободочной и 712 — раком прямой кишок.

При выяснении причин поздней диагностики рака толстой кишки мы обратили особое внимание на: а) микросимптомы в наиболее ранние сроки заболевания, в подавляющем большинстве случаев не вызывающие тревогу как со стороны больных, так и врачей; б) сроки обращаемости больных к медицинской помощи; в) тактические ошибки со стороны врачей общей лечебной сети.

При изучении клинического симптомокомплекса рака толстой кишки установлено, что на разных этапах развития он дает различную клиническую картину. Симптомы его весьма разнообразны и имеют много

общего с проявлением других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Следует отметить различие симптомов рака правой и левой половин толстой кишки, связанное с особенностями функции этих отделов ее. Начальные клинические проявления рака правой половины толстой кишки характеризуются преимущественно симптомами общих нарушений в организме больного и функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта: боли и чувство распирания в правой половине живота, отрыжка, тошнота, иногда рвота, отсутствие аппетита, умеренное вздутие живота, бледность кожных покровов, головокружение, общий упадок сил, быстрая утомляемость. Хронические ноющие боли в правой половине живота часто являются почти единственным проявлением рака правой половины толстой кишки. Иногда единственным симптомом рака правой половины толстой кишки может быть повышение температуры тела до 39°C. При исследовании периферической крови выявляется ускорение РОЭ, умеренный лейкоцитоз и гипохромная анемия (Hb—54—55 ед.) без очевидной потери крови. Описанные симптомы чаще перемешаны и проявляются в различных сочетаниях. Поносы, чередующиеся с запорами, считающиеся классическим симптомом рака толстой кишки, появляются редко. По мере дальнейшего роста и распространения ракового процесса клиническая картина становится более выраженной.

Анализ клинических наблюдений показывает, что в большей части случаев жалобы больных недооцениваются как самими больными, так и врачами. Наличие прощупываемой опухоли, значительные расстройства функций желудочно-кишечного тракта и нарушения в общем состоянии больных должны вызывать подозрение на рак правой половины толстой кишки. Опухоль пальпируется обычно лишь в далеке зашедших случаях, но это не говорит о невозможности радикального хирургического лечения.

Начальное клиническое проявление рака левой половины толстой кишки характеризуется преимущественно кишечными расстройствами, нарушением проходимости и наличием патологических выделений. При раке левой половины толстой кишки на первый план уже в раннем периоде выступают признаки сужения кишки. Сужение редко приводит к острой непроходимости, а чаще всего проявляется упорными запорами, вздутием, урчанием и выделением лентообразного кала обычно с примесью крови. Понос чаще всего принимает форму ложных позывов, т. е. частого выделения из прямой кишки небольшого количества жидкости с примесью кала, слизи и иногда крови. Реже наблюдаются обильные жидкие испражнения. Примесь свежей крови в испражнениях встречается довольно часто (60% наблюдений) и считается ранним признаком рака левой половины ободочной кишки. По мере нарастания явлений непроходимости уже в поздних стадиях появляются схваткообразные боли, общий упадок сил, недомогание, бледность кожных покровов, ускорение РОЭ и умеренно выраженная гипохромная анемия.

При раковом поражении прямой кишки наиболее ранним и достаточно постоянным признаком (свыше 80% случаев) является кровотечение, чаще всего во время испражнения. Количество крови может быть разным — от незначительных капель до массивных кровопотерь. Кровопотери чаще наблюдаются при экзофитных раках, реже — при язвенных формах и почти никогда не отмечаются при инфильтративных формах рака прямой кишки. Слизь в чистом виде отмечается сравнительно редко, а гнойные выделения появляются в более поздние сроки в результате распада и инфицирования опухоли и сопутствующего ректита. Функциональные нарушения менее специфичны для рака прямой кишки, чем патологические выделения. Нарушения акта дефекации выражаются запорами, чередующимися с поносами, ложными позывами, сопровождающимися незначительными болями и выделениями слизи и крови. Больные отмечают также многократное выделение полужидких и жидких каловых масс.

В более поздние сроки появляется ощущение неполного опорожнения кишечника и боли при дефекации. Боли обычно появляются при прорастании опухоли в окружающую клетчатку и могут усиливаться при перистальтике. При далеко зашедшем раковом процессе наступают расстройства со стороны мочевыводящих органов, приводящие иногда к образованию ректовезикальных и ректовагинальных свищей.

Клиническая картина рака прямой кишки в значительной степени зависит от локализации опухоли в кишке. Рак ректосигмоидного отдела прямой кишки сравнительно быстро вызывает сужение, приводящее к вздутию, бурному отхождению газов и лентообразному калу. Рак ампулярной части прямой кишки проявляется постоянным ощущением позыва к испражнению, ощущением неполного опорожнения, выделением частых скудных слизисто-кровянистых испражнений. При раке ампулярной части кишки явления непроходимости появляются значительно позже, чем при раке ректосигмоидного отдела и анального канала. При раке анального канала боли появляются рано, а при прорастании опухоли в мышечные и нервные волокна сфинктера наступает недержание газов и жидкого кала.

При изучении микросимптомов ранних проявлений рака ободочной и прямой кишок установлено, что около 80% больных до развития клинической картины опухолевого поражения кишечника не обращали должного внимания на общую слабость, быструю утомляемость, чувство тяжести и неприятные ощущения в толстой кишке, поносы, чередующиеся с запорами, урчание и несильные боли в животе, временами скопление газов. Следует отметить, что эти симптомы наблюдаются и при ряде других заболеваний, однако указанные признаки с онкологической точки зрения являютсястораживающими и способствуют при комплексном обследовании больных в специализированных кишечных отделениях своевременному выявлению опухолевых поражений толстой кишки. Между тем лишь 20% больных обратилось к медицинской помощи в ранние сроки заболевания. В этой группе больных опухолевое по-

ражение толстой кишки своевременно установлено лишь у 7,6% больных, а в 12,4% наблюдений имела место гиподиагностика опухоли. Поэтому не случайно, что при поражениях ободочной кишки I стадия развития ракового процесса была констатирована у 9,3%, а при поражениях прямой кишки — у 7,6% больных (табл. 1).

Таблица 1

Стадия*	Ободочная кишка		Прямая кишка	
	количество больных	%	количество больных	%
I	2	3	4	5
I	47	9,3	54	7,6
II—III	372	74,1	510	71,6
IV	83	16,5	148	20,8
Всего	502	100,0	712	100,0

* При определении стадии опухолевого процесса мы пользовались классификацией, утвержденной Президиумом УМС-а МЗ СССР от 24.IV.1956 г., с изменениями, внесенными С. А. Холдным [7].

У подавляющего большинства больных (71—74%) отмечены II—III стадии развития опухолевого процесса. При раке ободочной кишки IV стадия установлена у 16,5%, а при раковом поражении прямой кишки — у 20,8% больных. Несмотря на то, что прямая кишка более доступна для пальцевого или эндоскопического исследования, запущенность процесса при этой локализации несколько больше, чем при опухолевых поражениях ободочной кишки.

Сроки обращаемости больных к онкологической помощи приведены в табл. 2.

Таблица 2

Сроки обращаемости больных	Количество больных	%
До 3 месяцев	107	8,7
До 4—6 месяцев	268	22
До 0,5—1 года	367	30,3
Позже 1 года	472	39
Всего	1214	100,0

Из данных таблицы следует, что 39% больных обратились за помощью к онкологу по истечении 1—2 лет от начала заболевания и лишь 8,7% больных — в течение 3 месяцев.

Согласно нашим данным, процент диагностических ошибок все еще велик. Так, 487 (40%) из 1214 больных до момента обращения к онкологу долгое время ошибочно лечились в поликлиниках или неспециализированных лечебных учреждениях с диагнозом: геморрой — 152 больных (12,5%), хронический колит — 136 (11,2%), дизентерия — 102 (8,4%),

полип или псевдополип — 37 (3%), парапроктит — 17 (1,4%), а 43 больных (3,5%) ошибочно подверглись аппендэктомии (табл. 3).

Таблица 3

Ошибочный диагноз	Число больных	%
Геморрой	152	12,5
Хронический колит	136	11,2
Дизентерия	102	8,4
Полипы или полипоз	37	3
Парапроктит	17	1,4
Аппендицит (оперировано)	43	3,5
Итого	487	40

Столь высокий процент диагностических ошибок (40%) со стороны врачей общей лечебной сети мы склонны объяснить игнорированием обязательных методов исследования толстой кишки (пальцевое исследование, проктосигмоидоскопия, колоноскопия, ирригоскопия) или некомплексным и неумелым их использованием.

Учитывая отсутствие высокой онкологической настороженности среди населения и врачей общей лечебной сети, позднюю обращаемость больных к онкологической помощи, большой процент диагностических ошибок, а также неуклонный рост заболеваемости, мы находим целесообразной централизацию больных с различными заболеваниями ободочной и прямой кишок в специализированных кишечных отделениях, оснащенных современной аппаратурой, позволяющей своевременно выявить предопухолевые и опухолевые поражения толстой кишки. Такой подход будет способствовать также рациональному лечению хронических заболеваний, которые могут стать почвой для развития злокачественных новообразований.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что у 45 из 712 больных (6,3%) раком прямой кишки выявлены предшествующие заболевания. При этом полип или полипоз выявлен у 29 (4%) больных, хронический неспецифический язвенный ректосигмоидит — у 16 (2,2%). Наряду с этим у 215 больных (30%) раком прямой кишки выявлены сопутствующие заболевания — геморрой у 97 (13,6%), хронические ректиты — у 51 (7,1%) и выпадение слизистой оболочки прямой кишки — у 9 больных (1,2%).

Следовательно, в комплексе мероприятий по профилактике рака прямой кишки определенное значение имеет своевременное выявление и эффективное лечение этих заболеваний. С этой точки зрения первостепенное значение приобретают учет микросимптомов рака толстой кишки в общелечебной сети и своевременное направление больных в специализированные учреждения.

Հ. Մ. ԳԱՍՏՅԱՆ, Գ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Կ. Լ. ԲԱԶԻԿՅԱՆ, Կ. Վ. ՍԵԿՈՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՍԽԱԼՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ՎԵՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Հաստ աղու քաղցկեղի բարձիթող դեպքերի պատճառների վերծանման նպատակով հեղինակները մանրակրկիտ կերպով ուսումնասիրել են նշված հիվանդությունները տառապող 1214 հիվանդների հիվանդության պատմագրերը: Այդ նպատակով նրանք մասնավորապես ուշադրություն են դարձրել հիվանդության վաղ շրջանների միկրոտախտանիշների, ինչպես նաև հիվանդների բժշկական օգնության դիմելու ժամկետների և բժիշկների կողմից թույլ տրված տակտիկական սխալների վրա:

Պարզաբանված է, որ հիվանդների շուրջ 80%-ը հիվանդության վաղ շրջանում ուշադրություն չեն դարձնում միկրոտախտանիշների վրա: Այդ է պատճառը, որ հաստ աղու քաղցկեղի առաջին ստադիան արձանագրվել է միայն հիվանդների 17%-ի մոտ: Հիվանդների 39%-ը դիմել է բուժական օգնության հիվանդանալուց 1—2 տարի անց և սոսկ 8,7%-ը առաջին 3 ամիսների ընթացքում:

Հաստ աղու քաղցկեղի ուշացած խտորոշումը 40%-ի դեպքում պայմանավորված է բժիշկների թույլ տված սխալներով, իսկ 39%-ը հիվանդների ուշացած դիմումով:

Հեղինակները նպատակահարմար են դտնում հաճախ աղու տարատեսակ հիվանդություններով տառապող անձանց ստացիոնար հետազոտությունը կատարել մասնագիտացված աղիքային բաժանմունքներում, որը կնպաստի նման հիվանդություններով ու քաղցկեղով տառապող հիվանդների վաղաժամ խտորոշմանն ու արդյունավետ բուժմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Галстян А. М. Дисс. докт. М., 1975.
2. Дедков И. П., Присяжнюк А. Е., Зыбина М. А. *Вопр. онкол.*, 1973, 12, стр. 66.
3. Демин В. Н., Корженцева Е. А., Мартынюк В. В. *Матер. Всесоюз. симп.: Профилактика, диагностика, клиника и лечение предопухолевых заболеваний и рака толстой и прямой кишки.* Л., 1970, стр. 19.
4. Ратнер Ю. А., Харитонов Р. К., Елшавич Б. Л., Старостин А. П., Литвинов В. А. *Матер. Всесоюз. симп.: Профилактика, диагностика, клиника и лечение предопухолевых заболеваний и рака толстой и прямой кишки.* Л., 1970, стр. 66.
5. Федоров В. Д., Милитарев Ю. М., Юлаев В. Н. *Хирургия*, 1973, 9, стр. 150.
6. Федоров В. Д., Милитарев Ю. М., Юлаев В. Н. *Хирургия*, 1974, 1, стр. 151.
7. Холдин С. А. *Злоскачественные новообразования прямой кишки.* Л., 1955.
8. Bacon H. *Cancer*, 1974, 28, 1, 196.
9. Bacon H., Guttierrez R. *Disease colon and rectum*, 1967, 10, 1, 61.
10. Butcher H. R. *Cancer*, 1971, 28, 1, 204.
11. Gregl A., Klenle J., Weber H., Weber H. G. *Fortscher. Rontgenstrahlen.*, 1967, 106, 3, 351.
12. Higgins G., Benninghoff D., Nelson J., Mellins H. *Radiology*, 1953, 80, 2, 182.
13. Morgan C. *Am. J. Surgery*, 1968, 115, 4, 442.
14. Stearns M., Scholtendeld D. *Cancer*, 1971, 28, 1, 165.