

рта, которые отказываются от хирургического лечения или имеют сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации.

Список литературы:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2019г (*Заболеваемость и смертность*). Москва 2020; 4.
2. Мошуров И.П., Коротких Н.В., Знаткова Н.А., Цурикова А.В., Овечкина М.В., Каменев Д.Ю., Куликова И.Н., Мещерякова Л.С., Коротких К.Н., Самодуров С.С. Повышение клинической эффективности химиолучевого лечения больных раком дна слизистой полости. *Исследования и практика в медицине*. 2018; 5:S2: 182.
3. Kovács G. Modern head and neck brachytherapy: from radium towards intensity modulated interventional brachytherapy *J Contemp Brachytherapy*. 2015; 6(4):404-16. doi: 10.5114/jcb.2014.47813. Epub 2014 Dec 31.
4. Torres-Quispe Percy, Fernández-Rodríguez Lissett Jeanette, Zhang Yaowen, Roviroso-Casino Angeles (2021) High dose interstitial brachytherapy for treatment of carcinoma of the lip as an alternative to surgery: a case report cancer 15 1297. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1297>
5. Mazon JJ, Ardiet JM, and Haie-Méder C, et al (2009) GEC-ESTRO recommendations for brachytherapy for head and neck squamous cell carcinomas *Radiother Oncol* 91 150–156 <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.01.005> PMID: 19329209
6. Nag S, Cano ER, Demanes DJ, Puthawala AA, Vikram B. The American Brachytherapy Society recommendations for high-dose-rate brachytherapy for head-and-neck carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2001;50 :1190–8
7. Unetsubo T, Matsuzaki H, Takemoto M, Katsui K, Hara M, Katayama N, et al. High-dose-rate brachytherapy using molds for lip and oral cavity tumors// Unetsubo et al. *Radiation Oncology*. 2015; 10:81 DOI 10.1186/s13014-015-0390-z
8. Takácsi-Nagy Z, Martínez-Mongue R, Mazon JJ, Anker CJ, Harrison. American Brachytherapy Society Task Group Report: Combined external beam irradiation and interstitial brachytherapy for base of tongue tumors and other head and neck sites in the era of new technologies. *LB.Brachytherapy*. 2017 Jan-Feb;16(1):44-58. doi: 10.1016/j.brachy.2016.07.005. Epub 2016 Aug 31. PMID: 27592129

СТАНДАРТЫ ПРОЦЕССОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ БРАХИТЕРАПИЮ ИСТОЧНИКАМИ РАЗЛИЧНОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ

Мошуров И.П., Кравец Б.Б., Каменев Д.Ю.

Воронежский областной клинический онкологический диспансер
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Регламентирующими документами МЗ РФ установлены сроки диспансерного наблюдения за онкологическими больными, получившими радикальное лечение, – в течение первого года 1 раз в 3 месяца, второго – 1 раз в 6 месяцев, далее 1 раз в год.

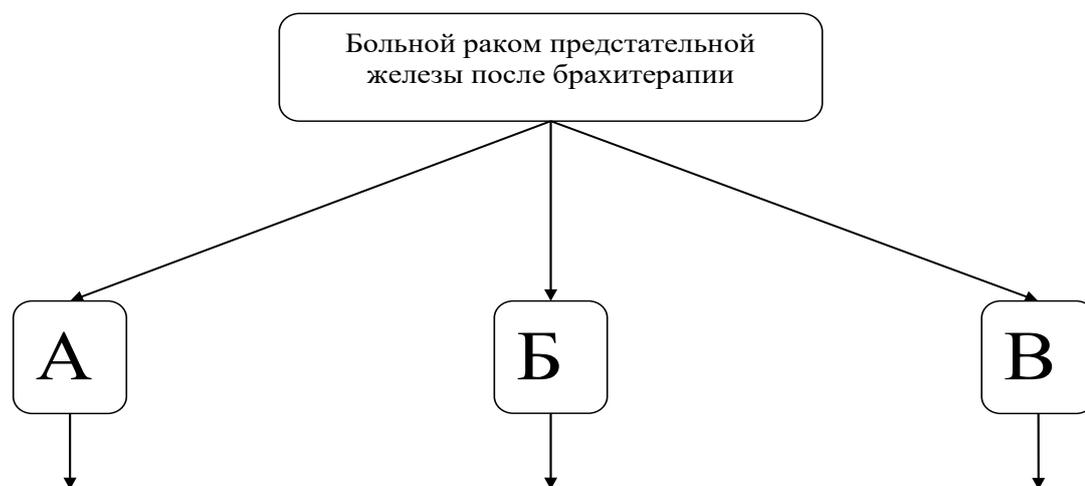
Особенность диспансеризации больных, перенесших брахитерапию – вероятность развития ранних и поздних осложнений (гастроинтестинальных и генитоуринарных).

Разработаны и внедрены в практическую деятельность функциональные стандарты диспансеризации больных, перенесших брахитерапию, на всех этапах медицинской помощи.

Модели и алгоритмы диспансеризации больных РПЖ, получивших брахитерапию, согласованы в качестве функциональных стандартов с ФГУ «Воронежский филиал

академии стандартизации, метрологии и сертификации». Они отличаются последовательностью диагностических и лечебных пособий, четкой маршрутизацией пациента. На протяжении всего периода наблюдения особое внимание обращается на вероятность рецидивирования и метастазирования опухолевого процесса. Функциональные стандарты диспансеризации больных РПЖ, перенесших брахитерапию, ориентированы на ПМСЗЗ.

Модель диспансеризации больных, перенесших брахитерапию по поводу РПЖ, в общем виде без разделения на сроки возникновения тех или иных осложнений позволяет интегрировать методы обследования и лечебную тактику (рис.1); она представлена генитоуринарными (А), гастроинтестинальными (Б) осложнениями, а также обусловленными прогрессированием процесса (В); включает симптомы, объем обследования, куратора диспансеризации, варианты лечения (рис. 1).



А – генитоуринарные осложнения

Б – гастроинтестинальные осложнения

В – прогрессирование РПЖ

Рис. 1 Модель диспансеризации больных, перенесших брахитерапию по поводу РПЖ

Ранние и поздние осложнения. Ранние ГУ осложнения после брахитерапии возникают в течение 3–6 месяцев после проведения лучевого лечения. Этиологический фактор – повреждение эпителия уретры, мочевого пузыря с развитием воспалительных процессов. В течение 2–4 недель после ЛТ эпителий восстанавливается. При катаральной форме цистита, уретрита возникает воспаление слизистой с участками кровоизлияний, отеком. Отмечается расширение сосудов. Моча становится мутной, содержит эритроциты, хлопья.

Куратор ГУ осложнений – уролог по месту жительства с обязательной консультацией врача-онколога, который оценит результаты исследования ПСА, ОАК, ОАМ, биохимических показателей крови и даст соответствующие рекомендации (рис. 2).

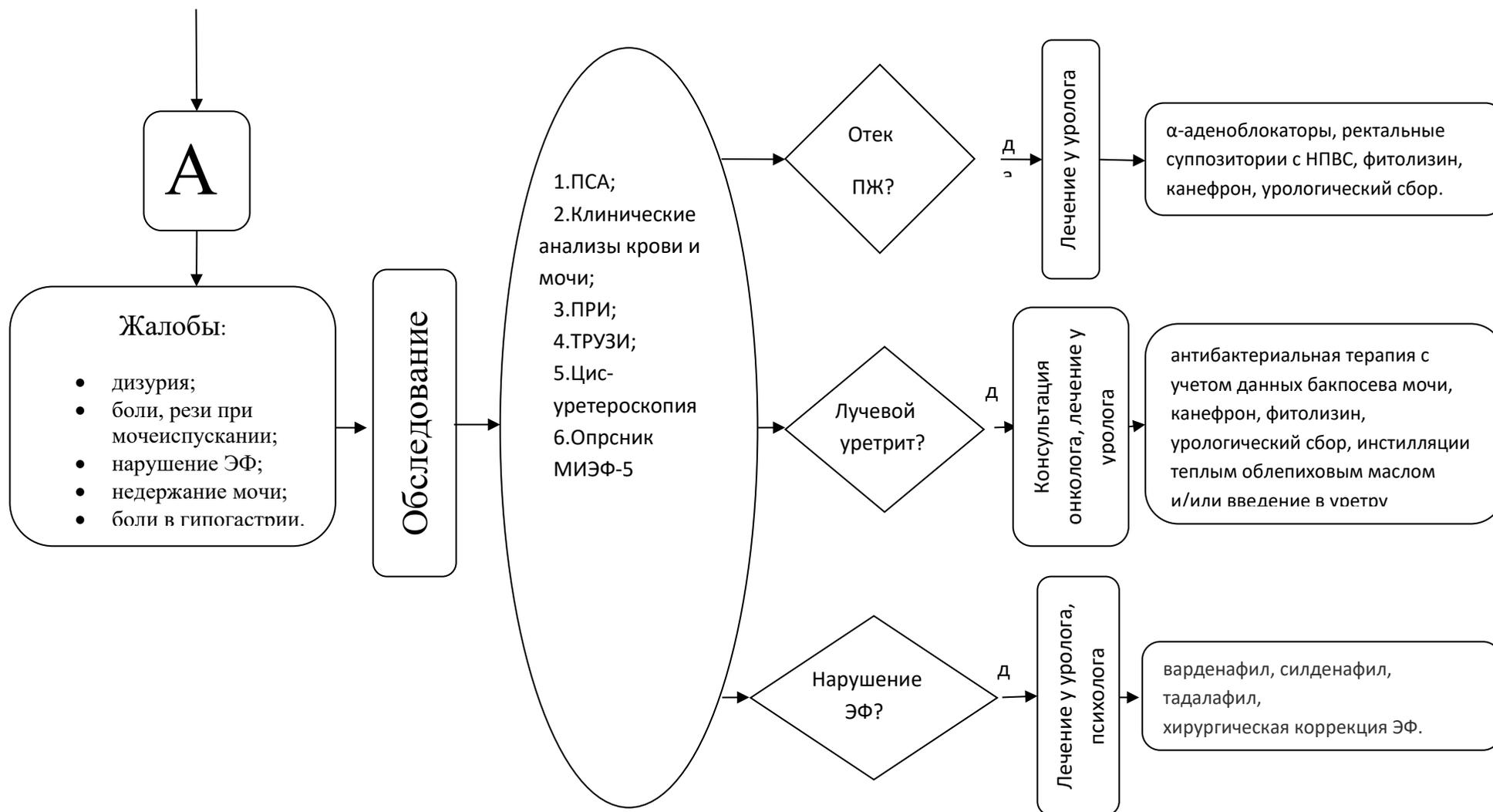


Рис. 1. Продолжение

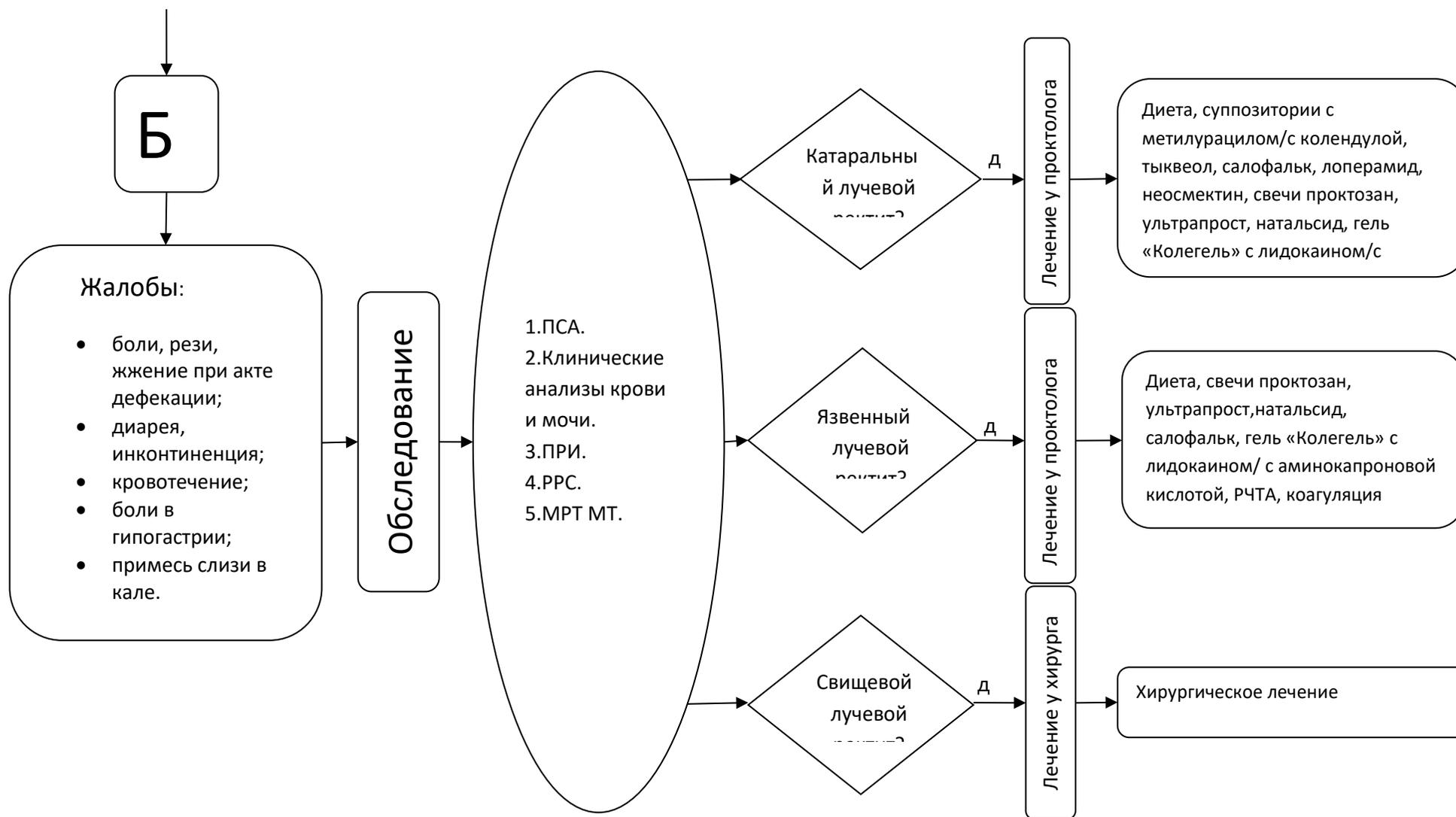


Рис. 1. Продолжение

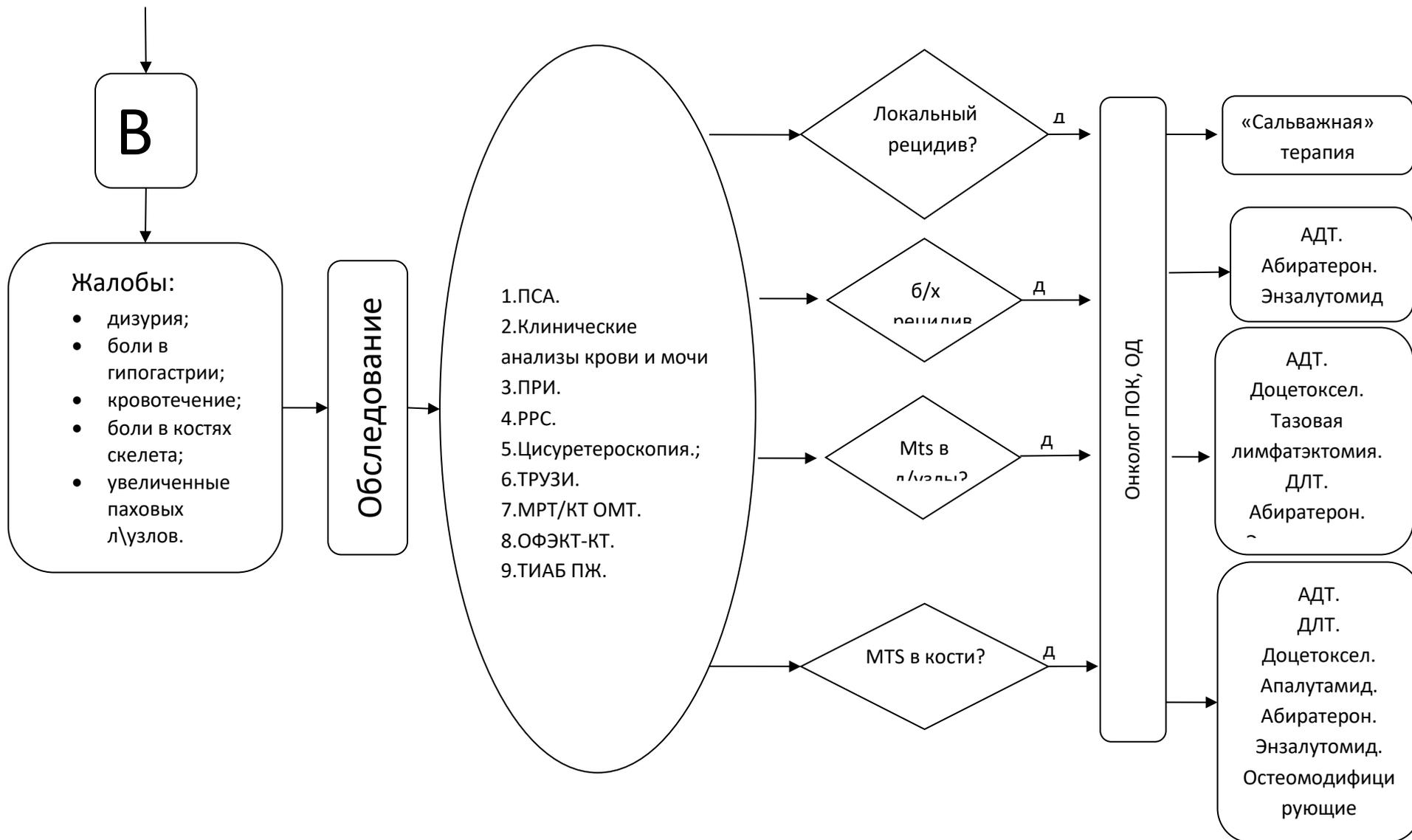




Рис. 2 Алгоритм тактики врача при ранних генитоуринарных осложнениях после брахитерапии по поводу РПЖ.

При установлении диагноза уретрит показан забор материала на рост бактериальной флоры и определение чувствительности к антибактериальным препаратам. В случае отрицательного анализа на бакпосев назначаются инстилляции теплым облепиховым маслом и/или «катеджелем».

Гематурия купируется в стационаре. Вероятность наличия крови в моче у пациента, перенесшего брахитерапию, крайне мала. Врач-уролог поликлиники в первую очередь должен исключить другие причины гематурии: заболевания почек, мочевого пузыря и мочевыводящих путей, установить источник кровотечения. Далее направить в профильное отделение для консервативной терапии или хирургического лечения.

Для лечения применяются противовоспалительные и антибактериальные препараты, инстилляции. Если при наличии вышеуказанных жалоб нет данных за воспаление мочевого пузыря, уретры, целесообразно обследовать прямую кишку, получить консультацию психотерапевта для назначения седативной терапии.

При симптомах острой задержки мочи больной срочно госпитализируется в урологическое отделение.

Через 3 месяца после брахитерапии пациентам проводится диспансерное обследование, включающее сбор жалоб, ПРИ, анализ крови на ПСА, общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, осмотр терапевта. На данном этапе наиболее частое осложнение – отек ПЖ. Пациенты жалуются на учащенное мочеиспускание, преимущественно в ночное время, мочеиспускание вялой струей, малыми порциями, рези, боли при мочеиспускании, при дефекации.

Необходимо выполнить ТРУЗИ ПЖ, измерить объем органа и объем остаточной мочи. Показано назначение α -аденоблокаторов для расслабления гладкомышечной мускулатуры шейки мочевого пузыря и улучшения оттока мочи. Боли и рези при мочеиспускании свидетельствуют о возможной травме мочеиспускательного канала ввиду нахождения уретрального катетера, присоединения бактериальной флоры. Необходимо выполнение уретроскопии.

Ранние гастроинтестинальные осложнения (рис. 3).

В основе лучевых осложнений слизистой прямой кишки - повреждение кишечного эпителия (гиперемия, отечность слизистой, повреждение артериол). В течение двух недель кишечный эпителий с сублетальным повреждением восстанавливается.

Симптомы острого лучевого проктита: боли в нижних отделах живота или в области прямой кишки, диарея, частые болезненные позывы на дефекацию, примесь слизи в кале.

Чаще это проктит с легким течением: диарея менее 5 раз в сутки, небольшое количество слизи в кале. Используются консервативные методы: месалазин для восстановления слизистой, обволакивающие и вяжущие средства, лечебные клизмы, свечи, энтеросорбенты, противодиарейные препараты. Рекомендуется пища, химически и физически щадящая, содержащая повышенное количество белка, макро-микроэлементов. Противопоказаны острые, маринованные, консервированные продукты, грубая растительная клетчатка.

Поздние генитоуринарные осложнения после брахитерапии по поводу РПЖ – стриктура уретры, нарушение ЭФ (рис. 4).

На следующем этапе диспансеризации (от 6 до 12 месяцев) у пациентов РПЖ, перенесших брахитерапию, может быть выявлена следующая симптоматика: нарушение мочеиспускания, ЭД, боли в правой подвздошной области.

Коллегиально врачами онкологом, урологом, терапевтом определяется объем обследования, осуществляется оценка его результатов, совместно с ОД формируется план дальнейшего лечения.

В течение 6-12 месяцев после брахитерапии ожидаемые осложнения: стриктура уретры, которая, при отсутствии эффекта консервативной терапии требует выполнения трансуретральной резекции ПЖ в специализированном урологическом отделении.

Оказание медицинской помощи в этом случае – прерогатива уролога. Уточнение характера патологического процесса возможно после полного обследования и дальнейшего лечения пациента в госпитальных условиях. Жалобы на боли при эякуляции ориентируют уролога ПМСЗЗ на исключение в первую очередь воспалительных, аллергических, травматических процессов в ПЖ и прилегающих

органах мочеполовой системы. При их отсутствии больной адресуется к онкологу для уточняющей диагностики в ОД.

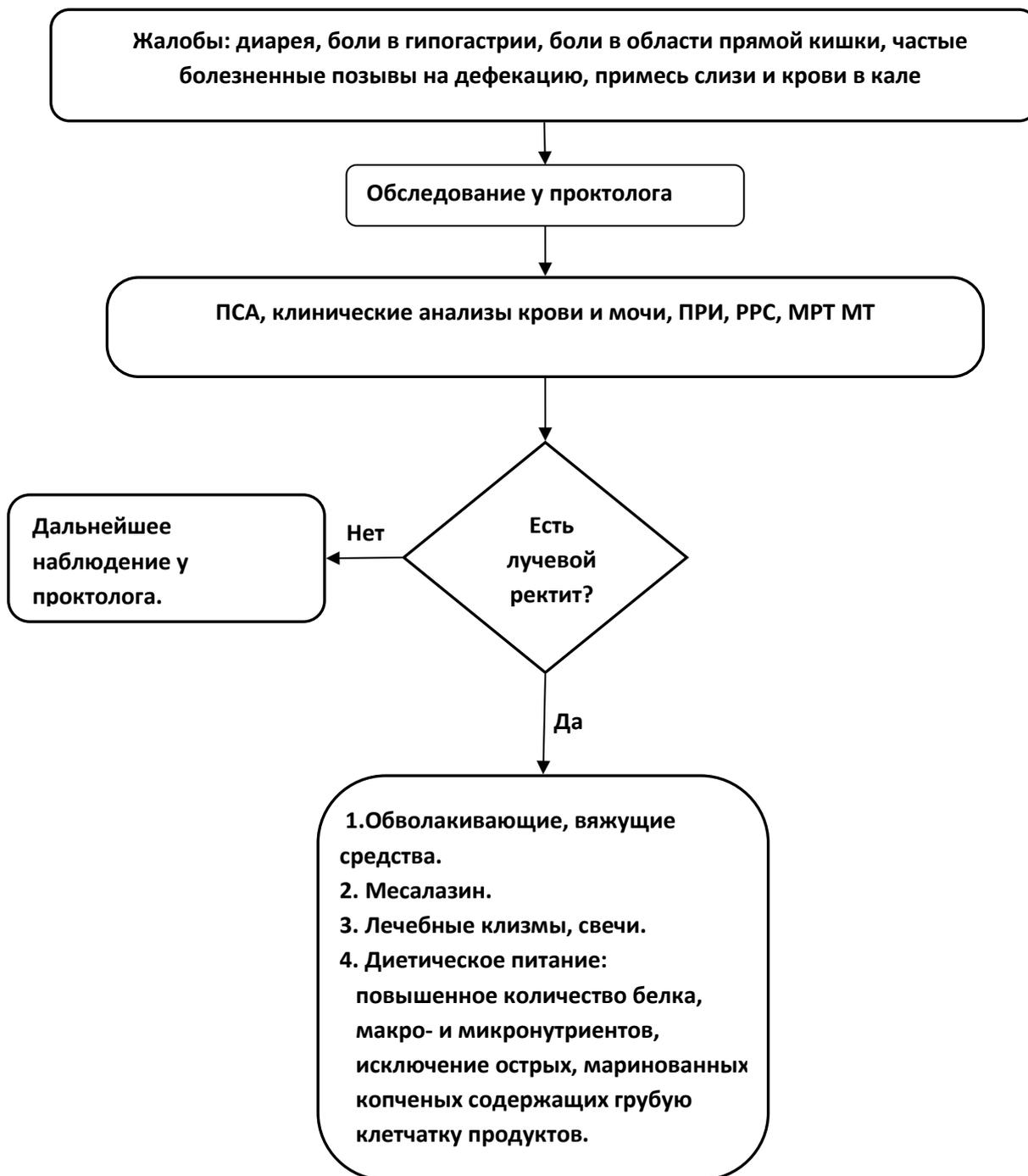


Рис. 3 Алгоритм тактики врача при ранних гастроинтестинальных осложнениях после брахитерапии по поводу РПЖ.

Поздние лучевые поражения со стороны прямой кишки развиваются через 3 и более месяца после брахитерапии у больных РПЖ (рис. 5). Симптомы поздних постлучевых проктитов: кровотечения, иногда обильные; боли в прямой кишке или подвздошной области; тенезмы, частый или жидкий стул с примесью непереваренной пищи; запоры и кишечная непроходимость при образовании стриктур.

Развиваются последовательно эрозивно-десквамативный проктит, затем язвенный и далее свищевой. В основе сосудистые нарушения. Клетки эндотелия из-за повреждения артериол и ухудшения кровоснабжения некротизируются. Тромбозы, трофические нарушения, васкулиты с кровотечениями, разрастание рубцовой ткани приводят к прогрессированию трофических изменений и поражению подслизистого слоя прямой кишки. В конечном итоге возникает свищевой проктит с вовлечением в процесс ряда органов малого таза.

Ректоскопическая картина лучевого проктита: язвы на фоне гиперемии и отека слизистой, стриктура кишечной стенки, свищи, кишечная перфорация.

Для купирования отдаленных последствий лучевого проктита используются эндоскопические методы, устраняющие кровотечение; хирургические пособия (для ликвидации стриктур, перфорации стенки кишки, свищей); глюкокортикостероиды с противовоспалительной целью, антибактериальные препараты, анальгетики.

Третичная профилактика РПЖ осуществляется уже по истечении годовичного срока после завершения брахитерапии по поводу РПЖ. Ее цель – выявление рецидивов и метастазов.

Так как пациенты могут обратиться при наличии различных симптомов не к онкологу или урологу, а к другим специалистам, разработана модель третичной профилактики РПЖ с ориентацией на жалобы и симптоматику. С ней врач-онколог должен ознакомить всех коллег (рис. 6).

В модели алгоритмизированы параметры выявления после брахитерапии рецидивов РПЖ, метастазов в кости и в лимфатические узлы, обозначены клинические проявления данных процессов, объемы обследования, маршрутизация больных. При рецидивах РПЖ после брахитерапии возможно прорастание слизистой оболочки уретры или шейки мочевого пузыря опухолью, что приводит к гематурии, дизурическим расстройствам. Сдавление или прорастание прямой кишки опухолью может быть причиной стойкого запора, примеси крови в кале, свищей. Рецидивы РПЖ подразделяются на локальные и биохимические.

Клинические проявления рецидива: гематурия, олигоурия, анурия, боли в гипогастрии, стойкий запор, примесь крови в кале, свищи.

Параметры обследования под эгидой онколога, уролога, проктолога: ПСА, ТИАБ ПЖ, РРС, цисуретероскопия, ПЭТ/КТ, обзорная РГ брюшной полости.

После радикального лечения всем больным показан комплекс диагностических мероприятий: определение уровня ПСА крови, клинические анализы крови и мочи, ПРИ, РРС и цисуретероскопия, ТРУЗИ при подозрении на локальный рецидив. Для диагностики отдаленных метастазов назначается МРТ/КТ МТ, ОФЭКТ-КТ. Для верификации опухолевого процесса проводится ТИАБ ПЖ под УЗ-контролем с дальнейшим патоморфологическим исследованием.

При подтверждении локального рецидива РПЖ пациентам показано проведение «сальважной» терапии, представленной РПЭ, брахитерапией или ДЛТ. В случае выявления биохимической прогрессии назначаются андрогенные депривационные препараты.

Первые проявления метастазирования РПЖ: боли в позвоночнике, костях таза, бедрах, а также патологические переломы позвоночника, параличи, парезы из-за сдавления спинного мозга, нарушение функции тазовых органов.

Доминирующим в современной диагностике рецидивов и метастазов у больных РПЖ, перенесших брахитерапию, является уровень сывороточного ПСА.

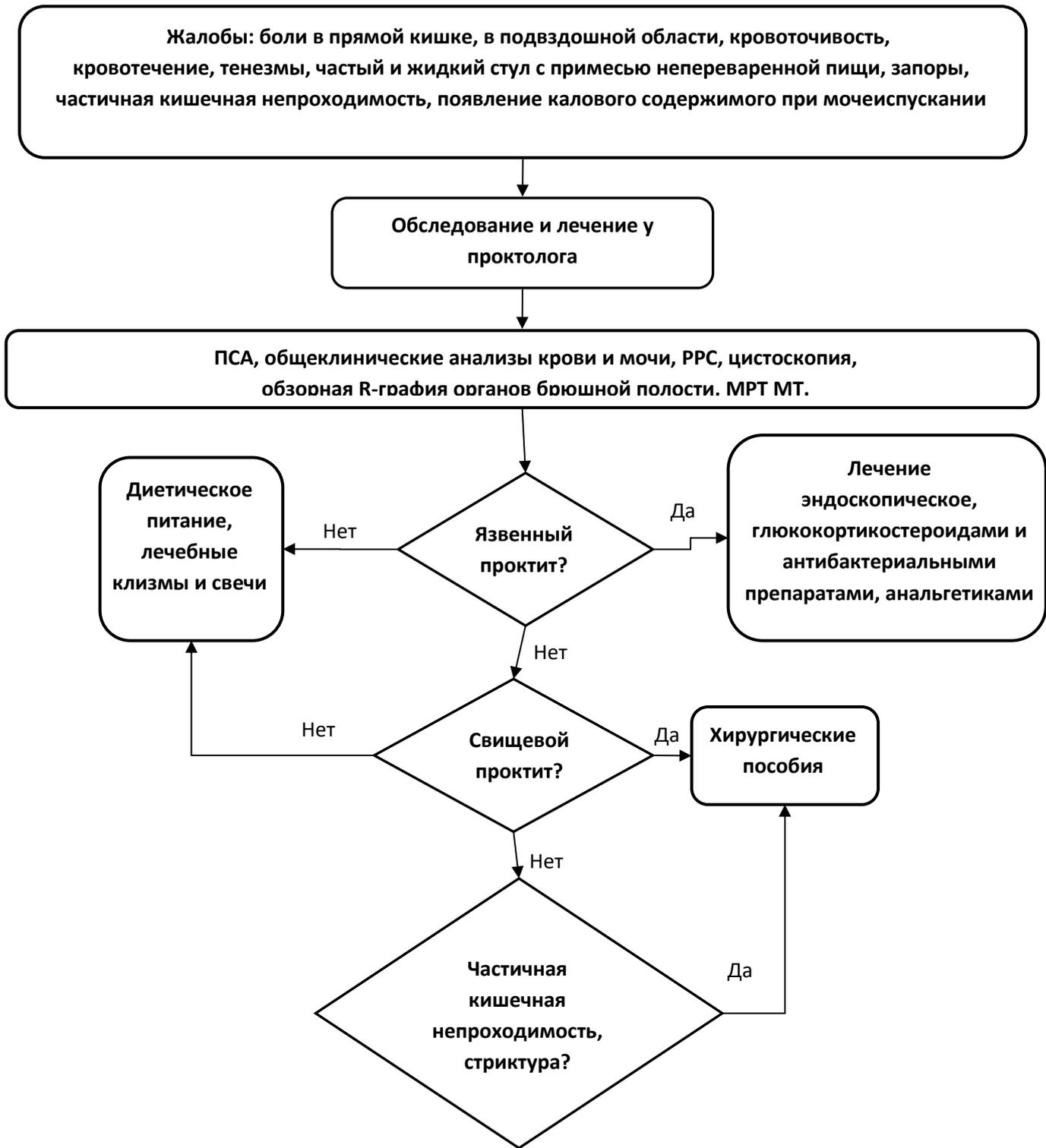


Рис. 5 Алгоритм тактики врача при поздних лучевых гастроинтестинальных осложнениях после брахитерапии по поводу РПЖ.

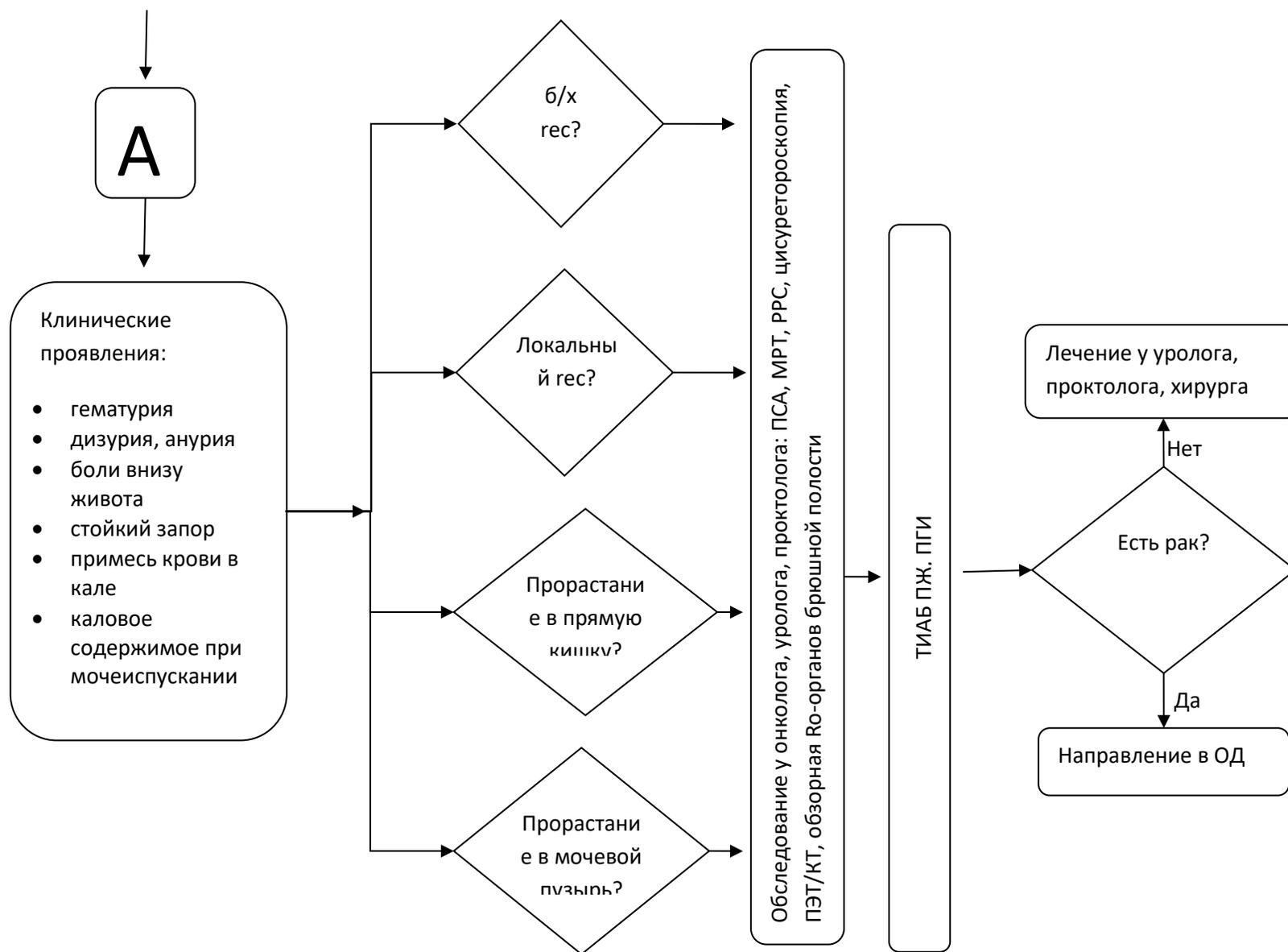


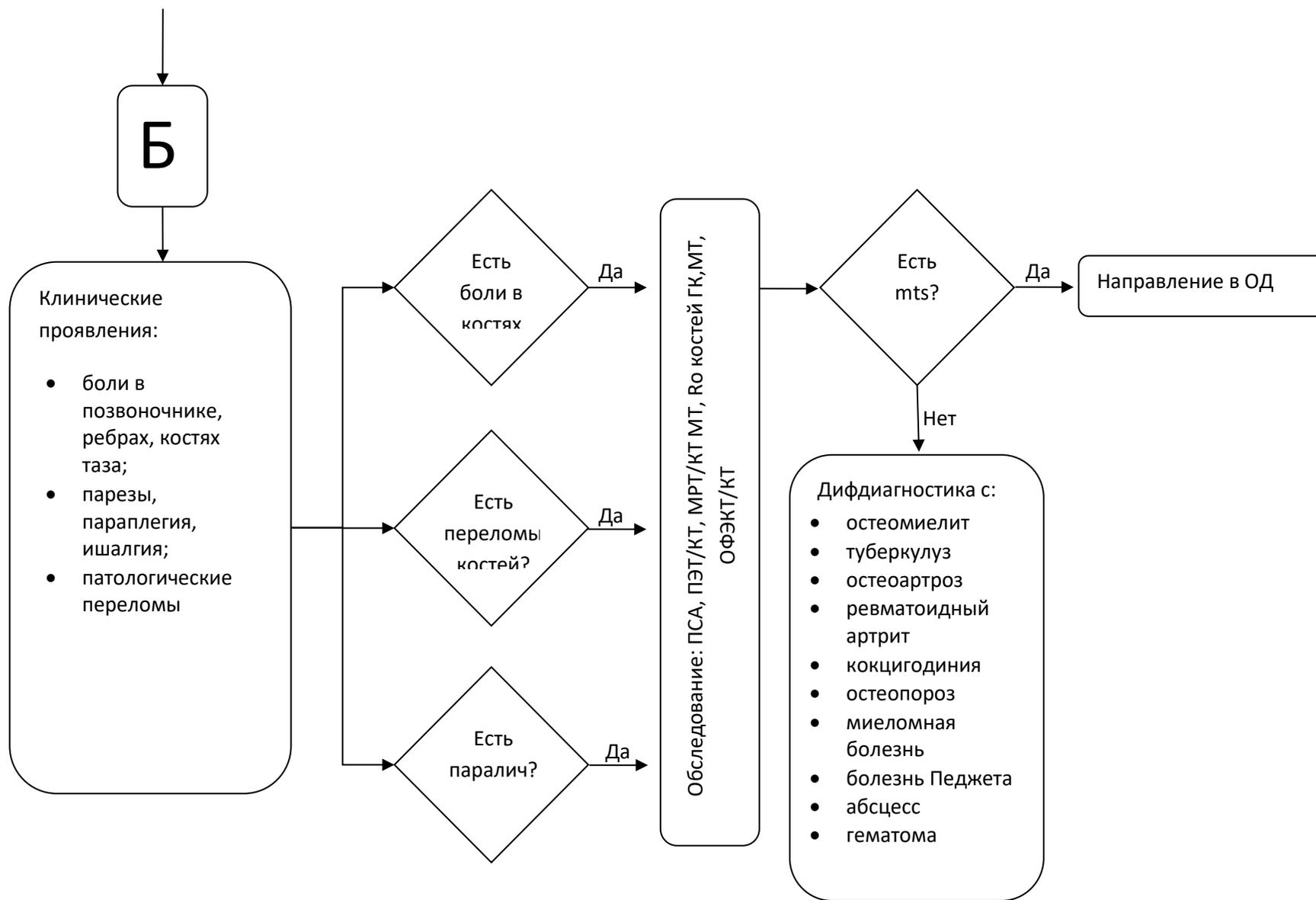
А – выявление локальных рецидивов РПЖ

Б – выявление метастазов РПЖ в костях

В – выявление метастазов РПЖ в лимфоузлах

Рис. 6 Модель третичной профилактики РПЖ





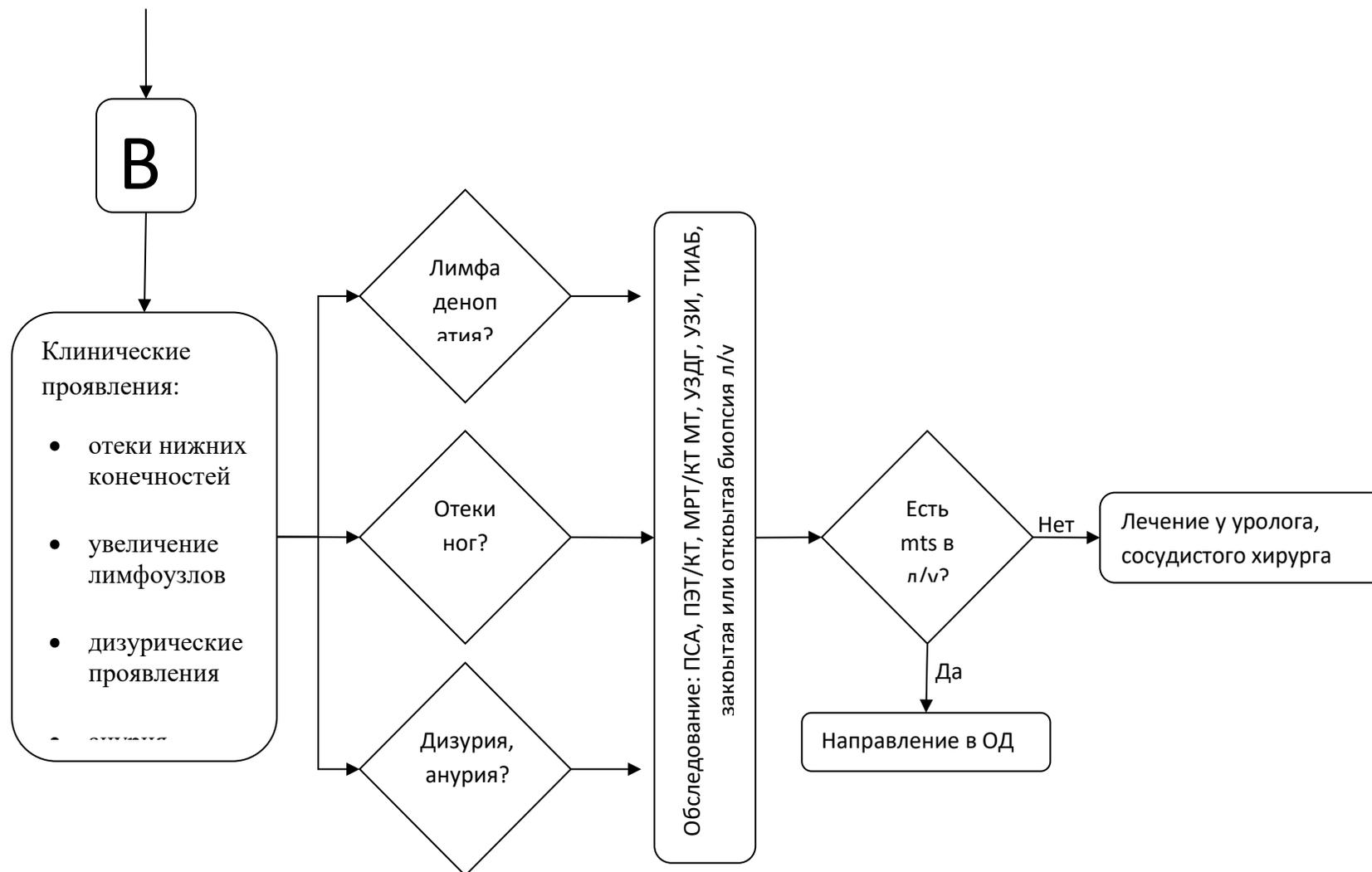


Рис. 6. Продолжение

Врач-онколог знает какие дополнительные методы следует использовать для уточняющей диагностики при уровнях сывороточного ПСА в соответствии со стандартами.

Клинические проявления метастазирования РПЖ:

- боли в костях, пораженных метастазами (чаще в поясничном отделе позвоночника и костях таза),
- парез, паралич из-за сдавления спинного мозга,
- ишиалгия в результате вовлечения в опухолевый процесс седалищного нерва,
- переломы костей,
- нарушение функции тазовых органов.

Эти симптомы могут выявить урологи по месту жительства больного. Локализация болей соответствует локализации метастазов. В костях конечностей боли возникают не только из-за метастазов в костях, но могут быть и проводниковыми из-за сдавления нервных корешков при метастазах в позвоночник. Болевой синдром характеризуется постепенным нарастанием. Особенно резкие боли бывают при патологических переломах (например, шейки бедра). Метастазы в позвоночнике могут сдавливать спинной мозг, вызывая параплегию.

Диссеминация опухоли приводит к поражению любой группы лимфоузлов: заперитальных и внутренних, наружных подвздошных, паховых. По мере роста метастатической опухоли вовлекаются в процесс окружающие ткани и органы (уретра, мочеточники, мочевого пузыря). Клинические проявления определяются степенью их вовлечения в опухолевый процесс. Заперитальные и внутренние подвздошные лимфоузлы вовлекаются в генерализацию процесса первыми, прорастают в мочевой пузырь, мочеточники.

Лимфостаз, появление отеков нижних конечностей возникает при поражении метастазами тазовых лимфоузлов.

Сдавление устьев мочеточников приводит к уретерогидронефрозу, почечной недостаточности и другим дизурическим расстройствам. Клинические проявления метастазирования РПЖ в лимфоузлы:

- отеки ног из-за сдавления вен пораженными лимфоузлами,
- увеличение лимфоузлов,
- из-за сдавления мочеточников конгломератами внутренних подвздошных узлов нарушение мочеиспускания вплоть до анурии.

Объем обследования: ПСА, ПЭТ/КТ, МРТ/КТ МТ, Ro костей ГК, МТ, ОФЭКТ/КТ.

Лечебные пособия определяются ОКООД.

Ведущая роль в диспансерном наблюдении больных РПЖ 3 клинической группы – определение уровня ПСА в крови (рис.7). Удовлетворительный показатель общего ПСА в сыворотке крови после проведения брахитерапии – менее 1 нг/мл. Иногда уровень ПСА через 3-6 месяцев после лечения поднимается выше верхнего референтного значения. В этих случаях назначалась противовоспалительная, противоотечная терапия, после которой проводился повторный анализ ПСА. Когда после проведения соответствующей терапии уровень ПСА не снижался до удовлетворительных показателей, врач-онколог направлял пациента на МРТ с целью диагностики локального рецидива, распространения процесса по лимфатическим узлам, поиска метастазов в костной системе. При «отрицательном» результате больным проводилась ПЭТ/КТ с Ga-ПСМА или с C-холином. При диагностировании локального рецидива для проведения «сальважного» лечения (брахитерапия, радикальная простатэктомия, ДЛТ) выполнялась морфологическая верификация опухолевого процесса. Если при МРТ, ПЭТ/КТ обнару-

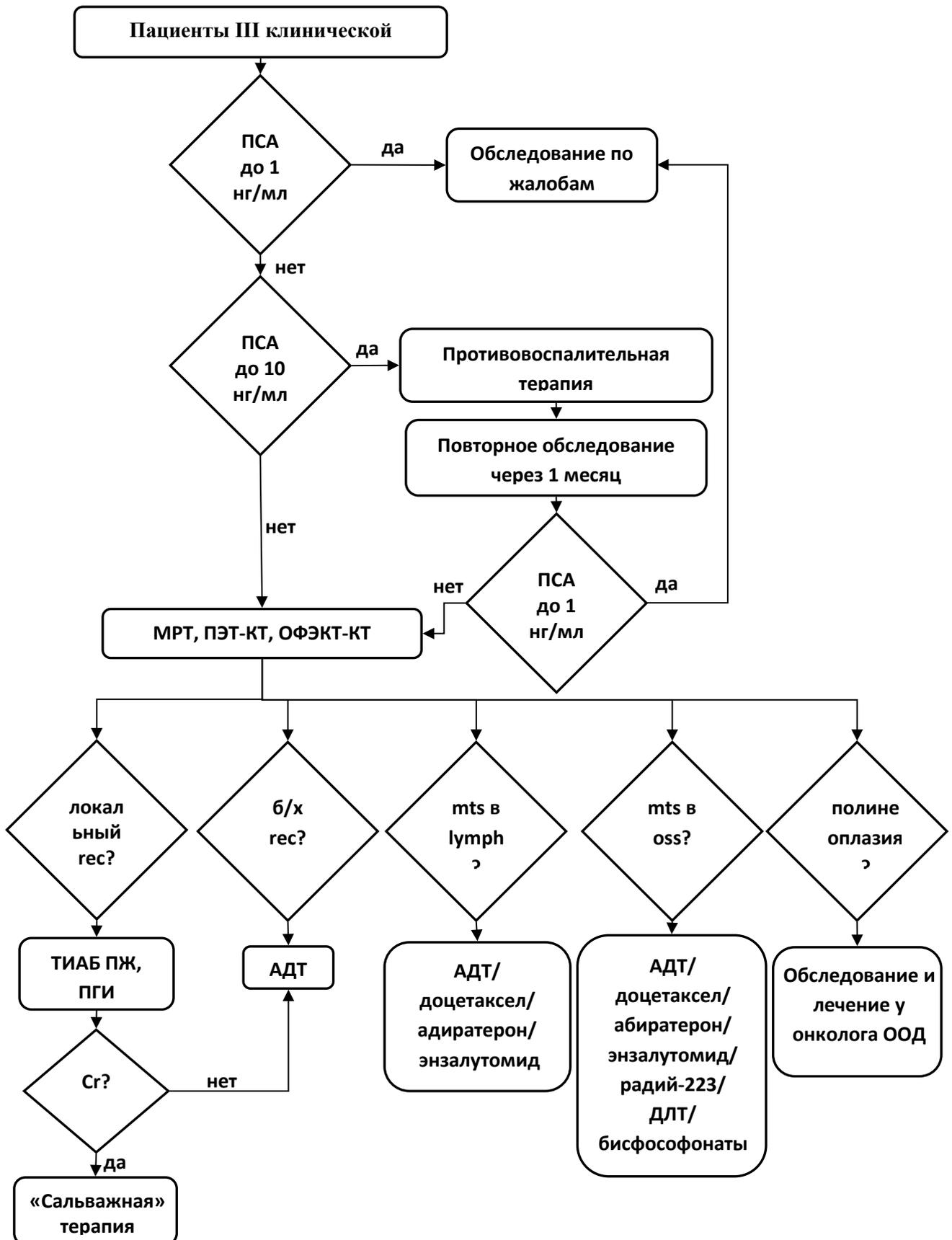


Рис. 7 Алгоритм обследования больных локализованным раком III клинической группы после брахитерапии в зависимости от показателей ПСА.

живались пораженные лимфатические узлы, определялись показания к выполнению лимфатэктомии или ДЛТ. При выявлении прогрессирования опухоли в костную систему использовались ДЛТ или системное лекарственное лечение в зависимости от клинической ситуации.

Для медицинских работников ПМСЗЗ сформирована и тиражирована памятка «Сигналы тревоги по поводу осложнений после брахитерапии, прогрессирования процесса»

Важно отметить три обстоятельства:

Помимо метастазирования возможен локальный рецидив РПЖ с прорастанием в окружающие ткани и прилегающие органы.

Диспансерное наблюдение за больным осуществляет врач-онколог, используя при необходимости консультации урологов, проктологов и других специалистов.

При выписке больного из госпитального отделения после проведения брахитерапии он информируется о возможных осложнениях, предупреждается о том, что при их возникновении должен безотлагательно посетить врача-онколога. Своевременное выявление рецидива или метастаза позволяет вовремя начать лечение и продлить жизнь пациента.

В связи с тем, что больные РПЖ после брахитерапии в процессе диспансеризации и обращения за медицинской помощью к медицинскому работнику любого профиля не сообщают о перенесенном заболевании, важно нацелить врачей и фельдшеров ПМСЗЗ на тщательный анамнестический опрос с учетом симптомов, что обеспечит грамотную своевременную целевую маршрутизацию.

Таким образом, обоснованы пути профилактики осложнений у больных РПЖ после брахитерапии, приводящих при их невыполнении и лечении к инвалидизации и преждевременной смертности. Разработаны и тиражированы функциональные стандарты диспансеризации больных РПЖ после брахитерапии, адресованные не только специалистам онкодиспансеров, онкологам районов и поликлиник города, но и врачам неонкологического профиля ПМСЗЗ для оперативной маршрутизации пациентов по экстренной медицинской помощи.

ВАРИАНТЫ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Поварков С.М., Мошуров И.П., Петров Б.В., Лепшин С.Н.

Воронежский областной клинический онкологический диспансер
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. В настоящее время важной проблемой при хирургическом лечении злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта является определение тактики в применении наиболее эффективного локорегионального лоскута для устранения образовавшегося дефекта.

Цель. Определение тактики хирургического лечения с одномоментной реконструкцией у пациентов со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта.