

Клиническое наблюдение лечения больного раком прямой кишки, возникшим на фоне неспецифического язвенного колита

Ю.А. Барсуков, В.А. Алиев, А.О. Атрошенко, И.Ш. Татаев, С.Т. Мазуров, А.И. Овчинникова
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

Контакты: Анна Ивановна Овчинникова anna.mta@mail.ru

В клиническом наблюдении продемонстрировано успешное лечение молодой пациентки, длительно страдающей (более 15 лет) тяжелой формой неспецифического язвенного колита (НЯК), у которой была диагностирована злокачественная опухоль прямой кишки. Больной выполнено нестандартное хирургическое вмешательство, при этом соблюдены все онкологические принципы лечения как рака прямой кишки, так и НЯК. Больной выполнена субтотальная колоэктомия с демукотомией анального канала, удалением прямой кишки, нисходящей ободочной, поперечной и 2/3 восходящей ободочной кишки. Выполнен реконструктивный этап, включающий формирование первичного колоанального анастомоза с оставшейся частью восходящей ободочной кишки. Течение послеоперационного периода гладкое. Учитывая стадию заболевания (T3N1M0), в течение 6 мес проведена адъювантная полихимиотерапия по схеме XELOX на фоне 2 курсов профилактического лечения 5-аминосалициловой кислотой. В течение 2 лет наблюдения данных за прогрессирование основного заболевания и язвенного колита не выявлено. После проведенной электростимуляции мышц тазового дна частота стула сократилась до 3–4 раз в сут, больная полностью реабилитирована в социальном и трудовом аспектах.

Ключевые слова: рак прямой кишки, неспецифический язвенный колит, брюшно-анальная резекция, неоректум, хирургическое лечение, комплексное лечение

Treatment tactics in patient with rectal cancer complicating ulcerative colitis

Yu.A. Barsukov, V.A. Aliyev, A.O. Atroshchenko, I.Sh. Tatayev, S.T. Mazurov, A.I. Ovchinnikova
N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

A successful treatment of a young patient with a 15-year anamnesis of ulcerative colitis, who has been diagnosed with rectal cancer, is presented in this case report. A non-standard surgical intervention has been performed following all principles of oncologic surgery. A subtotal colectomy has been performed with ultra-low anterior resection of rectum. Ascendoanal anastomosis has been performed forming the neorectum. There were no complications in postoperative period. Considering disease stage (T3N1M0) adjuvant XELOX was administered for 6 months along with 2 cycles of prophylactic treatment with 5-aminosalicylic acid. During 2-years follow-up there are no signs of rectal cancer and ulcerative colitis progression. After pelvic electrostimulation defecation frequency decreased to 3–4 times per day, a patient has complete social rehabilitation.

Key words: rectal cancer, ulcerative colitis, ultra-low anterior resection with coloanal anastomosis, neorectum, surgery, combined treatment

Рак прямой кишки (РПК) — одно из самых распространенных злокачественных заболеваний не только в России, но и во всем мире, и составляет 4–6 % всех злокачественных опухолей человека. Отмечается рост заболеваемости РПК, наиболее выраженный в экономически развитых странах. По данным статистики по Москве и Московской области, колоректальный рак занимает 2-е место в структуре онкологической заболеваемости [1]. Как и для большинства злокачественных опухолей, точные причины возникновения РПК неизвестны. Аденоматозные полипы — это доброкачественные новообразования, относящиеся к предраковым заболеваниям. Облигатные — только ворсинчатые. По гистологическому строению аденоматозные полипы делят на железистые (тубулярные), ворсинчатые (папиллярные) и смешанные (тубулярно-папиллярные). Большинство ворсинчатых полипов имеют широкое основание, они подвергаются злокачественному перерождению в 3 раза чаще, чем железистые. Причем если одиночные

полипы не очень опасны, то диффузный полипоз приводит к развитию рака практически в 100 % случаев. До 90 % ворсинчатых опухолей могут перерождаться в рак [2].

К заболеваниям, на фоне которых часто возникает РПК, относят неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона (БК) [3]. НЯК — хроническое рецидивирующее аутоиммунное воспалительное заболевание слизистой оболочки ободочной и прямой кишки неясной этиологии, характеризующееся геморрагическим, гнойным воспалением и развитием местных и системных осложнений. В острой стадии развития язвенного колита отмечаются экссудативный отек и полнокровие слизистой оболочки с утолщением и сглаженностью складок. По мере развития воспалительного процесса нарастает деструкция слизистой оболочки кишки, в результате чего образуются изъязвления, проникающие лишь до подслизистого или, реже, до мышечного слоя. Для хронического язвен-

ного колита характерно наличие псевдополипов (воспалительных полипов). Они представляют собой островки слизистой оболочки, сохранившейся при ее разрушении, или же конгломерат, образовавшийся вследствие избыточной регенерации железистого эпителия. Чаще всего (до 90 % случаев) при НЯК поражается прямая кишка.

При тяжелом хроническом течении НЯК кишка укорачивается, просвет ее сужается, гаустры исчезают. Мышечная оболочка обычно не вовлекается в воспалительный процесс, образование стриктур для язвенного колита не характерно. Интенсивность воспаления в разных сегментах может быть различной; изменения постепенно переходят в нормальную слизистую оболочку, при этом трудно определить четкую границу. Современная клиническая классификация язвенного колита учитывает распространенность процесса, выраженность клинических и эндоскопических проявлений, характер течения заболевания. По протяженности процесса различают: 1) дистальный колит (в виде проктита или проктосигмоидита); 2) левосторонний колит (поражение ободочной кишки до правого изгиба); 3) тотальный колит (поражение всей ободочной кишки с вовлечением в патологический процесс в ряде случаев терминального отрезка подвздошной кишки) [4].

Для клинической картины НЯК характерны местные симптомы (кишечные кровотечения, диарея, запоры, боли в животе, тенезмы) и общие проявления токсемии (лихорадка, снижение массы тела, тошнота, рвота, слабость и др.). В клинической картине больных проктитом и проктосигмоидитом очень часто манифестирует не диарея, а запор и ложные позывы к дефекации с выделением свежей крови, слизи и гноя, тенезмы. При НЯК наблюдаются как местные, так и системные осложнения. Одними из грозных осложнений НЯК, приводящих к летальным исходам, являются перфорации толстой кишки, острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон), массивные кишечные кровотечения. Возникновение рака толстой кишки на фоне хронического течения НЯК является серьезным осложнением, причем риск развития рака толстой кишки на фоне НЯК возрастает при длительном его течении (более 10 лет), особенно если колит развился в молодом возрасте (рис. 1).

Внекишечные проявления (системные осложнения) при НЯК встречаются довольно редко, среди них характерно поражение печени, слизистой оболочки полости рта, кожи, суставов.

Поражение печени и желчных путей проявляются склерозирующим холангитом. Частота поражения печени достигает 50–72 %. Нарушение обмена холестерина, желчных кислот, фосфолипидов способствует формированию желчнокаменной болезни, наблюдающейся у 12 % больных НЯК. Второе по частоте внекишечное проявление НЯК — поражение суставов, встречающееся в 7–16 % случаев. Артриты возникают в самом начале

заболевания одновременно с поражением кишечника или даже предшествуют ему. Анкилозирующий спондилит, сакроилеит обычно сочетаются с полиартритами. Они могут протекать бессимптомно и выявляются при рентгенографии. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов у таких больных ухудшает течение основного заболевания. Для тяжелых форм НЯК также характерно поражение слизистой оболочки полости рта, которое выявляют у 15 % больных, поражение глаз наблюдается главным образом при длительном течении НЯК, в том числе в период ремиссии, и встречается у 1,2–3,5 % больных [4, 5].

Дифференциальная диагностика НЯК сложна и, как правило, проводится с БК (рис. 2). При НЯК поражается только толстая кишка, патологический процесс при этом распространяется только на слизистый и подслизистый слои, отсутствует образование свищей. При БК могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта, поражение прямой кишки отмечается крайне редко. При БК чаще всего поражаются все стенки ободочной кишки с образованием кишечных свищей [6].

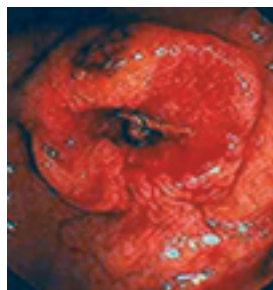


Рис. 1. Рак ободочной кишки, развившийся на фоне НЯК

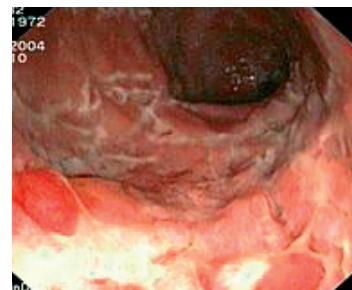


Рис. 2. Изменение слизистой кишки при БК («булыжная мостовая»)

НЯК протекает длительное время, до 10–15 лет, имеет хроническое течение с ремиссиями по 2–3 года. Больные постоянно принимают препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) и ее производные. Механизм действия данной группы препаратов основан на противовоспалительном и антиоксидантном эффекте, кроме того, они оказывают антибактериальное действие в отношении некоторых кокков и кишечной палочки. При отсутствии их эффективности необходимо использовать кортикостероиды [7].

Лечение НЯК при осложненном течении только хирургическое. Объем хирургического вмешательства, как правило, — колопроктэктомия. Она полностью устраняет болезнь и риск развития рака в ободочной или прямой кишке. Однако такая операция приводит к созданию постоянной илеостомы по Бруку (выведение конца оставшейся части тонкой кишки на переднюю брюшную стенку), т. е. необходимость пожизненного использования калоприемников. Существует другой вариант хирургического вмешательства — это тотальная

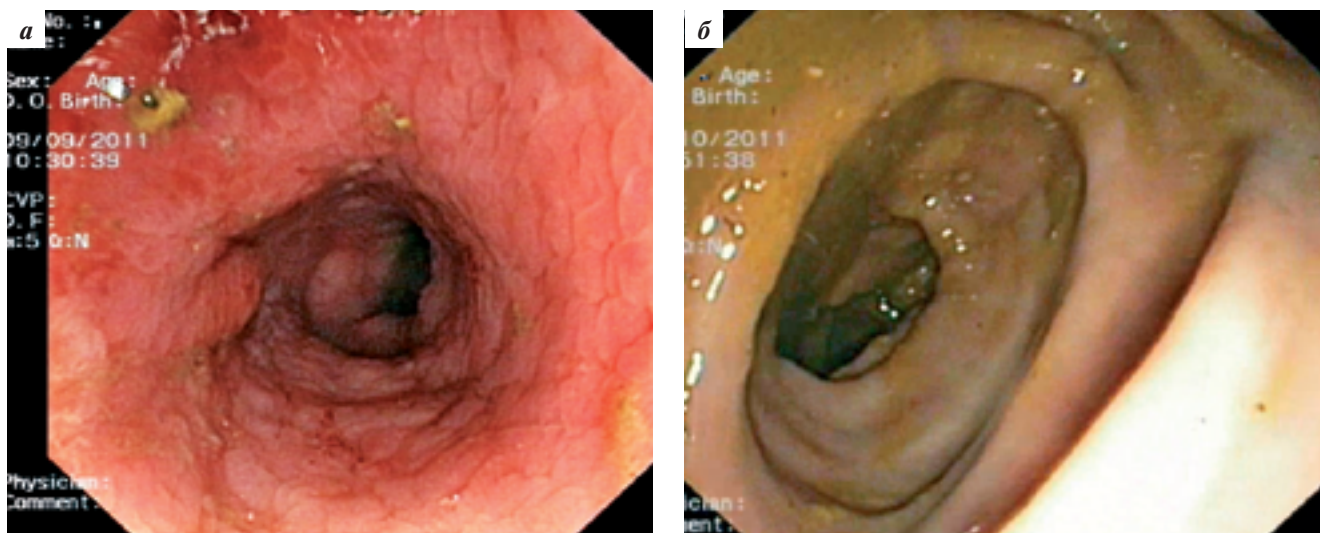


Рис. 3. Видеокколоноскопия: а — левые отделы ободочной кишки (НЯК в стадии ремиссии); б — правые отделы ободочной кишки (неизмененная слизистая кишки)

колопроктэктомия с формированием континентной (резервуарной или удерживающей) илеостомы, схожей с илеостомией по Бруку; отличие состоит в том, что при ней создается внутренний резервуар. При этом конец кишки также проходит через переднюю брюшную стенку, но не требуется использование калоприемников. Вместо этого пациенты могут опорожнять внутренний резервуар 3–4 раза в день, вводя в него специальную трубку [8]. Оба метода хирургического лечения приводят к массивной потере питательных веществ и электролитов, к истощению больного и резкому снижению качества жизни пациента. В нашем наблюдении у молодой пациентки на фоне НЯК была диагностирована злокачественная опухоль прямой кишки.

Клиническое наблюдение

Пациентка С., 48 лет обратилась в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН с жалобами на кровянистые выделения при акте дефекации. Из анамнеза: страдает НЯК с 1985 г. (тяжелая форма), с ремиссиями до 4 лет, лечилась месалазином, преднизолоном. Данное заболевание проявлялось жидким кровавым стулом. Несколько месяцев назад обратилась к врачу по месту жительства, где диагностирован РПК (аденокарцинома). Была направлена в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН для обследования и специального лечения. Больная обследована, использованы все основные методы диагностики: ректовагинальное исследование, ректороманоскопия, тотальная колоноскопия, ирригоскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, грудной полости и малого таза с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография таза, маркеры РЭА, СА 19.9.

St. localis.: перианальная область не изменена, сфинктер тоничен, волевые сокращения сохранены, при паль-

цевом исследовании прямой кишки на расстоянии 8 см от ануса определяется полиповидное образование, размерах 1,2 × 1 см, стебельчатой формы, на узкой ножке. При ректороманоскопии и колоноскопии (рис. 3а, б) на расстоянии 12 см от переходной анальной складки определяется нижняя граница опухоли с экзофитным компонентом, с изъязвлением в центре. Опухоль циркулярная, подвижная вместе с кишкой, плотная. Рядом с опухолью определяются 3 мелких полиповидных образования полушаровидной формы до 0,5 см в диаметре. Выше опухоли, на расстоянии около 18 см от переходной анальной складки, определяются единичные аналогичные образования. В проксимальной трети сигмовидной кишки выявлено резкое сужение просвета, протяженностью около 10–15 см, за счет утолщения стенок кишки, вследствие хронического неспецифического колита. Слизистая прямой кишки, нисходящей и поперечной ободочной кишки истончена, покрыта множественными петехиями, перистальтика вялая. Слизистая слепой кишки и начального отдела восходящей ободочной кишки розовая, не отечная, гаустры сокращаются, признаков НЯК не выявлено. Выполнено гистологическое исследование опухоли, при котором обнаружены клетки умеренной степени дифференцировки.

По данным ирригоскопии, на уровне верхнеампулярного отдела по передней полуокружности определяется дефект наполнения округлой формы протяженностью до 8 см, суживающий просвет кишки до 0,8–1,2 см. Левые отделы и поперечная ободочная кишка ригидны, признаки хронического воспаления (НЯК) (рис. 4а, б).

По данным КТ с внутривенным контрастированием, отдаленных метастазов в печени нет, проявлений болезни в легких, в забрюшинных лимфатических узлах (ЛУ) не выявлено. По УЗИ в параректальной клетчатке выявлены увеличенные ЛУ до 1,5 см. Опухоль маркеронегативна (РЭА 0,2 нг/мл, СА 19-9 — 7,61 Ед/мл).



Рис. 4. Ирригограммы: а — обзорный снимок (НЯК); б — рак верхнеампулярного отдела

Больная консультирована гастроэнтерологами; специалистами из ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии» рекомендовано выполнение колопроктэктомии. Однако учитывая данные обследований, молодой возраст, ремиссию НЯК, отсутствие отдаленных метастазов в печени и легких, решено выполнить сфинктеросохраняющую операцию с максимальным удалением толстой кишки (субтотальная колопроктэктомия) с соблюдением всех онкологических принципов. С учетом отсутствия изменений слизистой в правых отделах ободочной кишки запланировано хирургическое вмешательство в объеме субтотальной колэктомии, брюшно-анальной резекцией прямой кишки с формированием асцендоанального анастомоза (рис. 5а, б).

и низведение ее в анальный канал; сформирован первичный колоанальный анастомоз ручным способом (рис. б).

Операция и ранний послеоперационный период протекали гладко. Кровопотеря составила 450 мл, время операции 2,5 ч. Малый таз и брюшная полость дренированы силиконовыми дренажами, которые были удалены на 6–7-е сутки. Колоанальный анастомоз состоятелен, стул был на 6-е сутки. Рана передней брюшной стенки зажила первичным натяжением.



Рис. 5. Схематическое изображение операции: а — объем оперативного вмешательства (субтотальная колопроктэктомия); б — формирование асцендоанального анастомоза (неоректум)

Оперативное вмешательство в запланированном объеме успешно выполнено, произведена демуккозация анального канала. После удаления 80% толстой кишки выполнен пластический этап: произведена транспозиция слепой кишки вместе с сосудистой ножкой (а. et. v. *Pleocolica*)

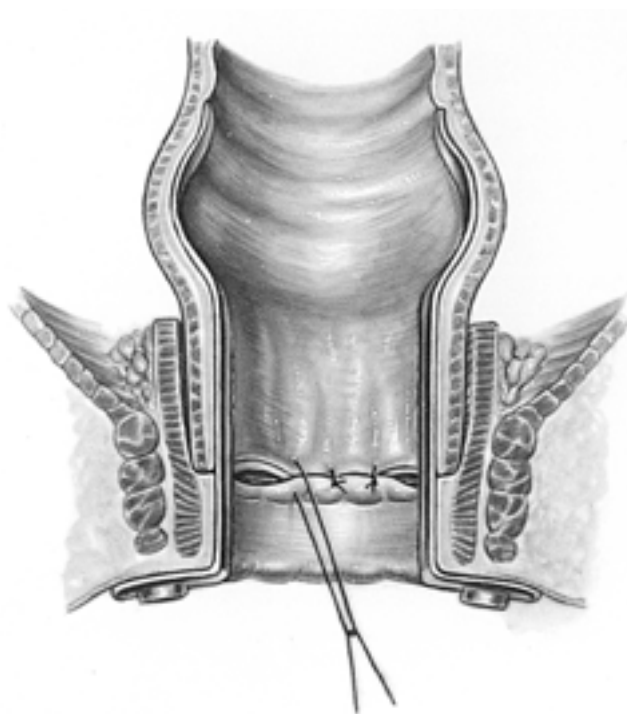


Рис. 6. Первичный колоанальный анастомоз

Морфологическое исследование операционного материала: в слизистой оболочке толстой кишки (верхнеампулярный отдел) имеется опухоль 6×7 см, представлена разрастанием аденокарциномы умеренной степени дифференцировки, с изъязвлением; опухоль прорастает все слои стенки кишки и врастает в прилежащую жировую клетчатку. В опухоли имеются зоны некроза с множественными раковыми эмболами в лимфатических щелях. На поверхности одного из полипов сигмовидной кишки — клетки аденокарциномы. В 8 из 14 регионарных ЛУ обнаружены метастазы аденокарциномы кишечного типа. В 1 уплотнении жировой ткани (отсев) разрастание аденокарциномы.

Макроскопическая картина: наблюдается деструкция слизистой оболочки и образование изъязвления, проникающие лишь до подслизистого слоя. Имеются псевдополипы (воспалительные полипы), представляющие собой островки слизистой оболочки, сохранившейся при ее разрушении, или же конгломерат, образовавшийся вследствие избыточной регенерации железистого эпителия.

Микроскопическая картина: расширенные капилляры и геморрагии, образование язв в результате некроза эпителия и формирование крипт-абсцессов. Наблюдается уменьшение количества бокаловидных клеток, инфильтрация lamina propria лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами и эозинофилами. В подслизистом слое изменения выражены незначительно. По краям резекции прямой кишки элементов опухолевого роста не обнаружено.

Больной выставлен клинический диагноз первично-множественного синхронного заболевания, возникшего на фоне НЯК: рак верхнеампулярного отдела прямой кишки T3N2M0, рак сигмовидной кишки Tis. Учитывая стадию

заболевания, больной проведена адъювантная полихимиотерапия (ПХТ) в режиме XELOX в течение 6 мес. С профилактической целью пациентке проведено 2 курса терапии месалазином. Через 1 мес после операции произведена электромиостимуляция мышц тазового дна, в результате которой улучшилась континенция, выделение стула сократилось до 3–4 раз в сутки (на 14-й день после операции отмечалось недержание). Больная приспособилась к социально-бытовой жизни и полностью реабилитирована в обществе. Нами было выполнено контрольное исследование оставшейся части толстой кишки; при тугом наполнении контрастного вещества (бариевая взвесь) контурировались слепая кишка и начальный отдел подвздошной кишки, создавая подобие прямой кишки («неоректум»). Сфинктерный аппарат удерживал бариевую взвесь (рис. 7).

Таким образом, продемонстрирован успешный опыт радикального лечения РПК, протекающего на фоне НЯК с преимущественным поражением левых отделов ободочной кишки. Было выполнено нестандартное оперативное вмешательство в объеме субтотальной колэктомии, брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием асцендоанального анастомоза, при этом соблюдены принципы как онкологического радикализма, так и лечения НЯК. Этот объем оперативного вмешательства не только избавил пациентку от болезни, но и улучшил качество ее жизни (отсутствие необходимости ношения калоприемника, а также массивной потери питательных веществ и электролитов). Это позволило применить в ранние сроки адъювантную ПХТ. Пациентка наблюдается в клинике более 2 лет без признаков прогрессирования РПК и НЯК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Вестник ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН 2010; 21:2(80)(прил. 1).
2. Лагошный А.Т. Современный подход к лечению аденом прямой и ободочной кишки. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. С. 29–34, 71–73.
3. Мухин Н.А. Внутренние болезни. Т. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 631–635.
4. Lochs H., Mayer M., Fleig W.E. et al. Gastroenterology 2000; 118(2):264–73.
5. Sandborn W.J., Tremaine W.J., Wolf D.C. et al. Gastroenterology 1999; 117(3):527–35.
6. Юхвидова Ж.М., Левитан М.Х. Неспецифический язвенный колит. М.: Медицина, 1969.
7. Kornbluth A.A., Salomon P., Sacks H.S. et al. Meta-analysis of the effectiveness of current drug therapy of ulcerative colitis. J Clin Gastroenterol 1993; 16(3):215–8.
8. Sandborn W.J. A critical review of cyclosporine therapy in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 1995; 1:48–63.