

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Р. Хорстманн, Ш.Х. Ганцев

Отделение общей, висцеральной и сосудистой хирургии университетской клиники, г. Мюнстер, Германия  
Республиканский клинический онкологический диспансер, г.Уфа, РФ

Хорстманн Рюдигер, д-р медицины, профессор, главный врач  
клиники Herz-Jesu-Krankenhaus Hilstrup,  
48165, Германия, г. Мюнстер, Вестфален, 109,  
тел. 8 (1049) 251-9191-932,  
e-mail: Ruediger Horstmann@herz-jesu-kh-ms.de

*В статье описан случай успешного лечения нерезектабельного рака прямой кишки с метастазами в печень. Высокая хирургическая техника и современные технологии позволили получить положительные результаты лечения.*

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, метастазы.

## THE SUCCESSFUL TREATMENT CASE OF THE INOPERABLE RECTAL CANCER WITH THE LIVER METASTASIS

R. Horstmann, Sh.H. Gantsev

General visceral and vascular surgery unit of university clinic, Munster, Germany  
Clinical oncology dispensary of the Republic of Bashkortostan, Ufa, the Russian Federation

*The article describes the case of the successful treatment of the inoperable rectal cancer with the liver metastasis. Modern surgery equipment and technologies let get positive treatment results.*

**The key words:** rectal cancer, metastasis.

Рак прямой кишки повсеместно занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости. Так выглядит ситуация в Германии, также она выглядит и в России.

Последние годы ознаменовались появлением большого арсенала лекарственных средств, обладающих высоким противоопухолевым потенциалом, а также медицинского оборудования, позволяющего на высоком уровне диагностировать и лечить различные онкологические заболевания.

Однако, несмотря на возможности ранней диагностики злокачественных новообразований, сохраняется высокий уровень запущенных случаев с IV стадией заболевания, когда лечение представляется весьма сложным, а иногда и невозможным.

Под нашим наблюдением находится больная Р., 58 лет, гражданка Российской Федерации. Она обратилась в онкологический диспансер по месту жительства в ноябре 2008 года с жалобами на боли в промежности, выпадение "геморроидальных" узлов до 5 см, кровотечение из них, нерегулярный стул, отсутствие аппетита, похудание на 20 кг за последние 2 года, увеличение объема живота, его асимметрию с выбуханием в правом подреберье.

Учитывая эти жалобы, больная обследована в онкологическом диспансере, где установлена опухоль прямой кишки со стенозом и переходом на анальный канал. По длине опухоль достигала 10 см, неподвижная, определялась опухолевая трансформация на влагалище. При гистологическом исследовании установлена умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Дополнительно обнаружено опухолевидное образование в правом подреберье (предположительно – метастаз в печень рака прямой кишки с прорастанием мышечных слоев передней брюшной стенки). При компьютерной томографии печени обнаружено несколько крупных (от 8 до 11 см) и мелких метастазов (рис.1), в правом надпочечнике также обнаружены метастазы.

Учитывая данные обследования, больной предложено колостомирование и симптоматическая терапия. От данного варианта паллиативной терапии больная отказалась.

Дальнейшее лечение пациентки проводилось в хирургической клинике г.Мюнстера. С 24.02.09г. по 13.03.09г. больной проведено дополнительное уточняющее обследование. Был поставлен диа-

гноз рака прямой кишки с инфильтрацией заднего свода влагалища (8x3см) с метастазами в правую долю печени и правый надпочечник, гипертоническая болезнь.

Учитывая нерезектабельность рака прямой кишки, признаки кишечной непроходимости, больной предложено колостомирование, на которое она дала свое согласие. 2.03.09 г. выполнена эндоскопическая двустольная сигмостомия. По прошествии 9 дней начат курс паллиативной химиотерапии (протокол Capecitabin/Oxaliplatin/Bevacizumab) и противоболевое лечение. В дальнейшем в течение двух недель больная получала Xeloda, 1500 мг (1-0-1). В процессе лечения больной Р. 4 раза выполнено переливание эритроцитарной массы без осложнений.

Повторно больная госпитализирована в отделение 06.07.09 г. До поступления в клинику получила 4 курса химиотерапии (протокол Capecitabin/Oxaliplatin/Bevacizumab и Xeloda), результаты которой оказались положительными - уменьшились размеры опухоли, появилась подвижность органов малого таза, уменьшился болевой синдром. Учитывая это, больной 8.07.09 г. выполнена экстирпация прямой кишки с наложением концевой колостомы. Послеоперационный период протекал без особенностей. При гистологическом исследовании опухоли установлена низкодифференцированная аденокарцинома с инфильтрацией всех слоев кишечной стенки вплоть до периколической клетчатки с метастазами в 5 из 18 периколических лимфатических узлов.

Установлена стадия по TNM: pT4, pN2(5/18), pM1(печень), G3, L1, V1, R1.

Учитывая объем операции, степень циторедукции, химиотерапия продолжена (Capecitabin/Oxaliplatin/Bevacizumab с переходом на Xeloda 1500 мг).

25.08.09 г. больная госпитализирована на контрольное обследование. При этом установлена - стабилизация размеров метастазов в печени и надпочечнике, исчезновение инфильтрации свода влагалища. Больной проведен 6 курс химиотерапии Capecitabin/Oxaliplatin/Bevacizumab с переходом на Xeloda 1500 мг.

18.01.10 г. больная вновь поступила в клинику общей, висцеральной и сосудистой хирургии Университета г.Мюнстер, где проведены рутинные обследования и компьютерная томография органов брюшной полости, которая продемонстрировала стабильную картину со стороны печени и лимфатического аппарата.

Принимая во внимание результаты лечения и данные обследования, больной предложена операция по поводу метастазов в печень и правый надпочечник.

20.01.10 г. выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия и адреналэктомия. Послеоперационное течение гладкое. В реанимации больная провела 5 дней, дренажи удалены на 8 сутки. Было подозрение на тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии, которое при де-

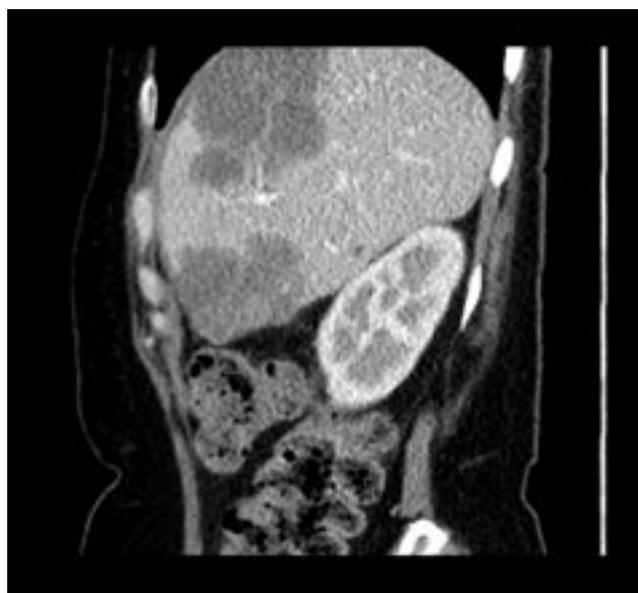
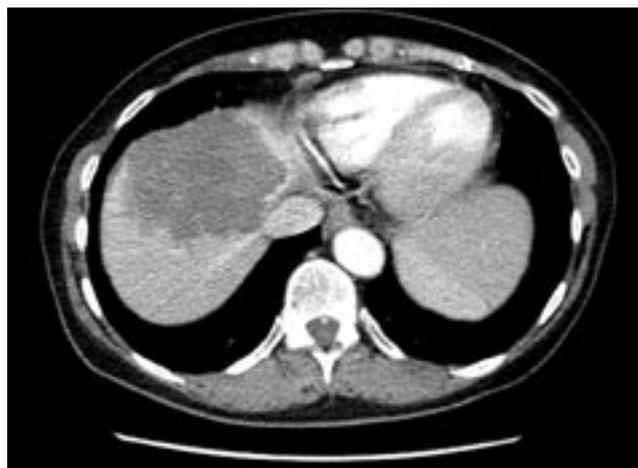


Рис. 1. Компьютерная томограмма печени больной Р.

тальном обследовании не подтвердилось. Данные патологоанатомического и гистологического исследования: в желчном пузыре патологии нет, два крупных очага в печени размерами 11 см и 6,5 см, низкодифференцированная аденокарцинома с выраженным некрозом. В надпочечнике выраженный патоморфоз, клеточная структура и состав не верифицируются. Больная выписана на 14 сутки из стационара, на следующий день покинула территорию Германии.

В дальнейшем рекомендовано проведение лучевой терапии на зону малого таза 54 Грей и полихимиотерапия.

### Выводы

Современное состояние противоопухолевой терапии позволяет нерезектабельные случаи переводить в резектабельные. Четко спланированная тактика, выполнение плана лечения, высокая хирургическая техника и современные технологии позволяют получить положительные результаты лечения больных генерализованными стадиями колоректального рака.