

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



28 апреля 2006 г.

Регистрационный № 037-0406

**ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ ПРИ
ОРГАНосоХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ
ПРЯМОЙ КИШКИ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт онкологии и
медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.Н. Суколинский, д-р мед. наук В.Т. Кохнюк,
канд. мед. наук И.И. Минайло, Л.А. Фурманчук, В.М. Бондаренко, Г.И.
Колядич

Инструкция составлена на основании опыта лечения 100 больных первично-операбельным раком прямой кишки без выявленных отдаленных метастазов (T2–3N0–2M0), которым было проведено комбинированное лечение по разработанному нами способу (Патент 6078 Республики Беларусь. Способ комбинированного лечения рака ампулярного отдела прямой кишки), предусматривающему применение предоперационного дистанционного и внутрисветного облучения, т.е. сочетанной лучевой терапии, с одновременной защитой нормальных тканей, попадающих в зону облучения, антиоксидантным комплексом витаминов А, Е, С.

В результате применения разработанного способа удалось повысить частоту выполнения сфинктеросохраняющих операций у больных раком прямой кишки до 86,1 % без увеличения частоты местных рецидивов, которые составили 1,3 %, и частоты постлучевых реакций и послеоперационных осложнений. У больных, получивших лечение по предлагаемому методу, лучевые реакции и поздние лучевые повреждения имели место в 2,9 % случаев.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Неосложненный рак прямой кишки T2–3N0–2M0 с локализацией опухоли в ампуле прямой кишки.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Для проведения дистанционной лучевой терапии:
 - гамма-установки типа «РОКУС», «Агат», «Луч»;
 - ускорители с применением тормозного и электронного излучения 6–42 МэВ.
2. Для проведения внутрисветной контактной лучевой терапии (КЛТ):
 - АГАТ-ВУ с радионуклидом ^{60}Co и излучающей системой, состоящей из одноканального гибкого эндостата с пластмассовым наконечником диаметром 15 мм;

- microSelectron-HDR с радионуклидом ^{192}Ir и излучающей системой, состоящей из одноканального гибкого эндостата диаметром 7 мм либо восьмиканального эндостата.

3. Компьютерная планирующая система.

4. Рентгеновский симулятор.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Предоперационная сочетанная лучевая терапия проводится по изложенной ниже методике.

Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) проводится в статическом режиме на гамма-терапевтических установках, а также на ускорителях с использованием тормозного и электронного излучения. Облучается первичный очаг и параректальная клетчатка с регионарными лимфатическими узлами с 3–4 прямоугольных полей, размеры которых зависят от локализации и протяженности опухоли по длиннику кишки. Разовая очаговая доза (РОД) составляет 5 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) – 25 Гр, что изоэквивалентно дозе 40 Гр в режиме классического фракционирования. Ритм облучения: 2 дня – облучение, 2 дня – перерыв, 3 дня – облучение.

Внутрипросветная КЛТ с очаговой дозой 10 Гр проводится на следующий день после завершения ДЛТ.

Введению излучающей системы должна предшествовать ректороманоскопия, выполняемая непосредственно перед сеансом брахитерапии. Данная процедура проводится для визуализации опухоли, определения ее локализации и протяженности для получения дополнительной информации с целью наиболее адекватного выбора и размещения излучающей системы. После введения эндостата каждому пациенту выполняется рентгенотопометрическое исследование, которому предшествует обязательное контрастирование эндостата и уровня анального отверстия. Такой прием позволяет адекватно совместить центр поля ДЛТ с центром зоны интереса, обрабатываемой при внутрипросветной КЛТ.

Планирование дозного распределения при внутрисветной КЛТ осуществляется индивидуально, исходя из имеющейся в лечебном учреждении компьютерной планирующей системы, на основании данных рентгенопометрии, выполняемой на рентгеновском симуляторе в объеме ортогональной реконструкции и реконструкции под разными углами при положении пациента на спине. Точку нормировки дозы располагают на 1,0 см от поверхности эндостата в центре излучающей линии.

Лечение проводится под защитой нормальных тканей организма антиоксидантным комплексом витаминов А, Е, С (АК) с разовой дозой витамина А – 100 000 МЕ, витамина Е – 0,3 г, витамина С – 2,0 г. Прием АК начинают за 24 ч до первого сеанса ЛТ, затем ежедневно на протяжении всего курса ЛТ в указанных дозировках.

Виды хирургических вмешательств

Хирургическое вмешательство выполняется на следующий день после завершения лучевой терапии. Вид радикальной операции определяется локализацией опухоли, её распространённостью, анатомическими особенностями дистального отдела ободочной кишки:

- чрезбрюшная резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза в случае локализации опухоли в верхнеампулярном отделе прямой кишки;
- брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колоанального анастомоза в случае локализации опухоли в средне- и нижнеампулярном отделе прямой кишки;
- экстирпация прямой кишки при низколокализованном раке и невозможности проведения сфинктеросохраняющей операции (наличие опухолевого роста в краях отсечения при срочном морфологическом исследовании).

Обязательным условием для выполнения радикальной операции является полное удаление параректальной клетчатки (мезоректум) до мышц тазового дна. При использовании данного метода лечения больных раком прямой кишки

дистальный край отсечения может быть менее 20 мм, в таких случаях необходимо срочное морфологическое исследование на наличие в нем опухолевого роста.

Патоморфологическое исследование

Для морфологического исследования из удалённого препарата иссекаются участки ткани опухоли и краёв отсечения (в том числе и мезоректум), а также регионарные лимфатические узлы.

Определяются гистологическая структура опухоли и степень её дифференцировки, уровень опухолевой инвазии, состояние и количество поражённых регионарных лимфатических узлов, наличие либо отсутствие роста опухоли в краях отсечения с целью стадирования опухолевого процесса и определения дальнейшей тактики лечения.

Наблюдение за пролеченными больными

После завершения специального лечения контрольные осмотры выполняются в сроки, установленные для онкологических больных: первый год – 1 раз в 3 месяцев, второй год – 1 раз в 6 месяцев, в последующем пожизненно – 1 раз в год. Выполняются рентгенографическое исследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза; ректоскопия, ирригоскопия и колоноскопия выполняются по показаниям.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСТЛУЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

В ходе проводимой предоперационной сочетанной лучевой терапии могут иметь место изменения общего характера, клиническая картина которых складывается из вегетативно-висцеральных, главным образом вегетативно-сосудистых нарушений, начальных астенических проявлений и умеренных изменений клеточного состава периферической крови, которые не требуют специальной медикаментозной коррекции.

С целью профилактики возможных постлучевых реакций и осложнений лечение проводится под защитой нормальных тканей организма

антиоксидантным комплексом витаминов А, Е, С (АК) по описанной выше схеме.

В связи с тем, что при лечении больных раком прямой кишки наиболее частым осложнением, как при хирургическом, так и комбинированном методах лечения, являются гнойно-воспалительные процессы, в обязательном порядке необходимо проводить антибиотикопрофилактику. Наиболее оптимальным является внутривенное введение препаратов цефалоспоринового ряда 3–4-го поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефокситин) в дозировке 1,0–2,0 г за 30–40 мин до начала операции в сочетании с метронидазолом в разовой дозе 0,5 г. Поскольку период полувыведения из организма цефалоспоринов составляет в среднем 1,3–1,5 ч, повторное введение антибиотика с профилактической целью необходимо через 3 ч (при длительности операции более 3 ч).

При нарушении стандартного хода операции (перфорация опухоли, кишки, другого полого органа, разобщение вновь сформированного анастомоза и т.д.) в послеоперационном периоде целесообразно продолжить введение антибактериальных препаратов в течение 3–5 сут.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

- возраст более 70 лет;
- сопутствующие заболевания, сопровождающиеся выраженными нарушениями жизненно важных функций организма;
- осложненные формы рака прямой кишки (непроходимость, перифокальное воспаление, кровотечение, перфорация);
- опухоли прямой кишки, прорастающие в соседние органы и ткани (Т4);
- инфильтрирующий эндофитный рак прямой кишки без чётких границ.

Метод может быть использован в лечебных учреждениях, оснащенных установками для проведения сочетанной лучевой терапии.