

Рецензия
на реферат по онкологии
ординатора Мамурова Б.Б. на тему: «Комплексное лечение колоректального
рака».

В данной работе раскрыты наиболее важные аспекты, касающиеся комплексное лечение колоректального рака. Это прежде всего хирургическая лечения, так как является основным методом лечения колоректального рака. Умение проводить после хирургического вмешательство химиотерапию и лучевую терапию больным с колоректальным раком, а так же правильная проведение комплексное лечение и организация назначенных лечение в значительном степени влияют на качество и продолжительность жизни онкобольного. В реферате приведена информация необходимая для комплексное лечение при колоректальном раке, рассмотрена методы лечения хирургическая, химиотерапия и лучевая терапия.

Работа выполнена без орфографических ошибок и в соответствие с требованиями - по структуре и оформлению. Автор заслуживает оценки

«удовлетворительно»

Комментарии и замечания: В реферате не освещены вопросы лечения ранне ободочной кишки, скелет химиотерапии не упоминается современные аспекты лечение коло-ректального рака.

Дата: 12.11.19г.

Игорь Гаврилов Д.В.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального
образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздравсоцразвития России



Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Руководитель ординатуры: к.м.н., доцент Гаврилюк Д.В.

РЕФЕРАТ на тему: Комплексное лечение колоректального рака

Выполнил:

Ординатор 1 года Обучения

Мамуров Б.Б.

г. Красноярск
2019 год

Содержание

- 1.Актуальность
- 2.Хиургическая лечения
- 3.Химиотерапия
- 4.Лучевая терапия

Актуальность

Рак прямой кишки занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей. В 2014 году в России зарегистрировано 13 099 новых случаев рака прямой кишки и умерло по этой причине 16 795 больных.

Подавляющее большинство опухолей (80—85 %) располагается в ампуле прямой кишки, при этом в среднеампулярной части рак возникает у 30—35 % больных, в нижеампулярной — у 25—35%, в вышеампулярной — у 20—25% больных. В ректосигмоидном отделе возникает только 10—15 % новообразований, в анальном канале — 3—4%. Первично-множественный рак обнаруживают у 2—12 % больных.

По аналогии с другими отделами пищеварительного тракта в прямой кишке различают экзофитную и эндофитную разновидности рака. Экзофитный рак представляет собой выступающее в просвет кишки четко очерченное, легко кровоточащее образование с неровной бугристой поверхностью. Эндофитный рак характеризуется преимущественным ростом в толщу кишечной стенки. Последняя приобретает вид плотной ткани, опухоль постепенно без четких границ переходит в неизмененную слизистую оболочку. Просвет кишки может быть циркулярно сужен, перистальтика на участке поражения отсутствует. Опухоли прямой кишки склонны к распаду.

При распаде экзофитной опухоли в центре ее появляется глубокая язвенная поверхность в виде кратера с нависающими валикообразными краями (блюдцеобразный рак).

При изъязвлении эндофитного рака видна обширная плоская язва со слегка приподнятыми плотными краями, постепенно переходящими в стенку кишки (язвенно-инфильтративный рак).

90 % опухолей прямой кишки по гистологической структуре относятся к аденокарциномам, остальные 10 % приходятся на слизистые, солидные, плоскоклеточные, недифференцированные и скirroзные опухоли.

Рост и распространение. По стенке кишки опухоль растет преимущественно в поперечном направлении. С.А. Холдин (1962) объяснил это сегментарным характером распределения кровеносных и лимфатических сосудов. В связи с такой особенностью роста опухоли прямой кишки часто имеют овальные, а не округлые очертания; эндофитные формы могут циркулярно охватывать кишку и приводить к обтурационной кишечной непроходимости. Выше и ниже видимого края опухоли раковые клетки обнаруживают на расстоянии 2—4 см, в исключительных случаях при эндофитном росте и прорастании всех слоев кишки клетки опухоли находят на большем расстоянии. Путем прямого прорастания рак прямой кишки может распространяться на околопрямокишечную клетчатку и соседние органы. Опухоли, расположенные на передней стенке в нижних отделах, могут прорасти в заднюю стенку влагалища или в предстательную железу и семенные канатики, в верхних отделах — на мочевой пузырь, матку, брюшину.

Лимфогенное метастазирование происходит в трех направлениях. Из опухолей средней и верхней трети прямой кишки метастазирование идет по лимфатическим сосудам вдоль верхней прямокишечной артерии. Первым этапом являются верхние прямокишечные узлы, из них клетки опухоли поступают в забрюшинные лимфатические узлы. Из нижних отделов кишки метастазы распространяются в направлении средних прямокишечных артерий к боковым стенкам таза в верхние прямокишечные и подвздошные лимфатические узлы, а также вдоль нижних прямокишечных сосудов в паховые лимфатические узлы. Частота метастазирования зависит от характера роста, гистологической структуры и длительности развития опухоли. Метастазы находят у 30— 60 % больных.

Гематогенное метастазирование. Инвазия опухолевыми клетками венозных сосудов встречается довольно часто. При этом во время операции в крови, оттекающей от кишки, у 14 % больных удается обнаружить раковые клетки. Это не означает, что у всех больных возникнут отдаленные метастазы. Последние при раке прямой кишки встречаются у 20— 25 % больных. Чаще поражается печень, изредка обнаруживают метастазы в брюшину, легкие, кости и другие органы.

Лечение

1. Хирургическая лечения колоректального рака

Единственным методом радикального лечения рака прямой кишки является оперативное вмешательство. Лучевая терапия и химиотерапевтическое воздействие оказывают паллиативный эффект или используются как дополнение к хирургическому лечению.

Все операции по поводу рака прямой кишки выполняются под интубационным наркозом. Предоперационная подготовка проводится также, как и при раке толстой кишки. Архитектоника артериальной системы проксимального отдела сигмовидной кишки. Раки выходного отдела прямой кишки, нижеампулярные и, частично, средне ампулярные требуют выполнения брюшно-промежностной экстирпации с одновременным выведением в левой подвздошной области противоестественного заднего прохода. При этом важное значение имеет кровоснабжение толстой кишки. Предложено много различных методик наложения противоестественного заднего прохода, часть из которых преследовала цель создания подобия управления актом дефекации. Однако при этом часто возникали различные местные осложнения — ретракция кишки в брюшную полость, некроз выведенной кишки, обширные флегмоны вокруг колостомы с развитием перитонита и др. В более поздние сроки появляются рубцовые сужения искусственного ануса, выпадение кишки, параколостомические грыжи. Кроме того, вид гиперемированного, покрытого пленками слизи грибовидного, возвышающегося над уровнем кожи участка выведенной кишки отрицательно действует на психику больного. Раздражение слизистой оболочки, выступающей над уровнем кожи, ведет к небольшим, но частым

кровотечениям. Значительной части этих недостатков лишен противоестественный задний проход, наложенный на уровне кожи «плоская колостома».

При этом наиболее распространены:

- 1) брюшно-промежностная экстирпация;
- 2) брюшно-анальная резекция с низведением в анус различных отделов толстой кишки;
- 3) передняя резекция;
- 4) внутрибрюшная резекция (тина операции Гартмана);
- 5) промежностная ампутация прямой кишки (экстирпация).

В некоторых клиниках брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки проводится двумя бригадами хирургов. После того, как при лапаротомии устанавливается возможность выполнения радикальной операции, к выделению кишки снизу подключается вторая бригада. Эта методика снижает риск загрязнения брюшной полости, уменьшает процент имплантационных метастазов и почти вдвое сокращает время вмешательства. В большинстве случаев после экстирпации прямой кишки можно зашить промежностную рану с введением дренажа через контрапертуру. При этой методике значительно сокращается время пребывания больного в стационаре после операции. Зашивать промежностную рану не следует после случайного вскрытия просвета прямой кишки при ее мобилизации и при недостаточно остановленном кровотечении. При локализации опухоли не ниже, чем на 10 см от ануса, при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах и сращений опухоли с окружающими тканями, может быть произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки. Противопоказаниями к данной операции служат тучность больных и диффузно-инфильтративный рост опухоли.

Брюшно-анальная резекция рекомендуется при хорошо выраженных сосудистых аркадах в брыжейке сигмовидной кишки. При опухолях верхнеампулярного отдела применяется передняя внутрибрюшная резекция прямой кишки (в отличие от задней трансакральной операции). При этом анастомоз остается в брюшной полости (в отличие от брюшно-анальной резекции). Для абластичного выполнения этой операции необходимо, чтобы прямая кишка была пересечена ниже края опухоли не менее чем на 3—4 см. Передняя резекция допустима только в случаях, когда нижний край опухоли находится выше брюшной складки не менее чем на 2 см, иначе развиваются рецидивы по линии анастомоза. Комбинированные брюшно-промежностные экстирпации включают удаление или резекцию соседних с кишкой органов. Deddish и Whiteley (1964) указывают, что в 50% У оперированных женщин приходилось резецировать гениталии. При расширенных операциях удаляют часть мочевого пузыря, семенных пузырьков и предстательную железу. При отдаленных метастазах в забрюшинном пространстве, парааортальных узлах, печени или в полости таза вместе с выраженным прорастанием соседних органов возникает вопрос о выполнении паллиативной операции —

наложении искусственного заднего прохода. Подобная операция оправдана, если имеются признаки частичной кишечной непроходимости. Многие авторы рекомендуют при возможности производить паллиативную резекцию кишки, даже при наличии отдаленных метастазов. Это якобы делает более перспективной дальнейшую химиотерапию, снижает тягостный болевой синдром и продлевает больным жизнь. При неудалимых опухолях прямой кишки всегда выгоднее накладывать двустольный анус. Последний создает также благоприятные условия для периодических промываний дистального отдела сигмовидной и прямой кишки через соответствующий ствол. Одноствольный анус при неудалимых раках прямой кишки нежелателен, так как при нем дистальную часть сигмовидной кишки выше опухоли зашивают наглухо и погружают в брюшную полость. Рост опухоли может привести к полному закрытию просвета кишки, а выход скопляющимся здесь гноем, слизи и крови закрыт. В замкнутой полости начинает накапливаться содержимое, что причиняет боль и опасно для жизни, так как возможны разрывы кишки и поступление высоковирулентного содержимого в брюшную полость. Иногда во время лапаротомии и ревизии брюшной полости для решения вопроса о возможности выполнения радикальной операции выясняется, что картина распространения рака за пределы кишки является следствием не опухолевого, инфильтративного распространения, а только лишь воспалительного компонента, сопровождающего опухолевый рост. В подобных случаях после частичной мобилизации прямой кишки, выполненной для выяснения степени распространенности опухолевого роста, можно расчленить операцию на два этапа. В первом этапе ограничиваются наложением одноствольного ануса в левой подвздошной области. В послеоперационном периоде проводится противовоспалительная терапия: промывание прямой кишки, антибиотики внутримышечно и местно, пресакрально. В ряде случаев спустя 2—3 нед определяются значительная смещаемость опухоли, уменьшение воспалительной ин- 245 фильтрации клетчатки вокруг прямой кишки, и во втором этапе удастся произвести экстирпацию прямой кишки.

С целью улучшения отдаленных результатов лечения и уменьшения вероятности имплантационных метастазов предложен ряд технических приемов:

- 1) минимальная травматизация опухоли;
- 2) частая смена перчаток, операционного белья и инструментов, соприкасающихся с опухолью;
- 3) перевязка приводящих и отводящих кровеносных сосудов до мобилизации кишки;
- 4) перевязка удаляемой части кишки выше и ниже опухоли;
- 5) промывание цитостатиками просвета кишки.

За последнее десятилетие непосредственные результаты оперативного лечения рака прямой кишки значительно улучшились. Если 30—40 лет назад послеоперационная летальность составляла 20—25%, то в настоящее время она снизилась до 6—8%. Основными причинами смерти были перитонит,

сердечнососудистая недостаточность, пневмония, кровотечение. В связи с тем что значительная часть заболевших раком прямой кишки обращается за помощью в запущенных стадиях, радикальная операция оказывается возможной лишь в 20—25%. Исчисление процента операбельности по отношению к числу не заболевших, а радикально оперированных из числа отобранных и поступивших в стационар больных не отражает истинного состояния проблемы. После операции 5 лет в среднем переживает 35—45% больных. По данным Е. С. Серебряковой (1972), из 417 радикально оперированных больных этот срок пережили 45,5% больных. По мнению С. А. Холдина (1970), наблюдавшего ДЗОО радикально оперированных больных в сроки от 5 до 25 лет, при соответствующих показаниях резекции могут быть осуществлены не менее радикально, чем экстирпация прямой и сигмовидной кишок, а по непосредственным результатам и длительности выживаемости сберегательные операции не только не уступают, но даже превосходят экстирпации. В функциональном отношении исходы резекций явно превосходят результаты экстирпаций, что и побуждает больных скорее согласиться на радикальную операцию. По данным П. П. Александрова с соавт. (1973), даже в лучших клиниках частота местных рецидивов достигает 20—27% при экстирпациях, 7—8% при брюшно-анальных резекциях и 5—7% при внутрибрюшных резекциях кишки. Высокий процент рецидивов при экстирпациях прямой кишки объясняется тем, что сберегательные операции выполняются только в случаях небольшого распространения опухоли, а во всех остальных случаях даже на грани операбельности хирурги стремятся к удалению опухоли. Л. М. Линецкая с соавт. (1970) проследили отдаленные результаты хирургического лечения рака прямой кишки у 242 из 301 радикально оперированного. У 53 больных (21,9%) выявлены местные рецидивы опухоли в клетчатке таза, по линии шва анастомоза или в ректовагинальной перегородке. По данным этих авторов, особенно часто местные рецидивы рака возникают в первый и второй годы после операции. Наиболее ранними симптомами местного рецидива в клетчатке таза являются чувство инородного тела и неудобства в области промежности. Значительно позже появляются периодические боли; сильные боли развиваются при далеко зашедшем процессе с поражением нервов крестца. В случае сомнения в наличии рецидива рекомендуют производить пункционную биопсию (Л. М. Линецкая и др., 1970). Лечение местных рецидивов рака прямой кишки хирургическим путем оправдано только при небольших одиночных узлах. В этих случаях наиболее эффективно электрохирургическое лечение

2. Химиотерапия колоректального рака.

Колоректальный рак является относительно резистентной к воздействию цитостатиков опухолью. В течение длительного времени единственными препаратами, активными при этой форме злокачественных опухолей, оставались фторурацил и его производные. В 90-х годах XX в. в онкологическую практику вошли принципиально новые препараты, обладающие противоопухолевой активностью при колоректальном раке:

иринотекан, производное платины III поколения оксалиплатин, ралтитрексид, а также новые пероральные фторпиримидины, например капецитабин. Высокий процент резистентности к традиционной химиотерапии среди больных колоректальным раком требует подбора препаратов 2-й линии. Одним из таких резервных препаратов является иринотекан. Данный препарат относится к новой группе цитостатиков, а именно представляет собой селективный ингибитор топоизомеразы-1. Достоинством препарата является эффективность в отношении опухолей с фенотипом множественной лекарственной устойчивости. При колоректальном раке препарат применяют в дозе 350 мг/м² 1 раз в 3 нед. Эффективность препарата, по данным различных авторов, составляет 15-32%. Другим способом преодоления лекарственной устойчивости является разработка различных комбинаций химиопрепаратов. Одной из таких комбинаций является сочетание фторурацила с оксалиплатином. Показано, что применение оксалиплатина в дозе 130 мг/м² в сочетании с фторурацилом в дозе 200—300 мг/м² (либо фторурацил 375 мг/м² + кальция фолиат 100 мг/м²) по соответствующей схеме у больных с метастатическим колоректальным раком, ранее леченных и Опухоли органов брюшной полости • 391 резистентных к фторурацилу, позволило добиться частичной ремиссии у 33% больных, а ещё у 33% достигнуть стабилизации процесса. При этом не наблюдалось значительного увеличения токсичности. Следует отметить, что среди больных, получавших только оксалиплатин, не было отмечено ни одного ответа. Имеются данные о применении этой комбинации и у больных первичным колоректальным раком. Эффективность этой схемы достигает, по данным некоторых авторов, 45%. В настоящее время изучают целесообразность использования таргетных (target — мишень) препаратов в комбинированной и монотерапии при метастатическом колоректальном раке. Наиболее перспективными мишенями представляются рецепторы ростовых факторов — эпидермального и сосудистого эндотелиального факторов роста. В настоящее время для лечения рака толстой кишки зарегистрированы два таких препарата — цетуксимаб (Эрбитукс*) и бевацизумаб. Лечение больных колоректальным раком, безусловно, должны заниматься высококвалифицированные специалисты. Только при условии совместной работы хирургов, радиологов, химиотерапевтов, а также врачей других специальностей возможны правильная постановка диагноза и выбор оптимального метода лечения.

3. Лучевая терапия колоректального рака

Лучевая терапия РОД 2 Гр, СОД 44 Гр на зону регионарного метастазирования. СОД 54 Гр на первичную опухоль. Лечение ежедневно, 5 раз в неделю, фотонами 6-18 МэВ на фоне химиотерапии фторпиримидинами. При технической доступности возможно дополнение курса лучевой терапии использованием локальной гипертермии после СОД 16 Гр 2 раза в неделю с интервалом 72 часа при температуре 41- 43 0С в течение 60 минут, всего 4-5 сеансов. Хирургическое вмешательство

проводится через 6-8 недель после завершения химиолучевой терапии. Объём облучения на зону регионарного метастазирования должен включать пресакральные, параректальные, obturatorные, внутренние подвздошные, нижние брыжеечные лимфоузлы. Начинается дистанционная лучевая терапия с объёмного 3D-планирования и выполняется по технологии конформной лучевой терапии. Предлучевая топометрическая подготовка включает в себя выполнение КТ и МРТ исследований, на основании чего формируется план облучения. Точность воспроизведения условий лучевой терапии контролируется с помощью системы портальной визуализации. Возможно проведение лучевой терапии на протонных ускорителях энергией 70-250 МэВ с использованием протонных комплексов. Добавление в режимы химиолучевой терапии оксалиплатина**, иринотекана** и моноклональных антител не улучшает результаты. При местно-распространённых неоперабельных опухолях (сT4N0-2) на первом этапе обязательно проводится одновременная химиолучевая терапия (50-54 Гр по 2 Гр за фракцию на фоне терапии фторпиримидинами. Хирургическое вмешательство проводится через 6-8 недель после завершения химиолучевой терапии

Список литературы:

- Ассоциация Онкологов России 2017 год
Учебник «ОНКОЛОГИЯ» А.А. Шайн. 1992 год, 21-22 ст.
Учебник «КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ» под ред. Н.Н.Блохина и Б.Е.Петерсона Москва, 1979 год, 242-245 ст.
Учебник «ОНКОЛОГИЯ» под ред. Акад. РАМН В.И.Дарьяловой 390-391 ст.