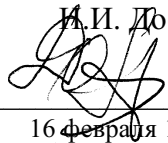


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

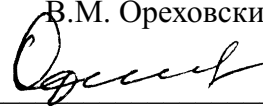
СОГЛАСОВАНО
Начальник отдела
науки и внедрения

И.И. Доста



16 февраля 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М. Ореховский



18 февраля 1999 г.

Регистрационный № 3-9901

**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И
РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Минск 1999

Учреждение-разработчик: НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.Н. Суколинский, д-р мед. наук, проф. Г.В. Муравская, д-р мед. наук В.Т. Кохнюк, канд. мед. наук Е.Г. Мороз, канд. мед. наук Н.А. Артемова, канд. мед. наук П.И. Улицкий, И.И. Ролевич

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Н.И. Крутилина

Рекомендации посвящены методике комбинированного лечения рака ободочной кишки и ректосигмоидного отдела прямой кишки с применением в предоперационном периоде лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 30 Гр при разовой очаговой дозе 6 Гр (изоэквивалентно 54 Гр, подводимым в режиме традиционного фракционирования дозы) под защитой организма антиоксидантным комплексом АК и стандартного оперативного вмешательства. Предлагаемый метод лечения апробировался с 1992 по 1997 г. Его эффективность позволяет повысить 5-летнюю выживаемость этой категории больных со II стадией рака с $69,4 \pm 4,6\%$ до $96,3 \pm 7,2\%$ и с III стадией — с $42,9 \pm 7,5\%$ до $93,5 \pm 11,4\%$ при отсутствии местных рецидивов опухоли. Данная методика предоперационного облучения по сравнению с традиционной лучевой терапией в суммарной очаговой дозе 20 Гр и разовой очаговой дозе 4–5 Гр (изоэквивалент 30 Гр) не приводит к увеличению ранних и поздних осложнений, а также послеоперационной летальности и числа послеоперационных осложнений.

Методические рекомендации предназначены для онкологов, радиологов, химиотерапевтов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным Белорусского канцер-регистра, заболеваемость раком ободочной кишки у мужчин увеличилась с 8,5 на 100 000 населения в 1987 г. до 14,0 к 1997 г., раком прямой кишки — с 11,4 до 17,1. У женщин соответствующие показатели заболеваемости раком ободочной кишки — 9,9 и 14,9, раком прямой кишки — 12,0 и 14,8. Смертность у мужчин за тот же период при раке ободочной кишки возросла с 6,1 до 9,4, при раке прямой кишки — с 7,4 до 12,4 на 100 000 населения, у женщин эти показатели составили 7,2 и 9,3, 7,8 и 9,8 соответственно. Анализ распределения больных II клинической группы по стадиям показывает, что значительных сдвигов в улучшении диагностики заболевания за последние 25–30 лет не произошло. В 1997 г. в Республике Беларусь доля больных с I–II стадиями рака ободочной кишки составила 33,2%, с III стадией — 32,8%, с IV — 24,0%, для больных раком прямой кишки — 49,2%, 24,0%, 20,3% соответственно, что делает актуальным поиск новых методов лечения больных со II–III стадиями колоректального рака.

Пятилетняя выживаемость при I стадии колоректального рака после хирургического лечения составляет 72–94%, при II стадии — 63–84%, при III стадии не превышает 29–68%, так как основными лимитирующими факторами излеченности рака ободочной и прямой кишки являются местные рецидивы и отдаленные метастазы, развивающиеся после хирургического лечения. Попытки улучшить отдаленные результаты лечения путем расширения объема выполняемых операций (расширенные лимфаденэктомии) не привели к увеличению пятилетней выживаемости. Таким образом, хирургический метод лечения рака толстого кишечника исчерпал свои возможности. Суть предлагаемого метода лечения заключается в необходимости девитализации злокачественных клеток в опухоли толстого кишечника еще до начала лечения путем облучения первичного очага и зон регионарного метастазирования в так называемой канцерицидной дозе с одновременной профилактикой лучевых повреждений нормальных тканей оригинальным радиозащитным средством — АК.

ПОКАЗАНИЯ

Показанием к комбинированному лечению является наличие у пациента морфологически верифицированного операбельного рака ободочной кишки и ректосигмоидного отдела прямой кишки.

Схема обследования больного

У всех больных перед началом специального лечения проводят обследование для установления диагноза (с морфологической его верификацией), степени распространенности опухолевого процесса, а также функционального состояния жизненно важных органов и систем. Перечень обследований до начала лечения включает:

- общие анализы крови и мочи;
- биохимический анализ сыворотки крови;
- ЭКГ;
- ректороманоскопию, фиброколоноскопию с забором биопсийного материала;

- ирригоскопию с определением локализации и протяженности опухоли, а также смещаемости данного анатомического участка ободочной кишки, пораженного опухолевым процессом;
- рентгеноскопию органов грудной клетки;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Методика предлучевой подготовки

Предлучевая подготовка осуществляется с помощью рентгеновского симулятора и данных, полученных в результате предварительного рентгенологического обследования (рентгенограмм, выполненных в переднезадней и боковой проекциях, и/или компьютерных томограмм).

В объем облучения включается первичный очаг, зоны субклинического распространения опухоли (не менее 5 см в каждую сторону от границ клинически определяемого опухолевого очага) и зоны регионарного метастазирования, которые должны находиться в зоне 100–80% изодозы.

В положении больного «лежа на спине» с помощью симулятора или рентгеновского аппарата на туловище отмечается уровень расположения середины опухолевого поражения. На этом уровне изготавливается абрис облучаемой части тела и в поперечной плоскости составляется топометрическая карта, на которую проецируются локализация опухоли, зоны ее субклинического распространения, локализация критических органов.

Существенное преимущество имеет конформное облучение, осуществляемое с учетом сложной конфигурации всего объема мишени с помощью специальных систем планирования типа «Plato», «Cadplan», «Helax».

Методика лучевой терапии

Лучевая терапия рака ободочной кишки и ректосигмоидного отдела прямой кишки осуществляется на гамма-терапевтических установках типа «Рокус», «Агат-Р», «Агат-С» или тормозным излучением на ускорителях высоких энергий (15–20 МэВ).

Предоперационная лучевая терапия может проводиться в статическом или ротационном режимах. При отсутствии возможности использования аппаратов объемного планирования облучения применяется стандартизированная тактика. При статическом облучении опухоли ободочной кишки используется двухполюсная (переднее и заднее противоположные поля) или трехполюсная (переднее, заднее и боковое поле под углом 90°) методики. Опухоли ректосигмоидного отдела прямой кишки облучаются в положении «лежа на животе» с трех полей: переднего прямого и двух сакральных, расположенных под углом к сагиттальной плоскости, размер которых зависит от особенностей локализации опухоли и чаще всего составляет 45°.

Опухоли слепой, восходящей кишки и печеночного изгиба ободочной кишки облучают с 2-х переднезадних полей или 3-х полей: переднего прямого, заднего прямого и бокового под углом 90° справа. Опухоли селезеночного изгиба ободочной кишки, нисходящей и сигмовидной кишки облучают с таких же полей слева. Опухоли поперечно-ободочной кишки облучают, как правило, с 4-х полей: переднего и заднего прямых и двух боковых под углом 90°.

Предоперационная лучевая терапия рака ободочной кишки и ректосигмоидного отдела прямой кишки проводится в режиме укрупненного и крупного фракционирования дозы: разовая очаговая доза составляет на весь объем облучения 4 Гр, на область опухоли — 6 Гр. Облучение проводится ежедневно до суммарной очаговой дозы 30 Гр (изоэквивалент 54 Гр) на опухоль и 20 Гр (изоэквивалент 30 Гр) на весь объем облучения.

Методика антиоксидантной терапии

Для уменьшения возможных постлучевых реакций и осложнений больные в течение пяти дней принимают внутрь за 24 часа до каждого сеанса лучевой терапии антиоксидантный комплекс АК.

Хирургическое лечение

После проведения лучевой терапии в течение 1–3 суток выполняется стандартное для данной локализации опухолевого процесса оперативное вмешательство.

Рак слепой кишки и восходящего отдела ободочной кишки. При локализации опухолевого процесса в слепой кишке и в восходящем отделе ободочной кишки выполняется правосторонняя гемиколэктомия до границы правой и средней трети поперечного отдела ободочной кишки, пересекается правая ветвь средней ободочной артерии, удаляется брюшина и забрюшинная клетчатка слепой, восходящей кишок и правой трети поперечного отдела ободочной кишки.

Рак печеночного угла или правой половины поперечного отдела ободочной кишки. При локализации опухоли в печеночном углу ободочной кишки выполняется расширенная правосторонняя гемиколэктомия до левой трети поперечной ободочной кишки с пересечением главного ствола средней ободочной артерии.

Рак средней трети поперечной ободочной кишки. Производится резекция поперечной ободочной кишки.

Рак левой трети поперечной и нисходящей ободочной кишки. Производится левосторонняя гемиколэктомия до средней трети поперечного отдела ободочной кишки с пересечением левой ветви средней ободочной артерии.

Рак сигмовидной кишки. Производится резекция сигмовидной кишки.

Рак ректосигмовидного отдела прямой кишки. Передняя резекция прямой кишки, при тяжелом состоянии больного — операция Хартманна.

Реакции и возможные осложнения

При применении рекомендуемого метода лечения не отмечено развития ранних или поздних лучевых осложнений, а возникшие у некоторых больных лучевые реакции (анорексия, тошнота, боли в животе, пирогенные реакции) самостоятельно купируются после окончания лучевой терапии и не требуют специального медикаментозного лечения.

Противопоказания к применению комбинированного лечения

1. Первично-множественный рак.
2. Осложненные формы рака толстой кишки (острая кишечная непроходимость, перифокальное воспаление, кровотечение).

3. Амплитуда смещения опухоли более ± 5 см.
4. Наличие отдаленных метастазов.
5. X–XI степень операционного риска.
6. Сопутствующие заболевания, сопровождающиеся выраженным нарушением жизненно важных функций организма (сердечная недостаточность, легочная недостаточность, сахарный диабет, туберкулез в активной фазе и др.).

Контрольное обследование больных

После лечения контрольное обследование больных должно выполняться каждые 3 мес. в течение первых двух лет. По истечении данного срока интервал наблюдения может быть увеличен до 6 мес.

Контрольный осмотр включает анамнез, осмотр больного, физикальные методы обследования, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ сыворотки крови, ректороманоскопию, ирригоскопию, фиброколоноскопию. Выполняется ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сканирование печени, компьютерная томография органов брюшной полости по показаниям.