



# ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, РЕКТОСИГМОИДНОГО СОЕДИНЕНИЯ ИЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Сакаева Дина Дамировна**, д.м.н., профессор, профессор кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет», профессор кафедры урологии с курсом онкологии, ведущий научный сотрудник института урологии и онкологии «Башкирский государственный медицинский университет», заместитель главного врача по онкологии Клинического госпиталя «Мать и дитя», Уфа

## Диагностический этап, предоперационная подготовка

Диагноз рака ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки выставляется на основании данных осмотра, результатах инструментальных методов обследования и патоморфологического заключения.

При физикальном обследовании проводят обязательное пальцевое ректальное исследование.

Лабораторная диагностика включает развернутые клинический и биохимический анализы крови, онкомаркеры — РЭА, коагулограмму, общий анализ мочи.

### ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ:

Тотальная колоноскопия (**ФКС**) с биопсией — это обязательное и наиболее информативное исследование, которое позволяет визуализировать опухоль, определить ее размеры, локализацию, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация) и получить материал для морфологического исследования. Если **ФКС** не выполнили на дооперационном этапе, то проводят в течение 3–6 месяцев после проведения резекции ободочной кишки. Если **ФКС** выполнить невозможно, то проводят ирригоскопию или **КТ-колонографию**.

Компьютерная томография (**КТ**) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием либо **УЗИ** органов брюшной полости и забрюшинного пространства. **КТ** органов брюшной полости является стандартом диагностики при раке ободочной кишки в большинстве развитых стран. Выполнение только **УЗИ** брюшной полости допустимо в случае технической невозможности проведения **КТ**.

**КТ** органов грудной клетки. Исследование является стандартом уточняющей диагностики при раке ободочной кишки в большинстве развитых стран, выполняется для исключения метастазов в легких и лимфатических узлах средостения.

Магнитно-резонансная томография (**МРТ**) органов брюшной полости с в/в контрастированием выполняется при планировании резекции печени для оценки резектабельности метастазов колоректального рака в печени, если **КТ** не позволяет сделать выводы о распространенности процесса. Если есть противопоказания к проведению **МРТ**, то выполняется **КТ** с внутривенным контрастированием или **ПЭТ-КТ**.

При опухолях ректосигмоидного перехода выполняют **МРТ** или **КТ** органов малого таза с внутривенным контрастированием.

При раке прямой кишки проводят **МРТ** малого таза перед планированием химиолучевой терапии и перед хирургическим лечением.

Остеосцинтиграфию проводят при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

**ПЭТ-КТ** проводится при подозрении на метастазы по данным **КТ** или **МРТ** в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

Лапароскопия проводится для уточнения наличия или отсутствия метастазов по брюшине на резектабельных стадиях болезни.

При подозрении на метастатическое поражение головного мозга выполняют **МРТ** или **КТ** головного мозга с в/в контрастированием.

### ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЩЕГО СТАТУСА:

- ЭхоКГ;
- Холтеровское мониторирование сердечной деятельности;
- Исследование функции внешнего дыхания (ФВД);
- УЗДГ сосудов шеи и нижних конечностей;
- Консультации кардиолога, эндокринолога, невропатолога — по показаниям.

## Хирургическое лечение

Хирургическое вмешательство является основным методом радикального лечения больных раком толстой кишки. Исключение составляет плоскоклеточный рак прямой кишки — эта опухоль имеет высокую чувствительность к химиолучевой терапии, локализованные формы заболевания могут быть излечены без применения хирургического этапа лечения.

Также хирургический метод может быть активно применен и в случае, если у пациента имеются резектабельные метастазы в печени или легких. При возможности выполнения резекции или при переходе метастатического поражения этих органов в резектабельное состояние в процессе химиотерапии, можно выполнить операцию в объеме резекции органов с метастазами.

Если у пациента есть изолированные метастазы печени или легких на долечевом этапе, нужно обсуждать план лечения совместно с торакальными хирургами или хирургами-гепатологами, или хирургами-онкологами, специализирующимися на хирургии печени. Если метастатические очаги резектабельны, то на первом этапе возможно проведение оперативного вмешательства.

Если у пациента угроза кишечной непроходимости или кровотечения, то на первом этапе проводится хирургическое удаление первичной опухоли с лимфодиссекцией.

Радиостатная абляция метастазов в печени или стереотаксическое лучевое воздействие может стать как дополнением к резекции печени для достижения радикального вмешательства, так и самостоятельным методом (при невозможности хирургического лечения).

## Консервативное лечение

Альтернативой немедленному хирургическому лечению является проведение периоперационной системной химиотерапии (**FOLFOX**, **XELOX**). После 4–6 циклов выполняется одновременное или последовательное удаление метастазов и первичной опухоли, а после операции продолжается проводимая ранее химиотерапия до достижения суммарной продолжительности в 6 месяцев.

При потенциально резектабельных метастатических очагах рекомендуется проведение максимально эффективной химиотерапии (**FOLFOX**, **XELOX** или **FOLFIRI**, **XELIRI**, **FOLFOXIRI**), целью которой является достижение объективного эффекта и перевод нерезектабельных метастазов в резектабельные.

После 4–6 циклов химиотерапии выполняется повторная оценка резектабельности. При отсутствии прогрессирования осуществляется одновременное или последовательное удаление метастазов и первичной опухоли. Далее проводится адъювантная химиотерапия до достижения суммарной продолжительности в 6 месяцев (с учетом предоперационной химиотерапии).

В случае прогрессирования метастатических очагов или невозможности их удаления, основным методом лечения становится лекарственная терапия.

Если болезнь носит распространенный характер и планируется проведение лекарственной терапии, выполняется анализ биоптата опухоли на наличие мутации генов семейства **RAS** (экзонов 2–4 генов **KRAS** и **NRAS**), гена **BRAF** и на микросателлитную нестабильность/дефицит белков системы репарации неспаренных оснований. При отсутствии мутации в генах семейства **RAS**, **BRAF** возможно дополнительное определение экспрессии или амплификации **Her2**.

Цель лечения — максимально длительный контроль заболевания при сохранении удовлетворительного качества жизни, а у ряда пациентов — возможность добиться перехода нерезектабельных метастазов в резектабельные. В процессе химиотерапии каждые 1,5–2 месяца проводится повторная оценка резектабельности. Различные методы эмболизации печеночной артерии, внутриартериальная химиотерапия могут применяться у отдельных пациентов с изолированным или преобладающим метастатическим поражением печени (при исчерпании возможностей системной терапии). Вопрос об удалении первичной опухоли решается индивидуально с учетом риска развития связанных с ней осложнений. В случае, если ответ на лечение недостаточен для перехода метастазов в резектабельное состояние, проводится паллиативное лекарственное лечение.

## Симптоматическая терапия

Если возникло острое кровотечение, необходимо выполнить срочное эндоскопическое исследование, а потом проводить терапию по остановке кровотечения. В зависимости от результатов исследования проводят эндоскопическую остановку кровотечения. При невозможности или неэффективности эндоскопической остановки кровотечения проводится экстренное хирургическое вмешательство.

Если имеется опухолевый стеноз, рекомендуется установка стента в зоне опухолевого стеноза или опухолевого лечения.

При болевом синдроме рекомендуется проведение лучевой терапии или медикаментозной терапии — в зависимости от причины болевого синдрома.

Если у пациента асцит, то могут быть использованы мочегонные препараты или проведен лапароцентез.

В любом случае меры, направленные на облегчение основных симптомов, способствуют увеличению продолжительности жизни.

## Наблюдение

**Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала системной противоопухолевой терапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов. После завершения лечения по поводу рака толстой кишки рекомендуется соблюдать следующую периодичность и использовать следующие методы наблюдения:**

- В первые 1–2 года физикальный осмотр и сбор жалоб каждые 3–6 месяцев;
- Через 3–5 лет с момента операции — 1 раз в 6–12 месяцев;
- Через 5 лет и более с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб.

### ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Определение уровня РЭА каждые 3 месяца в первые 2 года и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года, если РЭА был исходно повышен.
2. Колоноскопия проводится через 1 год и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет для выявления метакрионной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно. В случае, если до операции лечения колоноскопия выполнена по причине стенозирующей опухоли, ее проводят в течение 3–6 месяцев после резекции.
3. **УЗИ** органов брюшной полости и малого таза необходимо выполнять каждые 3–6 месяцев в зависимости от риска прогрессирования.
4. Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.
5. **КТ** органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием выполняется однократно через 12–18 месяцев после операции.

*\*Клинические рекомендации МЗ РФ «Злокачественное новообразование ободочной кишки», 2022*

Материал изготовлен при поддержке АО «Рош-Москва». Информация в материале не заменяет консультацию специалиста здравоохранения. Обратитесь к лечащему врачу.

АО «Рош-Москва», 107031, Россия, Москва, Трубная площадь, 2, помещение I, этаж 1, комната 42,  
МФК «Галерея Неглинная». Тел. +7 (495) 229-29-99, [www.roche.ru](http://www.roche.ru)

M-RU-00015130 июнь 2024