

© Коллектив авторов, 2017
УДК [616.351–006.6+616.127–005,8]:616–085/–089

А. А. Захаренко, И. В. Шлык, Д. В. Овчаренко, Е. Г. Гаврилова, А. А. Трушин,
Д. А. Зайцев, О. А. Тен, М. А. Беляев, В. А. Рыбальченко

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ОСЛОЖНЁННОЙ ФОРМОЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И ТЕКУЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России (ректор — академик РАН проф. С. Ф. Багненко)

Ключевые слова: рак прямой кишки, осложненный рак, кровотечение, инфаркт миокарда, комплексное лечение, ангиография, селективная эмболизация

A. A. Zakharenko, I. V. Shlyk, D. V. Ovcharenko, E. G. Gavrilova, A. A. Trushin,
D. A. Zaitsev, O. A. Ten, M. A. Belyaev, V. A. Rybal'chenko

**Multidisciplinary approach in treatment of patient with complicated rectal cancer
and current myocardial infarction**

I. P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University

Key words: rectal cancer, complicated cancer, myocardial infarction, arteriography, selective embolization

Колоректальный рак (КРР) является вторым в структуре общей онкологической заболеваемости (13,2%), половину из которой составляет рак прямой кишки (РПК). При этом частота впервые выявленных осложненных форм КРР составляет 60–89%. Кишечное кровотечение является одним из главных симптомов РПК [1, 2]. В свою очередь, заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место в причинах смертности населения по всему миру, и основной из них является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Данное патологическое состояние довольно часто встречается среди онкологических пациентов, госпитализированных для планового оперативного лечения. Нередко сопутствующие заболевания переходят в разряд конкурирующих, и лечащим врачам для спасения жизни больного приходится принимать нестандартные решения. Для демонстрации возможностей крупного многопрофильного учреждения в лечении таких больных хотим привести следующее практическое наблюдение.

Больной Т., 50 лет, впервые поступил в отделение онкологии 04.08.2016 г. с основным диагнозом: «Рак прямой кишки (с)Т3N0M0, осложненный рецидивирующими кровотечениями из опухоли». Сопутствующие патологические состояния представлены ИБС, атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом (острый «Q»-инфаркт миокарда от мая 2016 г.), стентирование передней меж-

желудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии в мае 2016 г. Из анамнеза известно, что больной отмечает появление болей в области прямой кишки с августа 2015 г. Обследовался амбулаторно в начале 2016 г., когда, по данным фиброколоноскопии, выявлено циркулярное инфильтративное образование на 5 см от ануса протяженностью 3 см. По данным гистологического исследования биопсийного материала от 21.04.2016 г. — умеренно дифференцированная аденокарцинома. По данным МРТ органов малого таза от 01.05.2016 г.: картина опухоли прямой кишки, стадия Т3N0. Планировалось лечение по поводу РПК в одном из стационаров города. Во время ожидания операции пациент 25.05.2016 г. перенес острый инфаркт миокарда с зубцом Q, по поводу чего 26.05.2016 г. было выполнено стентирование ПМЖВ (стеноз 90%, полная реваскуляризация). Была назначена двойная антиагрегантная терапия (аспирин, тикагрелор). На фоне приема дезагрегантов у больного появились эпизоды выделения алой крови из прямой кишки, в связи с чем пациент в последующем неоднократно был госпитализирован в различные стационары города с кишечными кровотечениями и кровопотерей тяжелой степени (содержание гемоглобина до 70 г/л), после чего самостоятельно отменил назначенную терапию. В течение июля 2016 г. отмечал лишь следы крови после акта дефекации.

04.08.2016 г. пациент был госпитализирован в отдел абдоминальной онкологии нашего университета для обследования и определения дальнейшей тактики лечения. В клиническом анализе крови при поступлении отмечались анемия легкой степени (гемоглобин 92 г/л), биохимический анализ крови и коагулограмма в пределах нормы. Данные электрокардиограммы: синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений 57 уд/мин, рубцовые изменения

переднеперегородочной области. Выполнено эхокардиографическое исследование: полости сердца не расширены, миокард не утолщен, аорта не расширена, недостаточность митрального клапана I степени, трехстворчатого клапана I степени, кровотоков на клапанах в норме, локальных зон нарушения сократимости не выявлено, сократимость миокарда не снижена, глобальная фракция выброса 69%. По данным компьютерной томографии органов брюшной и грудной полостей, отдаленных метастазов не выявлено. Проведена онкологическая комиссия совместно с врачами-радиологами и химиотерапевтами. Ввиду осложненного течения опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки неадекватное лечение было противопоказано, рекомендовано выполнение оперативного вмешательства. С момента поступления назначена антикоагулянтная терапия (клексан по 0,4 мл подкожно 1 раз в сутки). Планировалось оперативное вмешательство в объеме лапароскопической передней резекции прямой кишки на 15.08.2016 г., однако 14.08.2016 г. на фоне полного благополучия у больного появились давящие боли за грудиной, зафиксирован кратковременный эпизод потери сознания. При контрольной электрокардиографии выявлены брадикардия до 43 уд/мин, признаки нарастающей ишемии миокарда, повышение содержания тропонина I до 0,028 нг/мл (норма до 0,002 нг/мл). Больной был экстренно переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии с подозрением на инфаркт миокарда, где была начата интенсивная терапия, поставлены показания к коронарографии, по результатам которой критического поражения, окклюзии, снижения скорости кровотока по крупным эпикардиальным ветвям не выявлено (стеноз устья огибающей и диагональных ветвей левой коронарной артерии до 80%, стент функционирует, кровотоков по ветвям правой коронарной артерии не нарушен). Принято решение о консервативном ведении пациента, а при отрицательной динамике — стентирование сегмента главного ствола огибающей ветви левой коронарной артерии. В контрольных анализах крови после коронарографии выявлено снижение содержания гемоглобина до 78 г/л, эритроцитов до $3,3 \times 10^{12}/л$, уровень тропонина I 1,540 нг/мл. В биохимическом анализе крови изолированное повышение



Рис. 1. Ангиограмма нижнебрыжеечной артерии больного Т., 50 лет, раком прямой кишки (объяснение в тексте)

АсАТ до 92 ед./л, что свидетельствовало о развившемся остром инфаркте миокарда II типа (гемической природы). Ввиду нарастающей анемии выполняли трансфузии гемоконпонентов донорской крови (2 дозы эритроцитной массы 600 мл), после чего содержание гемоглобина увеличилось до 101 г/л. Больному проводили кардиотропную, антикоагулянтную, гастропротекторную терапию. 15.08.2016 г. содержание тропонина I выросло до 6,260 нг/мл. Пациент консультирован кардиологом, даны рекомендации к продолжению консервативного лечения ввиду высокого риска кровотечения из опухоли при назначении двойной антиагрегантной терапии на фоне стентирования оперативное лечение возможно по жизненным показаниям. При контрольном эхокардиографическом исследовании отмечены снижение фракции выброса до 56%, выраженная дилатация левого предсердия, зона гипокинезии апикального сегмента задней стенки левого желудочка, глобальная сократимость левого желудочка не снижена. Больной переведен в кардиологическое отделение, где принято решение о монотерапии ацетилсалициловой кислотой, нитратами. От назначения второго антиагреганта и антикоагулянтов решено воздержаться. Продолжалась терапия β -блокаторами, статинами, гастропротекторами. Содержание тропонина I в динамике снижалось (2,590 нг/мл от 16.08.2016 г.), однако 16.08.2016 г. на фоне проводимой терапии возобновились выделения крови из прямой кишки (до 200 мл), с незначительным снижением содержания гемоглобина, но с имеющейся тенденцией к артериальной гипотензии. Решением консилиума поставлены показания к экстренной ангиографии для попытки поиска экстравазации и эндоваскулярной эмболизации источника кровотечения. 17.08.2016 г. под сочетанной (внутривенная + местная) анестезией доступом через правую общую бедренную артерию выполнена ангиография нижнебрыжеечной артерии (рис. 1), селективная эмболизация частицами PVA «300–500 microns» задней ветви верхней прямокишечной артерии, участвовавшей в кровоснабжении опухоли (рис. 2). Для навигации на поверхности опухоли была фиксирована металлическая метка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 2-е сутки после эмболизации больной был переведен на хирургическое отделение, где продолжалась кардиотропная, двойная антиагрегантная, гастропротекторная терапия. Рецидивов кровотечения не было. Содержание тропонина I снижалось (0,121 нг/мл от 20.08.2016 г.). Проводились ЭКГ-контроль, суточное мониторирование, эхокардиография, по данным которых не отмечено значимых нарушений ритма, ишемических изменений, локальных зон нарушения сократимости. Решением консилиума в связи с высоким риском кровотечений поставлены показания к операции.

05.09.2016 г. выполнена операция — лапароскопическая обструктивная передняя резекция прямой кишки. От формирования первичного анастомоза решено отказаться. Операцию больной перенес удовлетворительно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Данные гистологического исследования: препарат — прямая кишка с мезоректальной клетчаткой, длиной 31,5 см, локализация опухоли — полностью ниже тазовой брюшины спереди размером 42 мм, перфорация отсутствует, хирургическая плоскость резекции — мезоректальная фасция, оценка представительства мезоректума — полный, гистологический тип опухоли — аденокарцинома G2, инфильтрация опухоли лим-



Рис. 2. Ангиограммы того же больного при селективной эмболизации ветви прямокишечной артерии (объяснение в тексте).

а — до эмболизации; *б* — после эмболизации. Стрелки — ход питающего опухоль сосуда на протяжении. Рентгеноконтрастная метка (скрепка) установлена для визуализации опухоли на ангиограммах

фоцитами — нет, реакции лимфоидной ткани вокруг опухоли нет, опухоль прорастает через мышечную оболочку в субсерозный слой, не распространяется на серозную поверхность (pT3), расстояние до ближайшего края резекции — 12 мм, проксимальный, дистальный края резекции, перитонизированный край не вовлечены, общее число лимфатических узлов — 21, поражено — 0 (pN0), стадия по Dukes — В — опухоль прорастает собственную мышечную оболочку, лимфатические узлы не поражены, лимфоваскулярной, периневральной инвазии нет. Получал в полном объеме двойную антиагрегантную и антикоагулянтную терапию. На 1-е сутки пациент был переведён в хирургическое отделение. Дренаж из малого таза удален на 3-и сутки. Минимальное значение гемоглобина в послеоперационном периоде составило 99 г/л, лейкоцитоза не было, биохимические анализы — в пределах нормальных значений. На 9-е сутки больной выписан из стационара, послеоперационные раны зажили первичным натяжением, контрольные анализы в пределах нормы. Согласно рекомендации кардиолога больной после выписки получал двойную антиагрегантную терапию.

Данное наблюдение из практики показывает, что тактика лечения РПК у больных с тяжелыми сопутствующими патологиями не всегда является стандартной. Для оказания медицинской помощи в полном объеме необходимы условия крупного многопрофильного стационара, располагающего соответствующими специалистами и оснащенного современным технологичным оборудованием. Также стоит отметить возможности и значимость методики эндоваскулярной эмболизации сосудов, питающих опухоль, как один из компонентов комплексного лечения больных с осложненными формами КРР [4].

В приведенном клиническом наблюдении это позволило избежать рецидива кровотечения из опухоли на фоне проведения антиагрегантной и антикоагулянтной терапии, подготовить больного к плановой операции с минимальными рисками кардиогенных осложнений. У некоторых пациентов возможно применение этой методики и для подготовки к неoadъювантной химиолучевой терапии при изначально симптомных опухолях прямой кишки, так как это является более эффективным методом безрецидивной остановки кровотечения в сравнении с консервативным лечением и эндоскопическими методиками [3].

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска // Вестн. хир. 2007. № 4. С. 118–122 [Aliiev S.A., Aliiev E.S. Kolorektal'nyi rak: zaboлеваemost', smertnost', invalidnost', nekotorye faktory riska // Vestnik khirurgii. 2007. № 4. P. 118–122].
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году. М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016. 250 с. [Kaprin A.D., Starinskii V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2014 godu. Moscow: MNIОI im. P.A. Gertsena, filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii, 2016. 250 p.].
3. Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Вельшер Л.З. и др. Эффективность неoadъювантной селективной эндоваскулярной химиотерапии и химиоэмболизации при лечении рака прямой кишки, осложненного ректальными кровотечениями // Колопроктология. 2014. № 3. С. 31–39 [Khitar'yan A.G., Prazdnikov E.N., Vel'sher L.Z. i dr. Effektivnost' neoad'yuvantnoi selektivnoi endovaskulyarnoi khimioterapii i himioembolizatsii

pri lechenii raka pryamoj kishki, oslozhnennogo rektal'nymi krovotечeniyami // Koloproktologiya. 2014. № 3. P. 31–39].

4. Шелехов А. В., Дворниченко В. В., Мункуев А. В. и др. Результаты рентген-эндovasкулярного гемостаза при лечении злокачественных новообразований толстой кишки, осложненных кровотечениями // Рос. онкол. журн. 2016. № 21 С. 186–

189 [Shelekhov A. V., Dvornichenko V. V., Munkuev A. V. i dr. Rezul'taty rentgen-endovaskulyarnogo gemostaza pri lechenii zlokachestvennykh novoobrazovaniy tolstoj kishki, oslozhnennykh krovotечeniyami // Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2016. № 21 P. 186–189].

Поступила в редакцию 28.11.2016 г.

Сведения об авторах:

Захаренко Александр Анатольевич (e-mail: 9516183@mail.ru), д-р мед. наук, доцент, руков. отд. абдоминал. онкол. НИИ хир. и неотложн. мед.; Шлык Ирина Владимировна (e-mail: irina_shlyk@mail.ru), д-р мед. наук, проф. каф. анестез. и реаниматол. университета; Овчаренко Дмитрий Владимирович, канд. мед. наук, зав. РХМДЛ № 2 НИИ хир. и неотложн. мед.; Гаврилова Елена Геннадьевна (e-mail: egavrilova70@mail.ru), канд. мед. наук, зав. ОРИТ № 2 центра анестез. и реаниматол. клиник; Трушин Антон Александрович (e-mail: an-ton.trushin@rambler.ru), хирург отделен. онкол. № 1 НИИ хир. и неотложн. мед.; Зайцев Данила Александрович (e-mail: nu_nrg@mail.ru), аспирант того же НИИ; Тен Олег Андреевич (e-mail: ten88oleg@mail.ru), хирург отд. онкол. того же НИИ; Беляев Михаил Алексеевич (e-mail: 8628926@mail.ru), канд. мед. наук, науч. сотр. того же НИИ; Рыбальченко Виталий Александрович (e-mail: vr9650765236@yandex.ru), клин. ординатор отд. онкол. того же НИИ, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, 197022, ул. Льва Толстого 6–8

В № 6 за 2016 г. нашего журнала на с. 86–90 была опубликована статья Д. Ю. Андреева, И. В. Михайлова, В. В. Шломина, А. В. Гусинского, Л. Н. Макаровой, П. А. Ястребова, К. В. Петрова «Успешное лечение циркулярной язвы голени и стопы вследствие болезни Бюргера и гангренозной пиодермии».

К сожалению, фотографии зажившей язвы голени и стопы пациентки на момент выписки из клиники (рис. 3) были напечатаны в черно-белом варианте, хотя они должны быть цветными. Исправляем нашу ошибку. Редакция журнала приносит извинение за это недоразумение.



Рис. 3. Правая голень и стопа той же больной на момент выписки из клиники 14.06.2014 г.

а — вид спереди; б — вид сбоку