

ristics / J.B. Mulliken, J. Glowacki // Plast. Reconstr. Surg.– 1982.– Vol. 69, № 3.– P. 412–422.

12. Siu, W.W. Arteriovenous malformation of the mandible: embolisation and direct injection therapy/W.W. Siu, A. Weill, J.L. Garipey, J. Moret, T. Marrota/J. Vasc. Interv. Radiology. 2001, sep.;12(9): 1095–1098.

USING THE PRINCIPLES OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH
IN THE TREATMENT OF EXTENSIVE BUILDING TACTICS
ANGIODYSPLASIA MIXED TYPE

N.G. KOROTKIN, M.S. OLSHANSKIY, I.V. STEPANOV,
A.S. SCHERBININ

VoronezhStateMedicalAcademyN.N. Burdenko
VoronezhRegionalClinicalHospital №1

The experience of multimodal management for extensive maxillofacial angiodysplasia's are presented. Advantages of the multidisciplinary approach including selective endovascular embolization, sclerotherapy and surgery has been shown.

Key words: angiodysplasia, embolization, sclerotherapy, multimodal approach.

УДК: 616.351 – 006 – 089:537.531

РОЛЬ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

В.Н. ЭКТОВ*, Н.Н. КОРОТКИХ**

В статье проанализированы результаты химиолучевого лечения больных раком прямой кишки на основе литературных данных ведущих Европейских и Российских научных центров. Показаны различные варианты локализаций рака в отделах прямой кишки, а также зависимость результата комплексного лечения и прогноза главным образом от стадии заболевания.

Ключевые слова: рак прямой кишки, лучевая терапия, химиотерапия.

Неуклонный рост заболеваемости и высокий уровень смертности больных раком прямой кишки, поздняя диагностика заболевания, низкая резектабельность являются причинами неудовлетворительных показателей выживаемости у данной категории пациентов [1,2].

Несмотря на выполнение резекции прямой кишки с опухолью в пределах здоровых тканей, риск возникновения возврата заболевания у пациентов с образованием прорастающим всю стенку прямой кишки и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах остается высоким и достигает 50%. Важную роль для воздействия на возможно оставшиеся раковые комплексы в путях регионарного и отдаленного метастазирования играют адъювантные методы лучевой и химиотерапии, применяющиеся в сочетании с хирургическим лечением в той или иной комбинации в течение последних десятилетий при лечении рака прямой кишки [1,3,13].

Считают, что лучевая терапия снижает число местных рецидивов, увеличивая длительность безрецидивного периода и как следствие – продолжительность жизни пациентов. Однако, не всегда улучшаются показатели 5-летней выживаемости. Многие вопросы, связанные с выбором метода комплексного лечения рака прямой кишки, остаются нерешенными. Существенно важными являются определение преимуществ пред- или послеоперационного облучения, методики лучевой терапии, роль и схема химиотерапии, применяемой в сочетании с облучением [2,5].

За более чем 30-летний период в нашей стране и за рубежом проведено изучение различных методов комбинированного и комплексного лечения рака прямой кишки.

Анализ отдаленных результатов свидетельствует о большей эффективности предоперационной лучевой терапии. Так, по данным Haller D.G. [8], сравнивающих результаты предоперационного (20,5 Гр. в течение 1 недели) и послеоперационного (60 Гр. в течение 7-8 недель) облучения 471 больного, отмечено достоверное снижение частоты возникновения местных рецидивов, выявленных в 13 и 22% соответственно. В шести из восьми клинических контролируемых исследований, сравнивающих результаты различных методик комбинированного лечения (предоперацион-

ное облучение + операция) с чисто хирургическим лечением, получено достоверное снижение числа местных рецидивов. В то же время, лишь по данным MRC3 trial, анализирующего результаты 235 больных перенесших операцию с последующим послеоперационным облучением (20 фракций по РОД 2 Гр до СОД 40 Гр) и 234 пациентов после чисто хирургического лечения достигнуто достоверное уменьшение рецидивов после комбинированного лечения. Несмотря на достоверное улучшение локального контроля повышения показателей 5-летней выживаемости не отмечено. Ни одна из методик послеоперационного облучения, не привела к достоверному увеличению выживаемости больных.

До 80 годов преимущественно использовались дозы облучения эквивалентные 20-30 Гр. В большинстве исследований не было получено достоверного улучшения выживаемости больных после комбинированного лечения в сравнении с хирургическим. Так, по данным Roswit, 1975, анализирующего результаты рандомизированного исследования 700 пациентов с использованием СОД 20 Гр., РОД 2 Гр. 5-летняя выживаемость составила в группе с комбинированным лечением 39%, хирургическим – 31%. При этом, снижение числа местных рецидивов в основной группе было недостоверным (29 и 40%, соответственно). Аналогичные показатели сообщены Higgins, 1986, использующего СОД 31,5 Гр., РОД 1,75 Гр. в группе с комбинированным лечением и группе с только хирургическим лечением. Выживаемость составила по 35% в каждой группе [6].

Когда речь идет об операбельных формах рака прямой кишки и в задачи предоперационного облучения входит снижение биологического потенциала опухоли и обработка зон ее субклинического распространения, представляется оправданным использование интенсивного курса облучения. Основными преимуществами этого метода являются резкое сокращение продолжительности лучевого этапа и возможность проведения хирургического в ближайшие сроки после завершения облучения [3].

В.И. Кныш, Г.В. Бондарь и др. применяли методику крупнофракционного облучения у 238 больных по схеме РОД 5,0 Гр в режиме фракционирования 5 раз в неделю до СОД 25 Гр. Операции производили через 2-3 дня. Параллельно анализировалась контрольная группа, получившая только хирургическое лечение из 197 больных. Местные рецидивы после хирургического лечения достигли 19,8%, а метастазы – 8,1%. После комбинированного лечения аналогичные показатели составили 9,6% и 8,4% соответственно. Пятилетняя выживаемость составила 72,2% при комбинированном и 51,7% при хирургическом методе лечения [3].

Положительные результаты сообщены Шведским мультицентральным исследованием (1995), проводимым в более чем 20 учреждениях и анализирующим результаты комбинированного лечения более тысячи пациентов. Облучение проводилось РОД 5 Гр. до СОД 25 Гр. в течение 5 дней с проведением оперативного вмешательства через 5 дней. Отмечено достоверно уменьшение числа местных рецидивов, составивших 14% в основной группе и 28% в контрольной. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения достоверно превысила аналогичный показатель после хирургического и составила 58% и 48% соответственно.

Использование СОД 20-30 Гр представляются оправданными при операбельном раке прямой кишки, когда предоперационная лучевая терапия используется в качестве профилактики местных рецидивов и отдаленных метастазов [1,6].

При местнораспространенном опухолевом процессе с прорастанием в окружающую клетчатку и соседние органы, когда выполнить радикальную операцию не представляется возможным, указанная доза является недостаточной для значительной регрессии опухоли [15,16]. По данным авторов для гибели большей части раковых клеток в предоперационном периоде необходимо подведение в область опухоли и путей регионарного метастазирования СОД не менее 50 Гр при классическом фракционировании РОД 2 Гр с 5-кратным облучением в течение недели. Используемая схема лечения требует длительного применения (5 недель) с последующим интервалом перед операцией не менее 4-6 недель. Столь продолжительный интервал необходим для реализации лучевого эффекта и гибели опухолевых клеток.

Однако, эта методика вследствие длительного фракционного облучения и отсроченной операции приводит к развитию лучевых повреждений, обуславливающих нередко наблюдаемые интра- и послеоперационные осложнения. Для уменьшения побочного воздействия на нормальные ткани, окружающие прямую кишку, большинством ученых рекомендуется использовать дроб-

* ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10

** Воронежская областная клиническая больница №1, 394066, г. Воронеж, Московский проспект, 151

ление дневной дозы на 2 сеанса. По данным авторов США преимущественно используется дневная доза 1,8-2,0 Гр., в то время как в Европе и Канаде 2,25-2,5 Гр.

Трудности в лечении больных с местнораспространенными опухолевыми процессами без отдаленных метастазов, у которых радикальную операцию выполнить не удастся, побудили исследователей к применению сочетанного лекарственного лучевого и хирургического метода лечения у больных с этой патологией.

Экспериментальными работами [10,11,12] было определено, что некоторые препараты, в частности, 5-фторурацил повышают чувствительность тканей к ионизирующему излучению. Усиление лучевого воздействия на опухоль происходит за счет синхронизации 5-фторурацилом ритма деления опухолевых клеток. Применению электроноакцепторных соединений в качестве радиомодифицирующих средств (метронидазол, 5-фторурацил, лейковарин и др.) при проведении предоперационного облучения посвящено много работ как отечественных, так и зарубежных авторов [1,7,9].

Сочетанное воздействие лучевого и химического компонентов на ткани вызывает увеличение числа как общих, так и местных реакций, что существенно сказывается на качестве жизни пациентов. Результаты III фазы клинических испытаний EORTC [14], свидетельствуют о снижении выживаемости в группе больных с предоперационным химиолучевым лечением в сравнении с пациентами, перенесшими только предоперационное облучение (46 и 59%, $p=0,06$) за счет увеличения смертности больных непосредственно после операции, а также от интеркуррентных заболеваний.

С 1994 по 1998 гг. в ГНЦ колопроктологии проведено проспективное контролируемое исследование по комплексному лечению рака прямой кишки (СОД 45-50 Гр, РОД 1,0-1,5 Гр, 5-ФУ 4-5 г) Сорок один пациент в основной и 40 – в контрольной группе подверглись комплексному и хирургическому лечению соответственно. Отмечено возникновение побочных общих и местных реакций во время проведения химиолучевого лечения почти у 80% пациентов. Послеоперационные осложнения (44,1 и 31,3% соответственно) и летальность достоверно не отличались в обеих группах. Больные прослежены в сроки от 1 до 4 лет. Актуальная выживаемость у больных, получивших комплексное лечение, достоверно не улучшилась в сравнении с чисто хирургическим лечением, несмотря на достоверное снижение числа местных рецидивов и отодвигание их сроков появления во времени. В то же время число отдаленных метастазов было одинаковым в обеих группах. Высокий процент паллиативных вмешательств после комплексного лечения (20%), за счет возникновения отдаленных метастазов, отсутствующих при первичном обследовании больного, обусловлен вероятнее всего длительностью лечения (4-5 недель облучение + 4 недели интервал между окончанием облучения и проведением операции) и возможным усилением выброса в кровь раковых комплексов на фоне облучения. В связи с этим, онкологами и радиологами проводилось изучение методики комбинированного лечения с подведением облучения в пред- и послеоперационном периоде («сэндвич»). Преимуществами данной методики является меньшее число лучевых реакций, укорочение курса облучения в предоперационном периоде. При этом СОД достигает необходимых цифр за счет дополнительного подведения ионизирующего излучения в послеоперационном периоде. Используемые дозы предоперационного облучения 20-30 Гр являются недостаточными для уменьшения опухолевого процесса, но в то же время приводят к сублетальным повреждениям опухолевых клеток. В последние годы отмечается неуклонный рост совершенствования техники оперативных вмешательств, выполняемых с максимальным радикализмом даже при местнораспространенных опухолях прямой кишки [10].

Таким образом, анализ литературных данных и результатов собственного опыта позволяет предложить для исследования новую методику комплексного лечения «сэндвич». Для уменьшения риска интра- и послеоперационных осложнений целесообразным представляется сокращение лучевого этапа в предоперационном периоде за счет уменьшения СОД и укрупнения фракций, что возможно за счет подведения РОД 5 Гр пятью фракциями до СОД 25 Гр, эквивалентной 37,5 Гр. Сроки выполнения оперативного вмешательства после окончания облучения не должны превышать 48-72 часов. Через 6 недель после операции планируется подведение ионизирующего излучения СОД 24 Гр по РОД 2 Гр в течение 12 дней. Таким образом, общая суммарная

очаговая доза составит 61,5 Гр. Для усиления воздействия облучения, а также в качестве профилактики диссеминации раковых комплексов параллельно с проведением лучевой терапии будет проводиться полихимиотерапия (5-ФУ+лейковорин).

Литература

1. Барсуков, Ю.А. Комплексное лечение больных раком прямой кишки с использованием полирадиомодификации и системного цитотоксического компонента в схемах неоадьювантной лучевой терапии / Ю.А. Барсуков // Онкол. колопроктол. – 2011. – №1. – С. 5-10.
2. Давыдов, М.И., Аксель Е.М. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – Т. 21. – №2 (80) (прил. 1). – 2010.
3. Кныш, В.И. Карциноид прямой кишки / В.И. Кныш, Ю.М. Тимофеев, А.Г. Тимофеев, А.Г. Перевощиков // Вопр. онкол. – 1990. – № 36(6). – С. 675–678.
4. Эвисцерация таза при местнораспространенном раке прямой кишки с прорастанием в мочевой пузырь / Т.С. Одарюк [и др.] // Хирургия. – 1999. – №7. – С. 48–63.
5. Переводчикова, Н.И. Новые подходы к терапии колоректального рака. В сб. Новое в терапии колоректального рака / Н.И. Переводчикова. – М.: 2001. – С. 5.
6. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий / Н.Н. Симонов [и др.] // Вопросы онкологии. – 2000. – №2. – С. 224–229.
7. Тюлядин, С.А. Адьювантное лечение рака толстой кишки. В сб. Новое в терапии колоректального рака. Под ред. проф. Н.И. Переводчиковой / С.А. Тюлядин. – М.: 2001. – 7482 с.
8. Haller, D.G. New Approaches to Adjuvant Therapy for Colorectal Cancer. Abstr. Third International Conference Perspectives in Colorectal Cancer, a consensus meeting / D.G. Haller // Dublin. – 2001. – P. 107–111.
9. Controlled trial of fluorouracil and lowdose leucovorin given for 6 months as postoperative adjuvant therapy for colon cancer. J. Clin. / O'Connell M.J. [et al.] // Oncol., 1997, 15: 246250.
10. Clinical trial to assess the relative efficacy of fluorouracil and leucovorin, fluorouracil and levamisole and fluorouracil, leucovorin, levamisole in patients with Dukes B and C carcinoma of the colon: results from the National surgical adjuvant breast and bowel project C04. / Wolmark N. [et al.] // J. Clin. Oncol., 1999, 17, 35533559.
11. Toxicity report of a phase III trial (GERCOR C 96.1) comparing bimonthly LV5FU2 to monthly 5FUleucovorin highdose (LV HD) in patients with Dukes B and C colon cancer / Andre T. [et al.] // ASCO 2000, 19:256a, abstr. 996.
12. Phase III randomized trial of bolus 5FU/leucovorin/levamisole versus 5FU continuous infusion / levamisole or adjuvant therapy for high risk colon cancer (SWOG 9415/INT0153). / Poplin E. [et al.] // ASCO 2000, 19:240a.
13. International Multicentre pooled analysis of B2 colon cancer trials (IMPACT B2). Efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in B2 colon cancer. J. Clin. Oncol., 1999, 17:13561363.
14. Comparative efficacy of adjuvant chemotherapy in patients with Dukes B vs Dukes C colon cancer: results from four National surgical adjuvant breast and bowel project adjuvant studies (C01, C02, C03, C04). / Mamounas E. [et al.] // J. Clin. Oncol., 1999, 17: 13491355.
15. Combined modality therapy of locally advanced or recurrent adenocarcinoma of the rectum: preliminary report of a phase I trial of chemotherapy with CPT11, 5FU and concomitant irradiation. / Mitchell E. [et al.] // ASCO 1999, 18:247a.
16. Dunst, J. Phase I study of capecitabine combined with standard radiotherapy in patients with rectal cancer / Dunst J., Reese T., Frings S. // ASCO, 2000, 19:256a.

THE ROLE OF RADIOLOGY THERAPY IN COMPLEX CURE OF THE CANCER OF RECTUM

V.N. EKTOV, N. N. KOROTKIH

Voronezh State Medical Academy them. N. Burdenko
Voronezh Regional Clinical Hospital № 1

In the article are analyzed the results of radiology cure of oncology patients according to literary facts of main European and Russian scientific centers. Are presented different variants of cancer localizations in the some parts of rectum, also the dependence of the result of comled cure and the prognosis of stadium of diseases.

Key words: colorectal cancer, radiation therapy, chemotherapy.

УДК: 616.351 – 006-089.844

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНОГО РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО
ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Н.Н. КОРОТКИХ, Р.В. ПОПОВ*

Представлен вариант операции у больной раком нижнеампулярного отдела прямой кишки. Благодаря проведенному хирургическому лечению у больной отмечены удовлетворительные функциональные результаты. В статье приводится краткий обзор современного состояния проблемы лечения больных раком прямой кишки.

Ключевые слова: рак прямой кишки, толстокишечный резервуар, неосфинктер

За последние десятилетия практически во всех экономически развитых странах отмечается неуклонный рост заболеваемости раком прямой кишки.

По данным на 2008 г., в России на 100 000 населения выявлено 13,4 случая рака указанной локализации, в то время как в 1960 г. этот показатель составлял всего 3 случая на 100 000. В структуре смертности от злокачественных новообразований рак прямой кишки в 1960 г. составил 1,2%, а в 1997 г. – 4,9%.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения смертность от рака прямой кишки занимает 4 место в общей структуре смертности от злокачественных новообразований.

Учитывая, что основным методом лечения ректального рака является хирургическое вмешательство, а так же нижнеампулярную локализацию опухоли у 1/3 пациентов, несложно подсчитать, что более 30% больных раком прямой кишки выполняется брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием постоянной колостомы на передней брюшной стенке [3,4]. Более того, весьма часто данному виду вмешательства подвергаются пациенты с местнораспространенным раком вышележащих отделов прямой кишки.

От 70 до 80% пациентов, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, остаются инвалидами в последующей жизни, что связано с неконтролируемым отхождением кишечного содержимого из колостомы. Данный вид хирургического лечения приводит подавляющее число больных к самоизоляции от общества, отказу от активной трудовой деятельности.

Таким образом, восстановление естественного расположения толстой кишки представляет собой не только медицинскую, но и огромную социальную проблему [5].

За последние 20 лет предложен ряд способов создания искусственного запирающего аппарата прямой кишки, наиболее успешным из которых, на наш взгляд, является формирование гладкомышечной манжетки в области промежностной колостомы. Предложенное Е. Schmidt применение гладкомышечного слоя (аутокани) стенки толстой кишки в качестве пластического материала для формирования искусственного сфинктера открыло новые возможности для выполнения восстановительно-пластических вмешательств после удаления прямой кишки.

В ГНЦ колопроктологии этот метод был усовершенствован и использован почти у двухсот больных после экстирпации прямой кишки с низведением ободочной в рану промежности и формированием концевой гладкомышечной манжетки. Удовлетворительная функция держания зарегистрирована в 85% наблюдений, однако отмечалась многомоментная дефекация, которая ухудшала качество жизни пациентов, в связи с чем, потребовалось достаточно продолжительное время для адаптации.

Рядом автором предложено формирование различных видов тазовых толстокишечных резервуаров с целью восполнения накопительной функции прямой кишки [1,2,3,4]. Предложенные толстокишечные резервуары различаются по виду (W, S, J-образный), так и по манере выполнения для разных уровней локализации опухоли, а как следствие разные хирургические пособия.

Между тем, применение резервуарных анастомозов имеет ряд спорных, недостаточно разрешенных и вызывающих дискуссию вопросов. Невелико число работ, в которых представлены функциональные результаты выполнения данного вмешательства в отдаленные, более 3 лет, сроки после операции.

С целью улучшения качества жизни пациентов, а так же возвращения обществу полноценного гражданина, нами выполнена следующая операция больной раком нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Больная П., 55 лет, поступила в отделение колопроктологии ГУЗ ВОКБ №1, в плановом порядке с диагнозом рак прямой кишки 9.02.2010 г.

Больная обследована: РРС – на 5 см от нижнего края анального канала по задней правой полуокружности определяется плотное бугристое образование размером 5×4 см.

Фиброколоноскопия: С-г прямой кишки. Признаки хронического колита.

УЗИ органов брюшной полости + м/т: УЗ признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы.

УЗ ректальным датчиком – УЗ признаки объемного образования прямой кишки, лимфаденопатии в мезоректуме нет.

УЗ подвздошных областей - л/узлов не определяется.

Гистологическое исследование из опухоли №5984 – высокодифференцированная аденокарцинома с изъязвлением.

18.02.2010 г. Операция: Проктэктомия с сохранением подкожной порции сфинктера и низведением левых отделов ободочной кишки, формированием тазового толстокишечного двупетлевого С-образного толстокишечного резервуара методом открытой колопластики и концевой гладкомышечной манжетки и колоанального анастомоза, под прикрытием превентивной двустольной илеостомы по Торнболлу.

Операцию осуществляли под комбинированным эндотрахеальным наркозом с использованием препаратов для нейролептанальгезии и ингаляции закиси азота с кислородом.

В выполнении хирургического вмешательства использовался двух бригадный метод с участием 5 хирургов: 3 – в составе бригады оперирующих со стороны брюшной полости и 2 – со стороны промежности.

Произведена нижнесрединная лапаротомия от симфиза с обходом пупка слева и выше его уровня на 5-6 см. Далее выполнена тщательная ревизия органов брюшной полости. Особое внимание обращается на наличие или отсутствие выпота в брюшной полости. Оценено состояние париетальной и висцеральной брюшины. Пальпаторно и визуально исследованы органы брюшной полости, парааортальные, подвздошные и тазовые лимфатические узлы на предмет наличия регионарных и отдаленных метастазов.

Следующим этапом ревизии явился осмотр полости малого таза и оценка локализации и распространения опухоли.

Не выявлено изменений в регионарных лимфатических узлах и отсутствии отдаленных метастазов, приступили к экстирпации прямой кишки.

С этой целью произведен лирообразный разрез тазовой брюшины, при этом визуализированы и отведены мочеточники. Далее приступили к мобилизации сигмовидной кишки. Для этого выделены сосудистый пучок, пересечены и перевязаны нижнебрыжеечная артерия дистальнее отхождения левой ободочной артерии.

Отступив на 10-12 см от верхнего полюса опухоли, намечен уровень пересечения сигмовидной кишки путем рассечения брюшного покрова ее брыжейки. Мобилизованы, расправлены, прошиты аппаратами и пересекли сигмовидную кишку, так чтобы приготовленный сегмент был на 10-12 см больше, необходимой длины для низведения и формирования концевой гладкомышечной манжетки.

Для определения жизнеспособности сигмовидной кишки на уровне пересечения основным признаком для нас является интенсивность кровотечения из краевого сосуда брыжейки кишки.

Пересечены нижнебрыжеечная артерия у места отхождения от аорты и нижнебрыжеечная вена на 3-4 см ниже ее впадения в селезеночную или воротную вену и произведена мобилизация левого изгиба ободочной кишки. Далее произведен разрез париетальной брюшины справа до основания брыжейки поперечно-ободочной кишки, слева рассекается брюшина всего левого бокового канала до левого изгиба ободочной кишки.

* Воронежская областная клиническая больница №1, 394066, г.Воронеж, Московский проспект, 151