

## ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В РАСПОЗНАВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

**И. Зайончковская, Ю. Саркисян**, кандидат медицинских наук, **Н. Жижин**

Центральная поликлиника № 1 МВД РФ, Москва  
E-mail: gigin2000@mail.ru

*Статья посвящена анализу современных методов диагностики колоректального рака. Основное внимание авторы уделяют инструментальным методам визуализации опухолей колоректальной зоны. Предложен оптимальный алгоритм для первичного скрининга опухолей ободочной и прямой кишки.*

**Ключевые слова:** колоректальный рак, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Колоректальный рак (КРР) занимает одно из основных мест в онкопатологии человека, особенно в экономически развитых странах. Число заболевших им в мире превышает 3,5 млн; ежегодно регистрируют около 600 тыс. новых случаев КРР, а около 300 тыс. человек умирают от этого заболевания [1]. По данным онкологической службы стран Западной Европы, 5-летняя выживаемость при КРР не превышает 35–40% [1, 2]. Среди пациентов, впервые обратившихся в онкологическое учреждение с этим заболеванием, у 50% опухоль считается нерезектабельной, и 5-летняя выживаемость составляет <5% [1]. По результатам исследований многих авторов, 70–80% больных поступают в клинику со стадией заболевания Т3–Т4 [4]. Это свидетельствует о необходимости изыскания способов ранней диагностики рака прямой и ободочной кишки. В диагностических мероприятиях по выявлению КРР выделяют 3 этапа: скрининговые исследования (анализ кала на скрытую кровь, онкомаркерная диагностика), диагностические мероприятия в поликлинике и стационаре (эндоскопические, рентгенологические, эхографические методы исследования), диспансерное наблюдение (использование лабораторных и инструментальных методов согласно схемам диспансерного наблюдения).

Нами оценены возможности лабораторных и инструментальных методов исследования толстой кишки в распознавании КРР с целью разработки алгоритма их использования. Задачами исследования были: 1) проведение скрининговых мероприятий по выявлению КРР и анализ полученных данных; 2) проведение и анализ инструментальных исследований для выявления неоплазм толстой кишки.

Проанализированы 200 случаев обращения больных к врачу-колопроктологу в Центральной поликлинике МВД РФ в феврале 2008 г. – декабре 2010 г. С жалобами на наличие крови в кале обратились 125 пациентов, слизи – 121, на боли при акте дефекации – 100, запор продолжительностью более 3 дней – 130.

На I-м этапе исследования проводили скрининговые тесты, и среди них – анализ кала на скрытую кровь (самый дешевый и широко используемый метод). Скрытой называется кровь, не изменяющая цвет кала и не определяемая макро- и микроскопически. В норме с калом выделяется менее 2 мл крови в день (или 2 мг Нб на 1 г кала). Реакции для выявления скрытой крови основаны на свойстве кровяного пигмента ускорять окислительные процессы. Легкоокисляемое вещество (бензидин, гваяк), окисляясь, меняет цвет. По скорости появления окрашивания и по интенсивности окраски кала различают слабоположительную (+), положительную (++) и (++++) и резкоположительную (++++) реакции.

Больного необходимо специально готовить для исследования кала на скрытую кровь, иначе реакция может оказаться положительной и у здорового человека. Для этого за 3 сут до исследования из рациона пациента исключают мясные блюда, некоторые фрукты и овощи (содержащие много каталазы и пероксидазы), отменяют аскорбиновую кислоту, препараты железа, ацетилсалициловую кислоту и другие нестероидные противовоспалительные средства). Для обнаружения скрытой крови в кале рекомендуется исследовать кал после 3 последовательных дефекаций, причем каждый раз берут пробы из 2 разных мест каловой массы. При оценке даже 1 положительный результат рассматривают как положительный анализ.

Из 200 больных у 5 получен резкоположительный, у 65 – положительный, у 35 – сомнительный и у 100 – отрицательный результат. Затем проводили пальцевое исследование прямой кишки; при этом опухоль была обнаружена в 4 случаях. Всем пациентам выполняли ректороманоскопию, при которой у 13 пациентов выявили опухолевое поражение прямой кишки, и они были направлены на колоноскопию.

Одним из наиболее эффективных методов ранней диагностики новообразований толстой кишки является фиброколоноскопия (ФКС). Проведено 128 исследований: в 8 случаях выявлен рак толстой кишки, у 3 больных была поражена сигмовидная кишка, у 1 – восходящая, у 4 – прямая, при гистологическом исследовании у 5 больных была подтверждена аденокарцинома, у 3 – железистый рак.

Полипы толстой кишки диагностированы у 54 пациентов: в прямой кишке – у 14 (25,9%), сигмовидной – у 18 (33,3%), поперечной ободочной – у 8 (14,8%), нисходящем отделе толстой кишки – у 8 (14,8%), слепой кишке – у 6 (11,1%). По гистологическому строению преобладала тубулярная аденома (у 46), простой полип обнаружен у 2, бокаловидная аденома – у 6 больных. В 16 случаях не удалось провести полный осмотр всей толстой кишки, и пациентам выполнена ирригоскопия с двойным контрастированием, при этом опухолевое поражение не выявлено.

Самый распространенный скрининговый тест при индикации КРР – метод Вебера, основанный на реакции с гваяковой смолой [3]. Биохимической основой этого теста является индикация активности пероксидазы, благодаря чему становится возможным обнаружение Нб, миоглобина, гема, негемовых пероксидаз в слайдах-отпечатках большого [7]. Реакция неспецифична и часто дает ложноположительный ответ (19–21%). Чувствительность метода – 23–38%, специфичность – 65–78%. По нашим данным, метод оказался чувствительным в 50% наблюдений.

Существуют и другие аналоговые тесты, например количественный тест «Гемоквант», в котором используется флюоресцентное выявление порфиринов в кале. Он характеризу-

ется вдвое большей чувствительностью (42–48%), чем гваяковая реакция, если соблюдены правила получения материала. В норме содержание порфиринов в кале составляет <2 мг/г кала (пограничная зона – 2–4 мг/г, выше 4 мг/г – патология) [6]. Иммунохимические тесты с антителами к глобину человеческого Hb позволяют выявить в кале человеческий Hb и не требуют ограничений в питании и приеме лекарств. Тесты обнаруживают около 0,3 мг Hb на 1 г кала. Биохимическая основа данного исследования – гемагглютинация и поздние агглютининовые тесты. Чувствительность метода – 67–78%, специфичность – 56–67% [6].

Основными инструментальными методами диагностики новообразований толстой кишки в клинической практике являются такие эндоскопические методы, как ректороманоскопия (РРС) и ФКС. Чувствительность ФКС в диагностике КРР составляет 95%, специфичность – 89–93% [7, 8]. Диагностика опухолей толстой кишки затруднена в местах физиологических изгибов. ФКС не может выполняться в полном объеме в 5–15% случаев, включающих осмотр слепой кишки, из-за плохой подготовки пациентов и технических сложностей, возникающих при выполнении процедуры. Эти данные [9, 10] коррелируют с нашими результатами. Тщательное морфологическое исследование с отбором большого количества биоптатов, повторными и расширенными биопсиями повышает вероятность правильного диагноза, но не позволяет избежать ошибок.

ФКС не считается опасной процедурой при обследовании пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта, но она недостаточно безопасна в качестве метода скрининга в связи с возможностью развития осложнений, возникающих

при диагностической ФКС: это – летальность, составляющая 0,01–0,03% (1–3 на 10 тыс. процедур); опасность вирусного инфицирования; транзиторная бактериемия, которая связана с длительностью исследования, качеством подготовки кишки и количеством манипуляций [10]. Процедуру с осторожностью проводят пациентам с заболеваниями клапанов сердца, имплантированными протезами или с угнетенной иммунной системой, которым перед исследованием с профилактической целью необходимо провести антибиотикотерапию [4, 10].

Частым осложнением метода является кровотечение, которое при диагностической ФКС составляет 0,05%, а при удалении полипов – 53% [10]. Перфорации ободочной кишки возникают в 0,3–2,14% случаев [5, 10]. Приводит к перфорации могут энергичные манипуляции инструментами или излишнее растяжение кишки воздухом или газом. В литературе описан постколоноскопический синдром, который проявляется вздутием живота, ощущением дискомфорта и расширением петель кишки. Редкими осложнениями колоноскопии могут быть заворот кишки, повреждение печени, пневмомедиастинум и пневмоторакс [10]. При анализе наших результатов стало ясно, что колоноскопия – это обязательный и основной метод исследования при диагностическом поиске неоплазмы толстой кишки.

Ирригоскопия – основной лучевой метод в диагностике КРР. Чувствительность метода – 78–84%, специфичность – 87%. В 1961 г. А. Wellin [8, 10] предложил методике одномоментного двойного контрастирования. Основное отличие метода от классической ирригоскопии состоит в том, что для исследования толстой кишки используют значительно меньшее количество бариевой взвеси и сразу же, по мере ее



25–27 ЯНВАРЯ 2012 ГОДА • МОСКВА, ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ

**XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
СИМПОЗИУМ  
ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ  
МЕДИЦИНЕ**

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ  
ВЫСТАВКА  
ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ  
МЕДИЦИНЕ**

БИЛЕТЫ НА ВЫСТАВКУ – РЕГИСТРАЦИЯ НА САЙТЕ [WWW.SAM-EXPO.RU](http://WWW.SAM-EXPO.RU)



[WWW.SAM-EXPO.RU](http://WWW.SAM-EXPO.RU)

ОРГАНИЗАТОРЫ:  
**Эстетическая  
Медицина**  
**Старая  
крепость** 000 «БюджетЭкспоМедиа»

### VIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «МЕДИЦИНА ДОЛГОЛЕТИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ»

**Сессия:** Эстетическая эндокринология.

- Гормональные аспекты старения
- Генетические аспекты старения кожи. Дермагенетика
- Менопауза. Новые взгляды на подходы к тактике лечения
- Негормональные средства в лечении климактерических нарушений
- Гиперандрогении у женщин: патогенез, клиника, принципы терапии
- Питание как основной механизм медицины антистарения и профилактики старения кожи
- Микроэлементы против старения кожи
- Мелатонин – геропротектор, антиоксидант, антиканцероген, иммуномодулятор
- Новейшие ингредиенты anti-age косметики
- Геропротекторы: возможности применения, безопасность, эффективность
- Факторы роста в медицине антистарения и косметологии

### Первый российский междисциплинарный научно-практический семинар **NEW «АНТИВОЗРАСТНАЯ И ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»**

Программа семинара разработана на базе образовательных стандартов Американской Академии Антивозрастной Медицины (A4M) и Института Функциональной Медицины (IFM), США

### **NEW МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ-ПРАКТИКУМ**

Практические доклады с видеодемонстрацией процедур на моделях. Детальное отображение техник, методик, инструментов, оборудования.

БИЛЕТЫ НА МЕРОПРИЯТИЯ, ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОГРАММЕ:  
+7(495) 228-70-72/74

введения в дистальные отделы кишки, дальнейшее продвижение осуществляется специальным одноразовым устройством с помощью воздуха, вводимого под контролем рентгенотелевидения с учетом клинических особенностей пациента.

Одно из осложнений при быстром контрастировании — спазм отдельных участков толстой кишки, что может уменьшать эффективность метода [10]. В задачи рентгенологического исследования толстой кишки входят выявление или отрицание первичной опухоли кишки; распознавание протяженности поражения и макроскопического вида опухоли; определение вовлечения кишки в процесс при внекишечных опухолях; установление множественности поражения, ее расположения, смещаемости, а также размеров разных отделов кишки [8, 10].

Главными достоинствами одномоментного двойного контрастирования толстой кишки являются высокая диагностическая эффективность, методическая простота и возможность использования при скрининговых обследованиях групп риска по КРР, однако данный вид исследования в поликлиническом учреждении был использован лишь при невозможности выполнения колоноскопии и явился дополнительным. Основными скрининговыми методами обнаружения КРР являются лабораторные тесты на скрытую кровь в кале, модификационные тесты, при низкой локализации рака — пальцевое исследование прямой кишки. К методам скрининга групп риска относят эндоскопические методы — ФКС и ректороманоскопию, рентгенологические методы, ирригоскопию с двойным контрастированием и другие модификации рентгенологических исследований. Алгоритм диагностического поиска на догоспитальном этапе, по нашему мнению, может быть таким: исследование кала на скрытую кровь, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, ФКС, при невозможности осмотра всей толстой кишки при помощи колоноскопа — проведение ирригоскопии с двойным контрастированием.

## Литература

1. Гарин А.М. Рак толстой кишки. Современное состояние проблемы. — М.: Рича, 1998. — 58 с.
2. Ивашкин В.Т. Колоректальный рак // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1999; 9 (1): 67–72.
3. Фромм Г., Алберт М. Раннее выявление колоректального рака // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998; 8 (4): 79–82.
4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 224.
5. Комаров Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии. — Т. 3. — М.: Медицина, 1996. — С. 578–600.
6. Frommer D. What's new in colorectal cancer screening? // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008; 13 (5): 528–533.
7. Gazelle G., McMahon P., Scholz F. Screening for Colorectal Cancer // Radiology. — 2000; 215 (2): 327–335.
8. Mandel J. Colorectal cancer screening // Cancer Metastasis Rev. — 1997; 16: 263–279.
9. Minsky B. Multimodality treatment for rectal cancer // Third International Conference Perspectives in Colorectal Cancer, a consensus meeting. — Dublin, 2001. — P. 47–64.
10. Wijers O., Tio T., Tytgat G. Ultrasonography and endosonography in the diagnosis and management of inflammatory bowel disease // Endoscopy. — 1992; 24 (8): 5.

### BOWEL IN THE RECOGNITION OF COLORECTAL CANCER

*I. Zaionchkovskaya; Yu. Sarkisyan, Candidate of Medical Sciences; N. Zhizhin Central Polyclinic One, Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, The paper analyzes current diagnostic methods for colorectal cancer. Emphasis is placed on instrumental methods for imaging tumors in the colorectal area. An optimal algorithm for primary screening of colorectal tumors is proposed.*

**Key words:** colorectal cancer, laboratory and instrumental diagnostic techniques.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

**Н. Кочергин**, доктор медицинских наук, **А. Мельниченко**, **У. Биалова**

Первый МГМУ им И.М.Сеченова

E-mail: nkocha@yandex.ru

*Приверженность больных атопическим дерматитом к лечению влияет на его индивидуальную эффективность. Продемонстрирована высокая compliance со значительным улучшением качества жизни больных атопическим дерматитом при применении 0,1% мази такролимуса.*

**Ключевые слова:** атопический дерматит, качество жизни, приверженность к лечению, такролимус.

Проблема атопического дерматита (АтД) по-прежнему остается значимой. В общей структуре всех дерматозов это заболевание составляет от 5 до 30%. Рост заболеваемости, хроническое рецидивирующее течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставят АтД в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины. Увеличение заболеваемости и тяжелое течение болезни связаны со многими причинами, в том числе с ухудшающейся экологической обстановкой, недостаточной осведомленностью больного и пренебрежением факторами, влияющими на качество жизни. Имеются данные о постоянном росте заболеваемости АтД в развитых странах, а также в государствах, находящихся в процессе урбанизации и индустриализации [14, 15].

Как показывают специальные европейские исследования [18], у среднестатистического больного АтД бывает более 9 обострений заболевания, вследствие чего суммарно обострения занимают более 1/3 года; за это время больной проводит примерно 67 бессонных ночей. По мнению японского дерматолога Н. Kimata, суицидальные мысли «посещают» больного АтД при тяжелых обострениях в 20% случаях. Сравнительные исследования качества жизни при разных заболеваниях показали, что при АтД оно страдает в большей степени, чем при крапивнице, бронхиальной астме, псориазе, угрях и даже сахарному диабету [5].

Изучение качества жизни больных АтД (а в последнее время и их родственников) непрерывно продолжается, в том числе и отечественными дерматологами [1–3]. Результаты исследований с несомненностью доказывают сильнейшее «повреждающее» воздействие симптомов АтД, и в первую очередь зудящего характера дерматоза, на психику больного и все аспекты его жизни. Как следствие, может ухудшаться его приверженность к лечению вообще и к применению наружных средств в частности. И наоборот, при хорошей приверженности к лечению может улучшаться качество жизни, что еще сильнее мотивирует к выполнению врачебных назначе-