

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО



РЕФЕРАТ

Тема: Принципы лечения колоректального рака

Выполнил:

Ординатор кафедры

Онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Иманзаде И. А.

Проверил:

к.м.н., доцент Гаврилюк Д.В

Иманзаде И. А.
Проф. Гаврилюк Д.В.

Рак прямой кишки .

Опухоль — это патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки. По характеру роста опухоли подразделяются на доброкачественные и злокачественные.

Рак прямой кишки.

Рак прямой кишки составляет 4-6% всех злокачественных новообразований, 20-25% опухолей ЖКТ и 35-40% колоректального рака; по темпам прироста он вышел на 1-е место в большинстве развитых стран. Наибольший рост заболеваемости отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и в России. Рак прямой кишки в России в среднем диагностируется с частотой 14-15 на 100 тыс. населения. Преимущественно заболевают люди в возрасте 60-75 лет; мужчины - чаще, чем женщины.

Этиология и патогенез рака прямой кишки

Нет какой – либо одной причины, которая приводила бы к возникновению рака прямой кишки. Скорее всего, можно предположить о сочетании нескольких неблагоприятных факторов , ведущими из которых являются диета, внешняя среда, хронические заболевания толстой кишки и наследственность.

Роль диетических факторов в патогенезе рака прямой кишки находится в центре внимания многих исследователей. Колоректальный рак чаще наблюдается в областях, где в диете преобладает мясо и ограничено потребление растительной клетчатки. Мясная пища вызывает увеличение концентрации жирных кислот, которые в процессе пищеварения

превращаются в канцерогенные агенты. Меньшая частота рака прямой кишки в сельской местности и в странах с традиционной растительной диетой (Индия, Центральная Африка) демонстрирует роль растительной клетчатки в профилактике рака прямой кишки. Теоретически большое количество клетчатки увеличивает объем фекальных масс, разбавляет и связывает возможные канцерогенные агенты, уменьшая время транзита содержимого по кишке, ограничивая тем самым время контакта кишечной стенки с канцерогенами.

У больных с хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки особенно с язвенным колитом или болезнью Крона, частота рака прямой кишки значительно выше, чем в общей популяции. На степень риска развития рака влияют длительность и клиническое течение заболевания.

Колоректальные полипы достоверно увеличивают риск возникновения злокачественной опухоли. Индекс малигнизации одиночных полипов составляет 2-4 % множественных (более 2) -20 %, ворсинчатых образований –до 40 %. Полипы прямой кишки относительно редко встречаются в молодом возрасте, но у лиц старшего возраста наблюдаются достаточно часто. Наиболее точно о чистоте полипов прямой кишки можно судить по результатам патологоанатомических вскрытий. По данным литературы, частота выявления полипов при аутопсиях для экономически развитых странах составляет в среднем около 30 %.

Определенную роль в патогенезе рака прямой кишки играет наследственность. Лица первой степени родства с больными колоректальным раком имеют высокую степень риска развития злокачественной опухоли. К факторам риска следует относить как злокачественные опухоли толстой кишки, так и наличие злокачественных опухолей других органов. Такие наследственные болезни, как семейный диффузный полипоз, синдром Гарднера, синдром Тюрко, сопровождаются высоким риском развития рака прямой кишки. Если не удалять у таких больных полипы толстой кишки или саму кишку, то почти у всех из них

развивается рак, иногда появляются сразу несколько злокачественных опухолей.

Рак прямой кишки развивается в соответствие с основными законами роста и распространением злокачественных опухолей, т. е. относительная автономность и нерегулируемость роста опухоли, утрата органо- и гистотипичного строения, уменьшение дифференцировки ткани. В тоже время имеются и свои особенности. Так рост и распространение рака прямой кишки происходит относительно медленнее, чем, например, рака желудка. Более длительный период опухоль находится в пределах органа, не распространяясь в глубине стенки кишки, более чем на 2-3 см от видимой границы. Медленный рост опухоли нередко сопровождается местным воспалительным процессом, переходящим на соседние органы и ткани. В пределах воспалительного инфильтрата в соседние органы постоянно прорастают раковые комплексы, что способствует появлению так называемых местнораспространенных опухолей без отдаленного метастазирования.

В свою очередь отдаленное метастазирование также имеет свои особенности. Наиболее часто поражаются лимфатические узлы и (гематогенно) печень, хотя наблюдаются поражения и других органов, в частности легкого.

Особенностью рака прямой кишки являются довольно часто встречающийся его мультицентрический рост и возникновение одновременно (синхронно) или последовательно (метакронно) нескольких опухолей, как в толстой кишке, так и в других органах.

Классификация. Разнообразие характера роста и гистологического строения способствовало появлению многочисленных классификаций рака прямой кишки по различным параметрам.

По локализации:

- в анальном отделе кишки - 2-3%
- нижеампулярном -20-25%
- среднеампулярном отделе - 25-30%
- вышеампулярном отделе - 20-25%
- ректосигмоидном отделе -12-15%.

По типу роста:

- эндофитный (45%)
- экзофитный (55%).

По гистологическому строению:

- аденокарцинома
- слизистая аденокарцинома
- перстневидный
- плоскоклеточный
- железисто-плоскоклеточный
- базально-клеточный
- недифференцированный
- неклассифицируемый рак.

Среди злокачественных эпителиальных опухолей самой распространенной является аденокарцинома- на ее долю приходится более 80 % всех раковых опухолей толстой кишки.

По распространенности рак прямой кишки в отечественной практике классифицируется на 4 стадии:

I стадия- опухоль локализуется в слизистой оболочке и

IIa стадия- опухоль занимает не более полуокружности кишки, не выходит за пределы кишечной стенки, без регионарных метастазов в лимфатических узлах;

IIб стадия- опухоль занимает не более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, но не выходит за пределы кишки, метастазов в регионарных лимфатических узлах нет;

IIIa стадия- опухоль занимает более полуокружности кишки прорастает всю ее стенку, поражения лимфатических узлов нет;

IIIб стадия- опухоль любого размера при наличии метастазов множественных в регионарных лимфатических узлах;

IV стадия- обширная опухоль, прорастающая в соседние органы с множественными регионарными метастазами, или любая опухоль с отдаленными метастазами.

Наиболее информативной, позволяющей всесторонне оценить стадии развития опухоли является международная система TNM.

T – первичная опухоль.

Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

To - первичная опухоль не определяется.

Tis – интраэпителиальная опухоль или с инвазией слизистой оболочки.

T1 – опухоль инфильтрирует до подслизистого слоя.

T2 – опухоль инфильтрирует мышечный слой кишки.

T3 – опухоль прорастает все слои кишечной стенки.

T4 – опухоль прорастает серозный покров или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры.

N – регионарные лимфатические узлы.

No - нет поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 - метастазы в регионарные лимфатические узлы.

N 2 – метастазы в отдаленные лимфатические узлы.

M – отдаленные метастазы.

Mo – отдаленных метастазов нет.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

Определение стадии заболевания должно основываться на результатах дооперационного обследования, данных интраоперационной ревизии и послеоперационного изучения удаленного участка прямой кишки, в том числе и со специальной методикой исследования лимфатических узлов.

Патолого-анатомическая картина

Экзофитные опухоли имеют четкие контуры, растут в просвет прямой кишки. К ним относят полиповидный рак (опухоль на широком или узком основании, выступает в просвет кишки), бляшковидный (опухоль на широком основании, с плоской поверхностью, незначительно выступает в просвет кишки), ворсинчато-папиллярный рак (бугристая опухоль дольчатого строения).

Эндофитные опухоли характеризуются внутрстеночным ростом; опухоль поражает стенку прямой кишки на большем или меньшем протяжении, в разной степени проникая в ее толщу (диффузно-инфильтративный рак) и сужая просвет кишки. Границы опухоли четко не определяются. На отдельных участках могут возникать изъязвления (эндофитно-язвенный рак). Стенка кишки становится ригидной.

Гистологическая структура рака прямой кишки различна, однако у преобладающего большинства больных (80-85%) опухоль является

аденокарциномы. Рак прямой кишки, разрастаясь, распространяется в просвете в толщу кишечной стенки (поражая подслизистую основу и мышечный слой), выходя затем за ее пределы и врастая в окружающие органы (влагалище, матка, мочевой пузырь, семенные пузырьки, мочеточники) и ткани. Одновременно с ростом опухоли в толщу кишечной стенки идет ее распространение по окружности прямой кишки. Инфильтрация раковыми клетками стенки кишки не превышает обычно 4-5 см от видимой на глаз границы опухоли. Метастазирование рака прямой кишки может идти лимфогенным (в регионарные и отдаленные лимфатические узлы), гематогенным (чаще всего в печень) и имплантационным (карциноматоз тазовой брюшины, распространение раковых клеток по поверхности слизистой оболочки) путями.

Клиническая картина

Клинические симптомы рака прямой кишки и степень их проявления определяются размерами, степенью инвазии, формой роста и локализацией опухоли, а также сопутствующими осложнениями и характером метастазирования. По мере роста и метастазирования опухоли симптомы заболевания становятся все более разнообразными, а степень их выраженности возрастает. На ранних стадиях развития опухолевого процесса местные (первичные) признаки чаще выражены нерезко, могут проявляться лишь эпизодически и не привлекают к себе должного внимания больного и врача.

Первичные симптомы - патологические выделения из кишки в виде крови и слизи. Кровь в кале первоначально появляется в виде прожилок. По мере роста и травматизации опухоли количество выделяемой крови может увеличиться. Кровь при этом темная или черная (измененная), почти всегда перемешана с каловыми массами либо предшествует калу. На поздних стадиях болезни может приобретать зловонный запах или

выделяться в виде сгустков. Слизь при раке прямой кишки в чистом виде выделяется очень редко. Более характерно выделение слизи с прожилками крови, чаще - с сукровичными выделениями либо, на более поздних стадиях, с примесью гнойно-кровянистой жидкости или гноя со зловонным запахом. Появление крови - прямое показание к пальцевому исследованию прямой кишки и ректоскопии.

С ростом опухоли локальная симптоматика становится более выраженной: выделение крови из прямой кишки усиливается, часто появляются сгустки, однако, как правило, профузного кровотечения не бывает. Может измениться форма испражнений - лентовидный кал; появляется ощущение инородного тела в прямой кишке.

Вторичные симптомы, обусловленные ростом опухоли, проявляются, когда опухоль достигает значительных размеров, и патогенетически обусловлены сужением просвета прямой кишки и ригидностью стенок, в редких случаях бывают первыми и единственными симптомами заболевания. При раке, локализуемом в ректосигмоидном отделе прямой кишки, преобладают симптомы обтурационной кишечной непроходимости разной степени выраженности, вплоть до завершённой. Прежде всего это нарушение пассажа каловых масс по кишечнику: запор, вздутие живота, урчание в животе, усиленная перистальтика, в запущенных случаях сопровождающееся спастической болью в животе. Часто стойкий запор сменяется эпизодическим поносом. Механизм развития этого явления таков: плотные каловые массы не проходят через суженный просвет прямой кишки, что, в свою очередь, приводит к уменьшению всасывания воды, повышению секреторной деятельности и усилению перистальтики толстой кишки.

При прорастании опухолью кишечной стенки и врастании в соседние структуры и органы появляются другие симптомы. Опухоль, расположенная в нижних отделах прямой кишки, может распространяться на заднепроходный канал (рис. 13.6), на предстательную железу у мужчин и на влагалище у женщин. В этих случаях могут возникнуть боли в

области. При раке верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки опухоль может прорасти в стенку мочевого пузыря. Клинические проявления в этом случае возникают лишь при образовании ректовезикального свища. У таких больных отмечают лихорадку в связи с развитием восходящей инфекции мочевых путей. При мочеиспускании через уретру выделяются газы, иногда кал. При прорастании задней стенки влагалища может образоваться ректовагинальный свищ, при этом из влагалища выделяются кал и газы.

Метастазы рака прямой кишки в печени встречаются наиболее часто и не имеют характерных клинических проявлений. Лишь при значительном поражении печени можно видеть увеличение этого органа. При локализации узлов в области ворот печени в ряде случаев бывает желтуха. При абсцедировании метастазов развивается клиническая картина абсцесса печени.

Общие симптомы чаще появляются на III-IV стадии болезни - это нарушение общего состояния: похудение, слабость, снижение трудоспособности, утомляемость, анемия, землистый цвет лица и сухость кожи - возникают лишь при распространенном опухолевом процессе. В начальных же стадиях самочувствие практически не изменяется.

При раке анального канала ведущим и довольно ранним симптомом болезни является тупая постоянная боль в области заднего прохода, которая усиливается при дефекации. В связи с эндофитным ростом опухоли этой локализации часто наступает изъязвление новообразования, что проявляется в виде патологических примесей к калу: вначале крови, затем слизи и гноя. При прорастании опухоли в анальный сфинктер на большом протяжении наблюдается недержание газов, кала. Вместе с тем опухоль за счет сужения наиболее узкого отдела прямой кишки быстро приводит к развитию кишечной непроходимости. При раке анального канала метастазы распространяются в паховые лимфатические узлы.

Диагностика

В настоящее время имеется возможность выявить рак прямой кишки практически во всех случаях заболевания. Необходимо лишь следовать двум условиям:

- 1) соблюдать диагностический алгоритм;
- 2) полностью использовать возможности применяемых диагностических методов.

Алгоритм диагностики рака прямой кишки:

- анализ жалоб и анамнеза (следует помнить, что у лиц старше 50 лет риск возникновения рака прямой кишки очень высок);
- клиническое исследование;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия;
- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- колоноскопия;
- ирригоскопия (при сомнительных данных колоноскопии или их отсутствии);
- ультразвуковое исследование органов живота и малого таза;
- эндоректальное ультразвуковое исследование;
- биопсия обнаруженной опухоли.

При анализе жалоб и анамнеза необходимо обращать внимание на особенности кишечной симптоматики.

Для заболеваний толстой кишки характерна некоторая монотонность симптоматики. Большинство из них проявляются либо нарушениями дефекации, либо примесью крови и слизи к стулу, либо боль в животе или дискомфорт в области заднего прохода, виде зуда. Часто эти симптомы сочетаются между собой. Те же симптомы и даже в тех же сочетаниях наблюдаются и у больных раком прямой кишки. Нет ни одного специфического признака этого заболевания.

Пальцевое исследование, ректороманоскопия играют важную роль в диагностике рака прямой кишки. Например для выявления рака нижнеампулярного отдела прямой кишки практически достаточно одного пальцевого исследования. Для использования всех диагностических возможностей применяемых методик очень важна правильная подготовка толстой кишки к исследованию. В противном случае возможны грубые диагностические ошибки.

Важным методом диагностики распространенности опухолевого процесса является ультразвуковое исследование. С его помощью устанавливается не только наличие отдельных метастазов, в частности в печени, но и степень местного распространения опухоли, а также наличие или отсутствие перифокального воспаления. Целесообразно использовать 4 вида ультразвукового исследования: чрескожный, эндоректальный, эндоскопический, интраоперационный.

В сложных случаях прорастания опухоли в окружающие органы и ткани рекомендуются компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс.

Осложнения

Наиболее частыми осложнениями рака прямой кишки являются нарушения кишечной проходимости, вплоть до острой кишечной непроходимости, кишечные кровотечения, перифокальные воспаления и перфорация кишки либо опухоли, либо так называемые дилататические из-за перерастяжения кишечной стенки при непроходимости.

Все осложнения требуют соответствующего лечения, иногда срочных и даже экстренных оперативных вмешательств для спасения жизни больных, например, при диффузном кровотечении, острой кишечной непроходимости и перфорации.

У больных с запущенной формой рака перечисленные осложнения могут сочетаться, значительно увеличивая риск и ухудшая прогноз хирургического лечения. Профилактика осложнений состоит в своевременной ранней диагностике рака прямой кишки.

Лечение

Клинико-анатомические исследования показали, что для соблюдения принципов радикальности операции на прямой кишке достаточно отступить от нижнего полюса опухоли на 2-5 см, а от верхнего полюса - на 12-15 см. Следовательно, одним из главных факторов, влияющих на выбор способа операции при раке прямой кишки, является уровень расположения нижнего полюса опухоли. С учетом этих факторов весь спектр оперативных вмешательств на прямой кишке условно можно разделить на 2 категории - с сохранением и без сохранения сфинктерного аппарата органа. Выбирая метод радикальной операции при раке прямой кишки, следует учитывать также конституциональные особенности больного, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний.

При подготовке кишечника к предстоящей операции применяют слабительные средства - макрогол (фортранс, флит), ортоградное промывание кишечника. Реже используют бесшлаковую диету и

подготовку кишечника очистительными клизмами.

При раке ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки, если размеры опухоли не превышают 5 см (локальный опухолевый процесс) и отсутствуют данные о метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов, хирургический метод является методом выбора, и оперативное вмешательство выполняется в объеме чрезбрюшной (передней) резекции прямой кишки. При размерах опухолевого узла более 5 см и подозрении на метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов показано комбинированное лечение с неoadьювантной (предоперационной) лучевой терапией.

При раке среднеампулярного отдела прямой кишки методом выбора при любой степени местного распространения опухолевого процесса является комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией.

Особенно показан комбинированный метод лечения при планировании сфинктеросохраняющих операций (низкая передняя резекция прямой кишки, брюшно-анальная резекция прямой кишки). Хотя, как указывают ряд авторов, предоперационная лучевая терапия не влияет на 5-летнюю выживаемость.

Переднюю резекцию прямой кишки выполняют из нижней срединной лапаротомии. После мобилизации прямой кишки ее пересекают на 4-5 см ниже опухоли. Пересекают сигмовидную ободочную кишку (удаляя тем самым подлежащий резекции участок кишки) и накладывают анастомоз между сигмовидной ободочной кишкой и культей прямой кишки.

При брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной, нисходящей или поперечной ободочной кишки производят нижнюю срединную лапаротомию. Мобилизуют прямую, сигмовидную и нисходящую ободочную кишку. Рану брюшной стенки зашивают. После растяжения заднего прохода стенку кишки рассекают по прямокишечно-заднепроходной линии, низводят прямую и сигмовидную ободочную

кишку через задний проход и отсекают сигмовидную ободочную кишку на уровне, определенном при брюшном этапе операции. Края низведенной кишки фиксируют по окружности анального канала.

При раке нижнеампулярного отдела (не более 5-7 см от переходной складки) при любой степени местного распространения опухолевого процесса показано включение в состав комбинированного лечения предоперационной лучевой или термолучевой терапии (при наличии аппаратов для проведения локальной СВЧгипертермии). Хирургическое лечение выполняется в объеме экстирпации прямой кишки.

Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Кеню-Майлса) заключается в удалении всей прямой кишки и части сигмовидной ободочной кишки с наложением одноствольной колостомы в левой половине подвздошной области. Операция состоит из 2 этапов – брюшного и промежностного. Брюшной этап операции выполняют из нижней срединной лапаротомии. Перевязывают и пересекают нижнюю брыжеечную артерию (и вену) ниже отхождения от нее левой толстокишечной артерии, рассекают брыжейку сигмовидной ободочной кишки, а саму кишку перевязывают. Мобилизуют сигмовидную и прямую кишку. Сигмовидную ободочную кишку прошивают аппаратом и выводят в левой подвздошной области на брюшную стенку, формируя одноствольную колостому. Рану брюшной стенки зашивают. Переходят к промежностному этапу. Вокруг заднего прохода накладывают и затягивают кисетный шов. На расстоянии 2-3 см от заднего прохода окаймляющим разрезом рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, пересекают заднепроходно-копчиковую связку и мышцы, поднимающие задний проход. Завершив мобилизацию прямой кишки, ее удаляют. Промежностную рану зашивают, оставляя дренаж в пресакральном пространстве.

Обструктивную резекцию прямой кишки выполняют при острой кишечной непроходимости. В этом случае из нижней срединной

лапаротомии мобилизуют сигмовидную ободочную и прямую кишку, пересекают прямую кишку ниже опухоли, культю кишки ушивают наглухо. Отсекают пораженный отдел кишки и накладывают одноствольную колостому в левой подвздошной области.

Цель паллиативных (циторедуктивных) операций в объеме резекции или экстирпации прямой кишки - лишь продление жизни больного и уменьшение его страданий. Их выполняют при невозможности полного удаления отдаленных метастазов. Симптоматические операции колостомии заключаются в наложении двуствольной колостомы либо сигмостомы на передней брюшной стенке в левой подвздошной области при явлениях кишечной непроходимости и невозможности радикального или циторедуктивного удаления основного опухолевого узла.

При малых размерах рака анального канала проводят лучевую терапию, при больших размерах опухоли и рецидиве заболевания после облучения показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ

АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ

При 2-й и 3-й стадиях КР дополнительное лечение должно быть назначено как можно раньше после хирургического (оптимально – в течение 4-х недель).

Основные препараты, применяемые при лечении рака кишечника уже достаточно длительное время – это фторпиримидины Фторурацил(5-ФУ) (с его усилителем Лейковорином (ЛВ) — вводится инфузионно; а также капецитабин — принимается внутрь в виде таблеток.

Фторпиримидины применяются или самостоятельно, или в сочетании с другими цитостатиками:

- 5-ФУ+ЛВ+Оксалиплатин (схемы FLOX, FOLFOX).
- Схема XELOX (Оксалиплатин + Капецитабин).
- Схема FOLFIRI (5-ФУ+ЛВ+иринотекан).

Комбинации введения, продолжительность курса, дозы препаратов подбираются индивидуально. Они зависят от опыта применяемых схем в каждой конкретной клинике, а также от наличия тех или других препаратов. Наиболее распространенные режимы: 5 дней подряд каждого месяца или 1-2 дня каждые 2 недели.

Обычная длительность химиотерапии – 6 месяцев, имеются данные исследований, что 3-х месячный курс по схеме XELOX обладает не меньшей эффективностью.

По поводу продолжительности поддерживающего лечения после основного курса ХТ у онкологов пока нет единого мнения.

Наблюдение при проведении адьювантной химиотерапии:

- Перед каждым курсом ХТ сдаются анализы крови, мочи, биохимические показатели.
- 1 раз в 2-3 месяца – УЗИ брюшной полости.
- Через 6 месяцев –КТ органов брюшной полости и грудной клетки.
- Исследование на онкомаркеры – 1 раз в 3 месяца. Во время проведения курса лечения значения показателей могут повышаться, важна оценка их концентрации в динамике. Существенный критерий эффективности – снижение онкомаркеров после окончания курса.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ (НЕОАДЬЮВАНТНАЯ) ХТ

Наиболее часто такое лечение в комбинации с лучевым (химиолучевая терапия) проводится при местнораспространенном раке прямой кишки 2-3 стадии, расположенном в нижнеампулярном отделе. Применяются фторпиримидины одновременно с лучевым воздействием. Курс – около 4-х недель.

Следующим этапом выполняется контрольное обследование, обязательно включающее в себя МРТ малого таза и, если это возможно, хирургическое вмешательство, затем после небольшого перерыва химиолучевое лечение продолжается.

ХИМИОТЕРАПИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

4 стадия КР характеризуется метастазированием в другие органы. Наиболее часто отсева идут в печень, легкие, а также распространяются по брюшине, реже – в другие органы (кости, головной мозг).

При раке кишечника 4 стадии химиотерапия – основной метод лечения. Выделяют следующие группы таких пациентов:

1. Имеются изолированные резектабельные метастазы в печени или легкое. Удаляется первичная опухоль и одновременно или несколько отсрочено резецируются метастазы. После операции проводится химиотерапия схемами FOLFOX или XELOX.
2. Потенциально резектабельные метастазы. Применяются схемы FOLFOX, XELOX, FOLFIRI 4-6 курсов, затем – операция и продолжение ХТ после вмешательства.
3. Множественные нерезектабельные метастазы. Проводится паллиативная химиотерапия фторпиримидинами или вышеуказанными схемами в зависимости от переносимости. Паллиативная ХТ призвана замедлить рост опухоли и метастазов, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациента. Проводится она непрерывно до конца жизни, или же в течение полугода с последующим наблюдением (четких рекомендаций по этому поводу нет). При прогрессировании процесса или выраженном токсическом эффекте ХТ прекращается.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Химиотерапию рекомендуется дополнять таргетными препаратами. Это различные биологические вещества, которые блокируют сложную схему митотической активности опухолевых клеток. Они направлены против конкретных молекул, которые стимулируют бесконтрольное их деление. Этот механизм связан с определенными генными мутациями, которые выявляются не у всех опухолей даже одинакового гистологического типа

Поэтому для назначения таргетных препаратов необходим сложный молекулярно-генетический анализ карциномы.

Наиболее изученными мишенями пока являются эпидермальный фактор роста (EGFR) и сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF). Зарегистрированы три препарата, блокирующие данные рецепторы:

- Антитела к EGFR – Цетуксимаб и Панитумумаб.
- Моноклональное антитело к VEGF- Бевацизумаб.

Исследования показали, что монотерапия только МКА при аденокарциноме кишечника неэффективна. Такие препараты добавляются к стандартным схемам ПХТ у пациентов с 4-й стадией колоректального рака. Комбинация ХТ с моноклональными антителами достоверно увеличивает период безрецидивного течения на 10-15%.

Для определения прогноза и отбора пациентов на лечение таргетными препаратами анализируют патологические изменения в генах KRAS(7 мутаций) и BRAF. Опухоли с мутациями в гене KRAS плохо отвечают на терапию анти- EGFR-антителами, но при этом не исключается применение Бевацизумаба.

ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

Химиотерапия при аденокарциноме кишечника так же, как и любое лечение, сопряжена с неизбежными побочными эффектами.

- Угнетение костного мозга, снижение количества лейкоцитов, тромбоцитов в крови.
- Поражение слизистой полости рта – образование язв, стоматит.
- Тошнота, диарея.
- Выраженная слабость, утомляемость.
- Выпадение волос.
- Носовые кровотечения.
- Сухость кожи и различные высыпания, эритема ладоней и подошв.

- Нарушение чувствительности конечностей.
 - Повышение температуры.
 - Инфекционные осложнения вследствие снижения иммунитета.
- Чтобы несколько нивелировать неприятные последствия ХТ рекомендуется питание с повышенным содержанием белковосодержащих продуктов и овощей, применение гепатопротекторов, противорвотных препаратов. Пищу следует принимать небольшими порциями, питье не ограничивать.

При выраженных симптомах рекомендуется снизить дозу химиопрепарата на 50% или временно отменить один из них.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ

- положительным ответом опухоли на лекарственную терапию является уменьшение суммы всех наибольших диаметров оцениваемых очагов новообразования на 30% и более;
- прогрессией считается увеличение этого показателя на 20% и выше;
- стабилизация — все промежуточные значения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Более половины пациентов с колоректальным раком нуждаются в проведении химиотерапии.

Такое лечение достоверно увеличивает продолжительность жизни, уменьшает вероятность рецидивов, иногда может привести к полному регрессу заболевания.

Препараты, применяемые при ХТ – токсичны. Лечение неизбежно сопряжено с побочными эффектами.

Неблагоприятное действие цитостатиков на организм – не повод для отказа от лечения. Почти все эффекты можно облегчить с помощью нелекарственных и лекарственных методов

Лучевая терапия

Внешнее облучение

Лучевая терапия рака прямой кишки часто применяется до оперативного вмешательства. Если это нужно для незначительного уменьшения опухоли в размере и предупреждения метастазирования, курс составляет 5—7 дней перед операцией. Если новообразование достигло гигантских размеров, лечение может длиться и до 5 месяцев. Внешнее облучение подразумевает направление источника радиоактивных волн через здоровые ткани в место проекции опухоли. При этом пациент лежит неподвижно. Сеанс длится 4—6 минут, что зависит от индивидуального случая.

Внутреннее облучение

Перед проведением процедуры внутреннего облучения контактного вида, пациенту делают очищающую клизму.

- Контактный вид — применяется достаточно редко, поскольку он показан при размерах опухоли до 0,3 см. Перед процедурой делают клизму, в прямую кишку вводят специальный инструмент и вводят маленькие дозы радиации. Это применяют в случаях, когда пациент отказывается от оперативного удаления новообразования. Процедура длится минуту, повторение — через 3 месяца.

- Высокодозовое облучение — назначают до операции, когда необходимо уменьшить размеры рака. Этот метод можно применять, когда опухоль локализуется в нижнем или среднем отделе прямой кишки. Вводят трубку, по которой ездит источник излучения, и присоединяют к аппарату. Таким образом опухоль равномерно поддается лучевому воздействию.

Интраоперационное облучение

Применение лучевой терапии непосредственно во время операции имеет позитивный дальнейший прогноз. Локальное воздействие на опухоль предотвращает дальнейшее метастазирование и рецидив. Его дополняют облучением после вмешательства, что сводит к минимуму атипичное деление клеток. Такой вид лечения требует специальное приспособление и навыков.

Последствия

Прямая кишка относится к желудочно-кишечному тракту и ежедневно берет участие в выведении каловых масс. При воздействии радиоактивными лучами, она не выполняет свои функции в необходимой мере. Возникают такие осложнения, как диарея, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, недержание мочи и кала, частый стул, сужение анального отверстия, кишечное кровотечение, свищи между прямой кишкой и мочевым пузырем. Это опасные состояния, которые могут угрожать здоровью и жизни человека. Поэтому при появлении каких-либо нарушений общего состояния, необходимо оповещать об этом врача.

Побочные реакции организма на химию проявляются в виде быстрой утомляемости и выпадения волос.

Последствия лучевой терапии при раке прямой кишки включают воспаление кожи в месте действия источника облучения, общую слабость, выпадение волос, депрессию, апатию, резкое снижение массы тела, быструю утомляемость и нарушение трудоспособности. Частый стул и рвота ведут к обезвоживанию организма, нарушению метаболических процессов и кислотно-щелочного равновесия.

Ограничения

Заболевания соединительной ткани.

Хроническая лучевая болезнь.

Кровотечения или риск их возникновения.

Снижение уровня эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов.

Лихорадка.

Хронические заболевания в стадии декомпенсации.

Острый воспалительный процесс любой локализации.

Список литературы

1. Калмин О.В. Лекции по анатомии человека. Часть II. – Пенза: Изд-во ПГУ, 2005. – 166 с.
2. Материалы VIII Российского онкологического конгресса. 2004. – 358 с
3. Тексты тезисов VIII Съезда РОЭХ. – М.: Изд-во РОЭХ, 2002. – 264 с.
4. Хирургические болезни / Под ред. М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1999.– 704 с.
5. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, Кн. изд-во, 1971, т.2.
6. Анатомия человека : учебник в 3 т. - изд. 3-е испр., доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 496 с. : ил.
7. Пальцев М. А. , Аничков Н. М. Патологическая анатомия. Учебник. В 2-х т. Т. 2, ч. I.- М.: Медицина, 2001.- 736 с.: ил.- (Учеб. лит. Для студ.мед. вузов). – ISBN 5-225-04625-8
8. Патологическая анатомия. Курс лекций. Учебное пособие /Под ред. В.В. Серова, М. А. Пальцева. – М.: Медицина, 1998.- 640 с.: ил.- (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов).ISBN 5-225-02779-2
9. <http://www.proktologia.com.ua/polin.htm>