

Трудности диагностики болезней тонкой кишки

А. Б. Кривошеев¹, Л. А. Хван², С. Л. Бухгейм²

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

² ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье анализируется проблема клиники и диагностики хронической тонкокишечной непроходимости. Наблюдали двух женщин, которым длительно проводили курсы лучевой терапии по поводу гинекологических злокачественных новообразований. Эндоскопические методы исследования оказались малоинформативными. Диагноз был верифицирован при проведении рентгенологического исследования, уточнена локализация процесса. У одной пациентки хроническая тонкокишечная непроходимость была спровоцирована инородным телом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая тонкокишечная непроходимость, лучевая терапия, рентгенологическое исследование, инородное тело кишечника.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Difficulties in diagnosis of small intestine diseases

A. B. Krivosheev¹, L. A. Khvan², S. L. Bukhgeim²

¹ Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

² City Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia

SUMMARY

The article analyzes the problem of clinic and diagnosis of chronic small intestinal obstruction. Two women who had been undergoing long-term radiation therapy for gynecologic malignant neoplasms were observed. Endoscopic methods of investigation proved to be uninformative. The diagnosis was verified by radiological examination, and the localization of the process was specified. In one patient chronic small intestinal obstruction was provoked by a foreign body.

KEYWORDS: chronic small intestinal obstruction, radiation therapy, radiologic examination, intestinal foreign body.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Лучевые (радиационные) поражения кишечника обусловлены воздействием на организм ионизирующего излучения, причем массивными дозами. Лучевая терапия является важной составляющей комплексного лечения злокачественных новообразований органов брюшной полости и малого таза. При лучевом воздействии поражаются, как правило, прямая и сигмовидная кишка вследствие своего фиксированного положения в пределах малого таза и непосредственной близости к месту лучевого воздействия. В данной ситуации не исключено поражение петель тонкой кишки и формирование лучевого энтерита [1, 2]. Широкое распространение лучевой терапии для лечения различных опухолей в малом тазу или брюшной полости иногда сопровождается интенсивным облучением рядом расположенных органов, в частности тонкой и ободочной кишки. Это осложнение может проявляться сразу после курса облучения или спустя некоторое время. Частота поздних кишечных проявлений лучевой терапии по поводу злокачественных новообразований, по разным статистикам, составляет примерно 10% [3]. Помимо эрозивно-язвенного поражения слизистой нередко формируются

участки стеноза тонкой кишки [4]. Наиболее характерным симптомом лучевого энтерита являются коликообразные боли в животе, обусловленные частичной тонкокишечной непроходимостью. Могут наблюдаться тошнота, рвота, признаки нарушения всасывания [3]. Представляем два наших наблюдения.

Случай 1

Пациентка И., 65 лет, 16.06.2015 доставлена скорой помощью в хирургический приемный покой ГКБ № 1 с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, слабость. Госпитализирована с диагнозом хронический панкреатит. Вышеуказанные симптомы появились около 2 недель назад. Осмотр при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 84 ударов в минуту. Дыхание жесткое. Язык обложен. Живот симметричен, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Ректально – кишка не раздута, кал на перчатке обычного цвета. Диагноз при поступлении – хронический панкреатит, обострение.

Из анамнеза. Аппендэктомия в 1968 г. Туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. Беременностей 2, без осложнений. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., остеопороз с переломами. Сахарный диабет 2 типа, корректируется диетой. Аллергия на новокаин. В 1995 г. диагностирован рак шейки матки (аденокарцинома), проводилась лучевая терапия, после чего наблюдается с постлучевым проктитом, циститом. В 1999 г. рецидив рака шейки матки, назначено 2 курса ПХТ. В 2001 г. вновь в мазках из цервикального канала клетки опухоли. Проводится паллиативный курс лучевой терапии.

Все последующие годы – примесь крови в кале. Неоднократно выполнялась ректороманоскопия, фиброколоноскопия. При осмотре – гиперемия, эрозии, язвы прямой кишки, выраженная ранимость и контактная кровоточивость слизистой. Неоднократно лечилась по этому поводу в радиологическом отделении, гастроэнтерологических отделениях города.

В феврале 2011 г. находилась на лечении в радиологическом отделении ГКБ № 1 с диагнозом постлучевой цистит, эрозивный ректит. Поступила с жалобами на боль в нижних отделах живота, примесь крови в кале и моче. Результаты контрольного обследования: общий анализ мочи – свежие эритроциты и лейкоциты до 20–30 в поле зрения. Ректороманоскопия от 23.02.2011. Аппарат введен на 25 см. Кишка резко деформирована, просвет местами сужен. Стенки уплотнены. Слизистая гиперемирована, отечна, кровоточит при контакте, плоские эрозии с красным дном. Складки эластичные, расправляются воздухом. Исследование болезненное. *Заключение:* визуально признаки эрозивного постлучевого колита.

Амбулаторно в 2012 г. проведена фиброколоноскопия: обнаружен эрозивно-язвенный проктит.

В 2013 г. обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на абдоминальные боли, стул 6–8 раз. Наблюдалась с диагнозом радиационный колит.

16.06.2015 по экстренным показаниям госпитализирована в отделение неотложной хирургии.

Результаты обследования

Общий анализ крови: Эр – $4,4 \times 10^{12}$; Нб – 110 г/л; Л – $4,71 \times 10^9$, формула: Б 1%, Э 2%, П 6%, С 61%, Л 26%, М 7%, СОЭ – 19 мм/час. Тромб. 231×10^9 . Общий анализ мочи: белок отр.; уд. вес 1020; сахар отр.; лейкоц. – 4–5 в п/зр; эр. – отр.

Биохимия крови: общий белок – 70 г/л. Альбумин – 40 У/л. Билирубин общий – 6,5 мкмоль/л; прямой – 1,9 мкмоль/л. АсАТ – 21 У/л. АлАТ – 18 У/л. Амилаза крови – 57 г/л. Мочевина – 4,4 мкмоль/л. Креатинин – 81 мкмоль/л. Протромбиновый индекс – 90,6%. Фибриноген – 7,3 г/л. Кальций – 2,6 ммоль/л. Калий – 4,8 ммоль/л. Натрий – 142 ммоль/л. Щелочная фосфатаза – 108 У/л. Гаммаглутаминтранспептидаза – 15 У/л. Железо сыворотки крови – 18 ммоль/л; сахар крови: 8^{00} – 6,6 ммоль/л, 12^{00} – 5,9 ммоль/л, 16^{00} – 4,0 ммоль/л, 20^{00} – 5,2 ммоль/л.

HBS Ag – отр., aHCV – отр., RW – отр. Группа крови – В(III) Rh+.

Инструментальное обследование

Rg-грамма органов грудной клетки и брюшной полости – без видимых патологических изменений. В брюшной полости свободного газа и патологических уровней жидкости нет.

УЗИ абдоминальное: печень нормальных размеров, эхоструктура неоднородная. Желчный пузырь нормальных размеров, форма правильная, стенки тонкие, конкрементов нет. Поджелудочная железа с ровными нечеткими контурами, эхоструктура диффузно неоднородная. Почки не изменены. *Заключение:* эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени, хронический панкреатит.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 81 в 1 мин., незначительные изменения миокарда.

19.06.2015 переведена в гастроэнтерологическое отделение в относительно стабильном состоянии для продолжения лечения. Проведено контрольное обследование: в общем анализе крови и биохимических показателях отрицательной динамики не зарегистрировано.

УЗИ абдоминальное (контроль). Печень незначительно увеличена, эхоструктура умеренно диффузно изменена, звукопроводимость снижена. Сосуды печени не изменены. Желчный пузырь увеличен в размерах: $8,8 \times 4,3 \times 4$ см, перегиб неполный в шейке, перекрут. Содержимое гомогенное, стенки тонкие, эхоплотность повышена, конкрементов нет. Поджелудочная железа с ровными, четкими, неровными контурами, эхоструктура гиперэхогенная. Почки: полостная система деформирована, уплотнена. Селезенка 20 см². *Заключение:* эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы, почек. Хронический холецистит, панкреатит. Хронический пиелонефрит.

Фиброгастроскопия. Пищевод и кардия б/о. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой желудка эластичные, стенки желудка подвижны. Слизистая желудка бледная, истончена. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки б/о. *Заключение:* хронический атрофический гастрит.

УЗИ гинекологическое. Признаки хронического цервицита. Умеренное количество жидкости в малом тазу. Слизистая атрофичная. Инфильтратов в малом тазу нет. Тело матки и придатков с обеих сторон четко не пальпируется.

Осмотр онкогинеколога. Постлучевой колит. Состояние после радиационной, химиотерапии 1995, 1999, 2001 гг. Рецидива заболевания нет.

02.07.2015 у больной с ночи появились интенсивные боли в животе, приобрели характер схваткообразных, рвота многократно – до пяти раз кишечным содержимым, выраженная слабость. Стула не было. При осмотре – бледность кожных покровов, тахикардия, болезненность в верхних отделах живота, некоторая асимметрия, перистальтика активная.

Экстренно проведена обзорная Rg-грамма органов брюшной полости: в брюшной полости раздутые петли тонкого кишечника с горизонтальными уровнями в виде чаш и арок. *Заключение.* Признаки тонкокишечной непроходимости.

Больная осмотрена хирургом и с диагнозом частичная кишечная непроходимость принято решение перевести пациентку в отделение неотложной хирургии для дальнейшего наблюдения и лечения.

02.07.2015 проведена КТ органов брюшной полости с контрастированием просвета кишечника и последующим в/в контрастным усилением: печень, поджелудочная железа б/о. Селезенка не увеличена. Перегиб дна желчного пузыря. Патологических образований в почках нет. Лимфатические узлы не увеличены. Определяется мешотчатое расширение левой почечной артерии размерами 14×15×13 мм. Нижняя брыжеечная артерия не контрастируется. В стенках аорты кальцинаты. Раздутые петли тонкого кишечника с уровнями жидкости. *Заключение.* На момент РКТ-исследования признаки тонкокишечной непроходимости, мешотчатой аневризмы левой почечной артерии, перегиба дна ж.п. Возможно, окклюзия нижней брыжеечной артерии.

09.07.2015. Ирригоскопия: патологических уровней нет, следы бария в слепой кишке. Ретроградно введен барий, заполнена толстая кишка и часть подвздошной кишки. Верхняя 1/3 ампулы прямой кишки, ректосигмоидный отдел равномерно сужены до 15–17 мм. Контуры их ровные и четкие. Ректосигмоидный отдел подтянут вниз и кпереди, кратковременно спазмирован. Вышележащие отделы толстой кишки без видимых изменений. Терминальный отдел подвздошной кишки не сужен на протяжении 7 см. Петли вышележащих отделов подвздошной кишки представляются смазанными. Рельеф по типу частокола. Эвакуация полная, складки слизистой нисходящего отдела и сигмовидной кишки продольно расположены. В терминальном отделе подвздошной кишки на протяжении 7 см складки слизистой утолщены и перестроены (рис. 1). *Заключение.* Постлучевые изменения ректосигмоидного отдела толстой кишки в виде умеренного сужения просвета и деформации. Хронический сигмоидит. Эвакуаторная функция не нарушена (кратковременные спазмы ректосигмоидного отдела). Дебют нестенотической стадии терминального илеита? Радиационная энтеропатия петель подвздошной кишки, расположенной в малом тазу.

30.07.2014. Rg-графия желудка, тонкой кишки: в желудке, 12-перстной и тощей кишке изменений не выявлено.



Рисунок 1. Ирригоскопия (см. описание в статье)

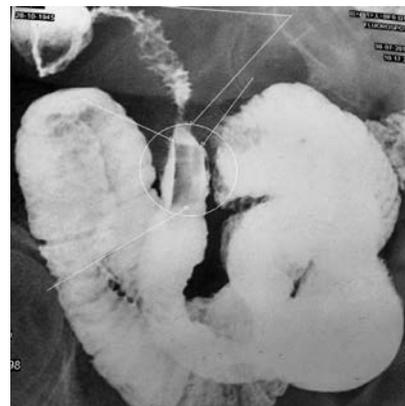


Рисунок 2. Инородное тело и сужение просвета до 0,5 см подвздошной кишки

В 15–18 см от илеоцекального клапана в подвздошной кишке определяется дефект наполнения прямоугольной формы 2,0×0,8 см, содержащее капсулу, расположенную продольно. Выше этого инородного тела определяется сужение просвета до 0,5 см (рис. 2). Терминальная часть подвздошной кишки не изменена в просвете, но образует острый угол, ограничен в подвижности. Подвздошная кишка в малом тазу, умеренно расширена до 3 см. Пассаж по ней замедлен. Через 6 часов барий в толстой кишке, 2/3 – в подвздошной. *Заключение.* Терминальный илеит, стенотическая стадия в сочетании с инородным телом подвздошной кишки. Частичная низкая тонкокишечная непроходимость. Травматический илеит. Радиационная энтеропатия.

01.08.2015 проведена лапаротомия, энтеротомия, удаление инородного тела.

Протокол операции. Из срединного доступа вскрыта брюшная полость, патологического выпота нет. Имеют место воспалительные изменения терминального отдела подвздошной кишки и илеоцекального угла протяженностью 10 см. Стенки кишки в этом месте инфильтрированы, отечны, утолщены до 0,5 см в диаметре. Перед местом сужения пальпируется инородное тело. Инородное тело смещено проксимально, выполнена энтеротомия, извлечена капсула в блистере, кишка ушита. *Послеоперационный диагноз:* инородное тело подвздошной кишки. Терминальный илеит.

При дополнительном сборе анамнеза выяснено, что 09.06.2015 (т.е. 2,5 мес. назад) больная по неосторожности проглотила блистер с капсулой гомеопатического препарата.

11.08.2015 больная выписана в удовлетворительном состоянии. Явления кишечной непроходимости купированы. При выписке осмотрена гастроэнтерологом.

Диагноз. Состояние после удаления инородного тела подвздошной кишки, постлучевая тонкокишечная непроходимость. Постлучевой ректит. Назначен салофальк в дозе 3–4 г в сутки в 2 приема, ферменты, спазмолитики на 6 недель. Больная направлена под наблюдение врача городского гастроэнтерологического центра.

Случай 2

Больная М., 46 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ НСО ГКБ № 1 г. Новосибирска 06.08.2018 с жалобами на боли в эпигастральной области – приступообразные, давящие, периодически рвота съеденной пищей через 5–6 часов после еды. Аппетит сохранен. Похудела на 10 кг за последний год.

Из анамнеза. Болеет с 1999 г., когда была выявлена мочекаменная болезнь. В 2005 г. лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Рак шейки матки в 2006 г. Проведено 20 сеансов лучевой терапии. Последний осмотр гинеколога в апреле 2018 г.

Физикальный осмотр. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, рост 164 см, вес 61 кг, ИМТ 22,7 кг/м². В легких дыхание

жесткое, хрипов нет, проводится во все отделы. Перкуторно по всем полям легочной звук, ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологические тоны и шумы не выслушиваются, ЧСС 76 в мин., пульс 76 ударов в мин., АД 120/70 мм рт. ст., периферических отеков нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области слева, кишечник безболезненный, стул ежедневно утром. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10×9×8 см.

Результаты обследования

Общий анализ крови и мочи без патологии. Биохимия крови. Щелочная фосфатаза – 178,9 UL, АсАТ – 26,0 UL, АлАТ – 60,6 UL, амилаза – 98,5 UL, гаммаглутаминтранспептидаза – 74,2 UL, липаза – 36,5 UL, билирубин общий – 9,1 мкмоль/л, триглицериды – 0,81 ммоль/л, общий холестерин – 6,96 ммоль/л, креатинин – 79,7 мкмоль/л, глюкоза – 5,04 ммоль/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, ПТИ – 110,7%, фибриноген – 3,72 г/л, Са – 125 3,5 ед/мл.

Результаты инструментальных обследований

Ультразвуковое исследование гинекологическое. *Заключение:* объемных образований не выявлено.

Эзофагогастродуоденоскопия. *Заключение:* хронический гастродуоденит, катаральный рефлюкс, эзофагит, дуодено-гастральный рефлюкс.

УЗИ органов брюшной полости. *Заключение:* диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы.

Проведено лечение. Нольпаза 40 мг 1 раз в сутки, панкреатин по 1 т. 3 раза в день, эксхол 250 мг по 1 кап. 3 раза в сутки.

Состояние улучшилось. Выписана 17.08.2018 с диагнозом: ПХЭС (холцистэктомия по поводу ЖКБ 2006 г.), хронический билиарно-зависимый рецидивирующий панкреатит средней степени тяжести, ухудшение. ГЭРБ: катаральный эзофагит, хронический рефлюксный гастрит. Рекомендовано продолжать терапию амбулаторно.

Ухудшение состояния через месяц. Появились боли в животе справа, рвота желчью периодически. 25.09.2018 госпитализируется в отделение неотложной хирургии.

При контрольном обследовании отмечено, что в общем анализе крови зарегистрировано нарастание СОЭ с 17 до 34 мм/час. Биохимические показатели не превышали контрольных значений. 26.09.2018 проведено рентгенологическое исследование методом фракционного перорального контрастирования. *Заключение.* Стриктура терминального отдела петель подвздошной кишки, хроническая тонкокишечная непроходимость (рис. 3). 28.09.2018 проведена операция: резекция подвздошной кишки с анастомозом «бок в бок». В ходе операции выявлены три рубцовых сужения в области подвздошной кишки на протяжении 30 см на расстоянии 40 см от илеоцекального угла.

Заключение морфолога. В резецированной части кишки аденоматозные изменения, в стенке кишки склероз слоев и деформация тканей.

Послеоперационный период протекал стабильно. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты. Проводилась консервативная терапия. 08.10.2018 выписана в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Представленные нами наблюдения позволяют обсудить ряд вопросов по поводу причин возникновения, клиники и диагностики хронической тонкокишечной непроходимости.

Во-первых. Особое место среди хронических энтеритов различной этиологии занимают лучевой или радиационный энтерит, вызванный ионизирующим излучением, который чаще всего возникает вследствие рентгенорадиотерапии злокачественных новообразований органов брюшной полости и малого таза.

Во-вторых. Лучевые поражения кишечника развиваются преимущественно у больных онкологического профиля, получающих лучевую терапию при опухоли малого таза. Более чувствительна к лучевой терапии тонкая кишка. Это мы наблюдали у наших пациенток, что согласуется с данными отечественных авторов [2].



Рисунок 3. Стриктура терминального отдела петель подвздошной кишки

В-третьих. Проявления лучевого энтерита могут возникнуть довольно рано, в период проведения лучевой терапии, иногда вскоре после лечения и через несколько месяцев и даже лет по его окончании. Что мы и наблюдали у наших пациенток. Однако точно установить сроки его возникновения не представляется возможным.

В-четвертых. При проведении лучевой терапии в различные сроки могут наблюдаться диспепсические расстройства, появление слизи и алой крови в фекалиях, что наблюдалось нами и регистрируется в 10% случаев [5].

В-пятых. Инородное тело всегда является казуистикой. В нашем случае это был блистер гомеопатического препарата, что могло спровоцировать манифестацию тонкокишечной непроходимости и явилось показанием для оперативной коррекции.

Таким образом, диагностика хронической тонкокишечной непроходимости весьма сложная и требует комплексного обследования. Тонкая кишка до сих пор остается наиболее трудным для диагностики отделом желудочно-кишечного тракта. Рентгенологический метод исследования является основным для изучения функциональных и морфологических особенностей тонкой кишки [6].

Список литературы / References

1. Топчий Т. Б., Сычева И. В., Рухадзе Г. Д., Петров Л. О., Коротков В. А. Лучевые проктиты. М.: Прима Принт., 2019. 36 с.
Topchiy T. B., Sycheva I. V., Rukhadze G. D., Petrov L. O., Korotkov V. A. Radiation proctitis. Moscow: Prima Print, 2019. 36 с. (In Russ.).
2. Парфенов А. И. Энтерология. М.: Триада-Х, 2002. 744 с.
Parfenov A. I. Enterology. M.: Triada-X, 2002. 744 с. (In Russ.).

- Гребенев А. Л., Мягкова Л. П. Болезни кишечника. Современные достижения в диагностике и терапии. М.: Медицина, 1994. 400 с. Grebenev A. L., Myagkova L. P. Diseases of the intestine. Modern achievements in diagnostics and therapy. Moscow: Medicine, 1994. 400 p. (In Russ.).
- Аруин Л. И., Капуллер Л. А., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада-Х, 1998. 496 с. Aruin L. I., Kapuller L. A., Isakov V. A. Morphologic diagnostics of gastric and intestinal diseases. Moscow: Triad-X, 1998; 496 p. (In Russ.).
- Пасов В. В., Курпешева А. К. Осложнения и повреждения органов и тканей при лучевой терапии // в кн.: Основы лучевой диагностики и терапии: национальное руководство / гл. ред. акад. РАМН С. К. Терговой. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012. С. 962–990. Pasov V. V., Kurpesheva A. K. Complications and damage to organs and tissues in radiation therapy // in the book *Fundamentals of Radiation Diagnostics and Therapy: National Guide* / ed. by Acad. S. K. Tergovoy. M.: GEOTAR-Media, 2012. P. 962–990. (In Russ.).
- Максимов В. А., Далидович К. К., Морозкина Т. С. Профилактика злокачественных заболеваний органов пищеварения. М.: ООО Издательство «Адамант», 2014. 496 с. Maximov V. A., Dalidovich K. K., Morozkina T. S. Prophylaxis of malignant diseases of digestive organs. M.: LLC Publishing House "Adamant", 2014. 496 p. (In Russ.).

Статья поступила / Received 07.05.2024
Получена после рецензирования / Revised 10.10.2024
Принята в печать / Accepted 17.10.2024

Сведения об авторах

Кривошеев Александр Борисович, д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии имени проф. Г. Д. Залесского¹, E-mail: krivosheev-ab@narod.ru. SPIN-код: 2796-9975. ORCID: 0000-0002-4845-8753

Хван Людмила Алексеевна, заслуженный врач РФ, врач высшей категории, гастроэнтеролог, зав. отделением гастроэнтерологии², E-mail: khvanlyudmila@mail.ru. ORCID: 0000-0002-7141-3385

Бухгейм Сергей Львович, врач-рентгенолог высшей категории, отличник здравоохранения РФ, ординатор отделения лучевой диагностики², ORCID: 0000-0003-2580-9343

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

² ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия

Автор для переписки: Кривошеев Александр Борисович.
E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

About authors

Krivosheev Alexander B., DM Sci (habil.), professor at Dept of Faculty Therapy n.a. prof. G. D. Zalessky¹, E-mail: krivosheev-ab@narod.ru. SPIN code: 2796-9975. ORCID: 0000-0002-4845-8753

Khvan Lyudmila A., Honored Doctor of the Russian Federation, physician of the highest category, gastroenterologist, head of Dept of Gastroenterology², E-mail: khvanlyudmila@mail.ru. ORCID: 0000-0002-7141-3385

Bukhgeym Sergey L., radiologist of the highest category, Excellent Healthcare Professional of the Russian Federation, resident at Dept of Radiation Diagnostics², ORCID: 0000-0003-2580-9343

¹ Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

² City Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia

Corresponding author: Krivosheev Alexander B. E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Для цитирования: Кривошеев А. Б., Хван Л. А., Бухгейм С. Л. Трудности диагностики болезней тонкой кишки. *Медицинский алфавит*. 2024; (26): 41–45. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-26-41-45>

For citation: Krivosheev A. B., Khvan L. A., Bukhgeym S. L. Difficulties in diagnosis of small intestine diseases. *Medical alphabet*. 2024; (26): 41–45. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-26-41-45>



DOI: 10.33667/2078-5631-2024-26-45-53

Принципы онконастороженности для амбулаторного терапевта на примере колоректального рака

А. Л. Верткин, М. А. Рудницкая, Ю. В. Вахабова, Г. Ю. Кнорринг

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Злокачественные заболевания остаются важной проблемой медицины, при этом решение ее зависит от эффективности выявления ранних стадий онкозаболеваний на амбулаторном этапе, включая терапевтическое звено оказания медицинской помощи. Формирование навыков онкологической настороженности у врача первичного амбулаторного звена необходимо для раннего выявления и снижения частоты продвинутых стадий опухолей и более раннего начала специализированного лечения. Выявление симптоматики, подозрительной на злокачественные новообразования, с помощью алгоритмизированных подходов и последующая консультация пациента специалистом-хирургом или онкологом должны улучшить результаты лечения. Статья рассматривает принципы онконастороженности, применимые на амбулаторном этапе терапевтами и врачами общей практики на примере колоректального рака. Предлагается набор специально разработанных печатных материалов, облегчающих выполнение принципов онкологической настороженности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак ободочной кишки, колоректальный рак, онконастороженность, онкологическая настороженность, амбулаторный прием.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Principles of oncological alertness for outpatient therapists using the example of colorectal cancer

A. L. Vertkin, M. A. Rudnitskaya, Yu. V. Vakhabova, G. Yu. Knorring

Russian University of Medicine, Moscow, Russia