

Ласица Д.И., Ларионец А.Е.

СИНДРОМ ЛЕЗЕРА-ТРЕЛА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Гедревич З.Э.

*Кафедра онкологии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. По данным ВОЗ рак толстой кишки является третьим по распространенности онкологическим заболеванием, на долю которого приходится порядка 10% всех случаев рака, и второй по частоте причиной смертности от рака в мире. Несмотря на значительные успехи в скрининге и лечении, многие случаи диагностируются на поздних стадиях, что существенно снижает эффективность терапии. В этой связи синдром Лезера-Трела (СЛТ), являющийся паранеопластическим кожным маркером злокачественных заболеваний, проявляющийся внезапным появлением и быстрым увеличением размера или количества множественных очагов себорейного кератоза, может быть ценным диагностическим инструментом, позволяющим заподозрить наличие злокачественного процесса на ранних этапах.

Цель: изучить особенности СЛТ у пациентов с раком толстой кишки.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 148 пациентов с диагностированным раком толстой кишки, проходившие лечение в онкохирургическом отделении №2 УЗ «Минский городской клинический онкологический центр» в период с 11.2024 по 01.2025. Пациенты были осмотрены с целью выявления СЛТ. Также были изучены их медицинские карты стационарного пациента. Были проанализированы жалобы, анамнез заболевания, лабораторные и инструментальные показатели. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Excel, StatSoft Statistica 10.0 с использованием непараметрических критериев (критерия Манна-Уитни, точного критерия Фишера).

Результаты и их обсуждение. Все осмотренные пациенты были разделены на 2 группы: группа А - пациенты, имеющие СЛТ (n=3, 2,0%), группа В - пациенты, не имеющие СЛТ (n=145, 98,0%). Характеристика группы А: пациентов мужского пола - 2 (66,7%), женского - 1 (33,3%), медиана по возрасту - 58 [54, 67]; группы В: пациентов мужского пола - 86 (59,3%), женского - 59 (40,7%), медиана по возрасту - 59 [53, 67]; статистических различий по полу ($\chi^2=0,07$, $p=0,64$) и возрасту ($U=216$, $p=0,98$) не выявлено.

Все пациенты контрольной группы имели злокачественные новообразования дистальных отделов толстой кишки (ректосигмоидного соединения, верхнеампулярного отдела прямой кишки), III-IV стадии, G1-G2 степени дифференцировки, по поводу которых была проведена операция Гартмана, полихимиотерапия по схеме CAPEOX. Все пациенты отмечали жалобы на запоры, появление крови в кале в течение последнего года. Среди лабораторных показателей во всех случаях наблюдалась анемия лёгкой степени тяжести, повышение СОЭ, С-реактивного белка. В одном случае было отмечено повышение уровней онкомаркеров, указывающих на поражение желудочно-кишечного тракта (СА 19-9, РЭА).

Пациенты контрольной группы отметили появление очагов себорейного кератоза в течение более трех лет, что значительно превышает сроки обнаружения клинических и лабораторных изменений.

Выводы.

1. Синдром Лезера-Трела является кожным паранеопластическим синдромом, встречающимся при колоректальном раке у 2,0% пациентов.
2. Клиническая манифестация СЛТ появляется за 2-3 года до выявления злокачественной опухоли.
3. Раннее распознавание СЛТ может применяться для диагностики колоректального рака на доклинической стадии болезни.