РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С18

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обязательные процедуры

Общеклинический осмотр

Пальцевое исследование анального канала, прямой кишки и перианальной области

Пальпация периферических лимфатических узлов

ЭКГ стандартная

Определение уровня раково-эмбрионального антигена

Рентгенография органов грудной полости

Фиброколоноскопия с биопсией

Ультразвуковое исследование печени и забрюшинного пространства

Трансректальное ультразвуковое исследование

Консилиум хирурга, радиолога, химиотерапевта

Консультация анестезиолога

УЗИ сосудов нижних конечностей

Дополнительные процедуры

Компьютерная томография грудной клетки (при подозрении на метастатическое поражение легких)

Компьютерная томография брюшной полости (при подозрении на метастатическое поражение печени, местной распространенности процесса)

Магнитно-резонансная томография головного мозга (при наличии очаговой неврологической симптоматики)

Позитронно-эмиссионная томография

Ирригоскопия с двойным контрастированием

Эндосонография ободочной кишки

Эндоскопическая флюоресцентная диагностика

Флюоресцентная лапароскопия с биопсией (при подозрении на диссеминацию процесса)

Цистоскопия (при подозрении на вовлечение мочевого пузыря)

Экскреторная урография

Гинекологический осмотр (при подозрении на вовлечение влагалища и\или шейки матки)

Пункционная биопсия печени (при выявлении очагового поражения)

Функциональное обследование (ФВД, ЭХО-КГ, нагрузочные пробы и т.п.)

Консультации специалистов (уролог, гинеколог, кардиолог, невролог, эндокринолог)

Иммуноморфологическое исследование (иммуногистохимия + иммуноцитохимия)

Интраоперационное УЗИ

Лабораторные исследования

Определение группы крови

Исследование крови на резус-фактор

Реакция Вассермана

Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С

Анализ крови общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Анализ крови общий при лучевом лечении и химиотерапии не менее 1 раза в неделю на протяжении всего курса лечения

Анализ мочи общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Анализ мочи общий при лучевом лечении и химиотерапии не менее 1 раза в неделю на протяжении всего курса лечения

Биохимическое исследование крови не менее 2 раз (общий белок, холестерин, мочевина, билирубин К+, Na+, креатинин, АЛТ, АСТ)

Исследование крови на сахар

Биохимическая коагулография

Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли

Консультация, пересмотр цитологических препаратов

Патоморфологическое исследование биопсийного материала

Патоморфологическое исследование операционного материала

Консультация, пересмотр гистологических препаратов

ЛЕЧЕНИЕ

СТАДИЯ 0 (Tis N0 M0)

Хирургическое лечение

Эндоскопическое удаление опухоли (электрорезекция)

Эндоскопическая фотодинамическая терапия

Проведение сеанса ФДТ через оптимальные интервалы после введения фотосенсибилизатора (функционально неоперабельные пациенты)

Обеспечение фотодинамической терапии

Дозиметрический расчет полей облучения при фотодинамической терапии
Разметка полей лазерного облучения под контролем флюоресцентной диагностики
Технологическое, дозиметрическое обеспечение курса фотодинамической терапии

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 5-7 дней

Койко-день при эндоскопической операции – до 10 дней

Койко-день при эндоскопической фотодинамической терапии – 10 – 12 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-й год после лечения –1 раз в 3 месяца

Примечание. После экономных операций первые 2 года – 1 раз в 3 месяца

2-й-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й год после лечения – 1 раз в год

СТАДИЯ I (T1-2 N0 M0)

Хирургическое лечение

Правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией (при раке червеобразного отростка, слепой кишки, восходящего отдела ободочной кишки)
Левосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией (при раке нисходящего отдела ободочной кишки, проксимальной средней трети сигмовидной кишки)
Резекция сигмовидной кишки с лимфаденэктомией (при локализации опухоли в дистальной трети сигмовидной кишки)

Резекция поперечной ободочной кишки с лимфаденэктомией (при локализации опухоли в поперечной ободочной кишке)

Фотодинамическая терапия при Т1: проведение сеанса ФДТ через оптимальные интервалы после введения фотосенсибилизатора (функционально неоперабельные пациенты)

Обеспечение фотодинамической терапии

Дозиметрический расчет полей облучения при фотодинамической терапии

Разметка полей лазерного облучения под контролем флюоресцентной диагностики

Технологическое, дозиметрическое обеспечение курса фотодинамической терапии

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 5-7 дней

Койко-день при эндоскопической операции – до 10 дней

Койко-день при полостной операции – 28 дней

Койко-день при эндоскопической фотодинамической терапии – 10 – 12 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

Примечание. После экономных операций первые 2 года – 1 раз в 3 месяца

2-й-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й год после лечения – 1 раз в год

СТАДИЯ II (T3 N0 M0 – T4 N0 M0)

Хирургическое лечение

Правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией (при раке червеобразного отростка, слепой кишки, восходящего отдела ободочной кишки)

Левосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией (при раке нисходящего отдела ободочной кишки, проксимальной средней трети сигмовидной кишки)

Резекция сигмовидной кишки с лимфаденэктомией (при локализации опухоли в дистальной трети сигмовидной кишки)

Резекция поперечной ободочной кишки с лимфаденэктомией (при локализации опухоли в поперечной ободочной кишке)

Комбинированные резекции ободочной кишки с удалением или резекцией одного или нескольких органов (при раке ободочной кишки Т4 в случае непосредственного распространения опухоли на соседние органы)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 5-7 дней

Койко-день при полостной операции – 28 дней

Адъювантная химиотерапия

Назначается пациентам с распространенностью опухоли T4Nx (неадекватное хирургическое лечение - статус регионарных лимфатических узлов не может быть определен)M0 по одному из вариантов, указанных в таблице. Химиотерапия должна начинаться сразу же после восстановления пациента, но не позднее 3 месяцев с момента операции.

Схема	Разовая доза мг/м2	Межкурсовой интервал	процент
Режим De Gramont	5-фторурацил 400 мг/м2 в/в день 1, 600 мг/м2 22-часовая инфузия 1 и 2 дни Лейковорин 200 мг/м2 в/в инфузия день 1 и 2	Каждые 3 недели (6 месяцев)	50%
Капецитабин	2500 мг/м2/сут. внутрь 1-14 дни	Каждые 3 недели (6 мес)	50%

Пребывание в стационаре

Койко-день при проведении химиотерапии – 5-14 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-й год после лечения –1 раз в 3 месяца

2-й-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й год после лечения – 1 раз в год

СТАДИЯ III (Tлюбая N1-2 M0)

Комбинированное лечение (проводится при N+)

Хирургический компонент

Правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией (при раке червеобразного отростка, слепой кишки, восходящего отдела ободочной кишки)

Левосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией (при раке нисходящего отдела ободочной кишки, проксимальной средней трети сигмовидной кишки)

Резекция сигмовидной кишки с лимфаденэктомией (при локализации опухоли в дистальной трети сигмовидной кишки)

Резекция поперечной ободочной кишки с лимфаденэктомией (при локализации опухоли в поперечной ободочной кишке)

Комбинированные резекции ободочной кишки с удалением или резекцией одного или нескольких органов (при раке ободочной кишки T4 в случае непосредственного распространения опухоли на соседние органы)

Адъювантная химиотерапия

Проведение адъювантной химиотерапии обязательно (при отсутствии противопоказаний) и должно быть начато сразу же после реабилитации больного, но не позднее 3 месяцев с момента операции. Для пациентов моложе 65 лет наиболее оптимальными являются двухкомпонентные схемы с включением оксалиплатина и фторпиримидинов.

Схема	Разовая доза мг/м2	Межкурсовой интервал	процент
FOLFOX4 5-фторурацил лейковорин оксалиплатин как альтернатива могут быть использованы режимы FOLFOX6 или FLOX	400 мг\м2 струйно, затем 600 мг\м2 инфузия 22 часа, в 1 и 2 дни 200 мг (2 часа перед 5-фторурацилом) в 1 и 2 дни 85 мг\м2 д. 1	2 недели (6 мес. - 12 курсов)	25%
XELOX Капецитабин оксалиплатин	1000 мг/м2 2 раза в день, 1-14 дни 130 мг/м2 1 день	Каждые 3 недели (6 месяцев - 8 курсов)	45%
Режим Mayo 5-фторурацил лейковорин как альтернатива может быть	425 мг/м2 1-5 дни 20 мг/м2 1-5 дни (до инфузии 5-фторурацила)	Каждые 3 недели (6 месяцев)	15%

использован режим De Gramont			
Капецитабин	2500 мг/м2/сут. 1-14 дни	Каждые 3 недели (6 мес)	15%

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 5-7 дней

Койко-день при полостной операции – 28 дней

Койко-день при химиотерапии – 5-14 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

2-й-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й год после лечения – 1 раз в год

СТАДИЯ IV (любая T любаяN M1)

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

Симультанная резекция ободочной кишки с атипичной резекцией печени

Двухэтапная резекция ободочной кишки с атипичной резекцией печени

Симультанная резекция ободочной кишки с анатомической резекцией печени

Симультанная резекция ободочной кишки с радиочастотной термоабляцией метастазов в печени

Двухэтапная резекция ободочной кишки с анатомической резекцией печени

Симультанные или двухэтапные резекции ободочной кишки с удалением метастатических очагов в других органах (легкие, головной мозг, забрюшинные лимфоузлы)

Циторедуктивные резекции ободочной кишки с париетальной перитонэктомией, интраоперационной фотодинамической терапией (при перитонеальной диссеминации опухоли)

Циторедуктивные резекции ободочной кишки с париетальной перитонэктомией, внутрибрюшной гипертермической химиотерапией (при перитонеальной диссеминации опухоли)

Паллиативная резекция ободочной кишки

Колостомия

Стентирование зоны опухолевого стеноза

Химиотерапевтический компонент

Основной задачей паллиативной химиотерапии является продление жизни больного при сохранении ее качества. Лечение должно начинаться незамедлительно после установления диагноза и включать различные варианты 5-фторурацила. Комбинированные режимы химиотерапии при нерезектабельном процессе могут быть назначены больным с ECOG 0-2 в случае прогрессирования опухолевого процесса после терапии фторпиримидинами и у пациентов с клинически значимыми симптомами заболевания с обширной опухолевой диссеминацией. В случае прогрессирования опухолевого процесса после 1-й линии химиотерапии, 2-я линия может быть назначена больным в удовлетворительном общем состоянии (ECOG <2). Длительность терапии: непрерывно до прогрессирования или развития неприемлемой токсичности либо, в случае стабилизации заболевания, после полугода химиотерапии возможно оставить пациента под строгое динамическое наблюдение до прогрессирования.

Схема	Разовая доза мг/м2	Межкурсовой интервал	процент
FOLFOX4 5-фторурацил лейковорин оксалиплатин как альтернатива может быть использован режим FOLFOX6	400 мг\м2 струйно, затем 600 мг\м2 инфузия 22 часа, в 1 и 2 дни 200 мг (2 часа перед 5-фторурацилом) в 1 и 2 дни 85 мг\м2 д. 1	2 недели	22%
XELOX Капецитабин оксалиплатин	1000 мг/м2 2 раза в день, 1-14 дни 130 мг/м2 1 день	Каждые 3 недели	25%
IFL Иринотекан 5-фторурацил	125 мг/м2 еженедельно 4 недели 500 мг/м2 еженедельно, 4 недели	Каждые 6 недель	20%

лейковорин как альтернатива могут быть использованы режимы FOLFIRI или CAPIRI	20 мг/м2 еженедельно, 4 недели		
Режим Roswellpark 5-фторурацил лейковорин как альтернатива может быть использован режим De Gramont	600 мг/м2 в течение 1 часа 1, 8, 15, 22, 29, 35 дни 500 мг/м2 (2 часа перед 5-фторурацилом) 1, 8, 15, 22, 29, 35 дни	Каждые 8 недель	17%
Капецитабин	2500 мг/м2/сут. 1-14 дни	Каждые 3	16%

*При изолированном метастатическом поражении печени или легких (резектабельные, потенциально резектабельные и, в ряде случаев исходно нерезектабельные метастазы, когда в случае ответа на химиотерапии процесс может стать резектабельным) у больных с ECOG<2 должен быть рассмотрен вопрос о проведении периоперационной химиотерапии с применением таргетных препаратов и последующей циторедуктивной операцией. Данный подход может быть реализован на базе федеральных научных центров.

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 5-7 дней

Койко-день при полостной операции – 28 дней

Койко-день при химиотерапии – 5-28 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

2-й-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й год после лечения – 1 раз в год
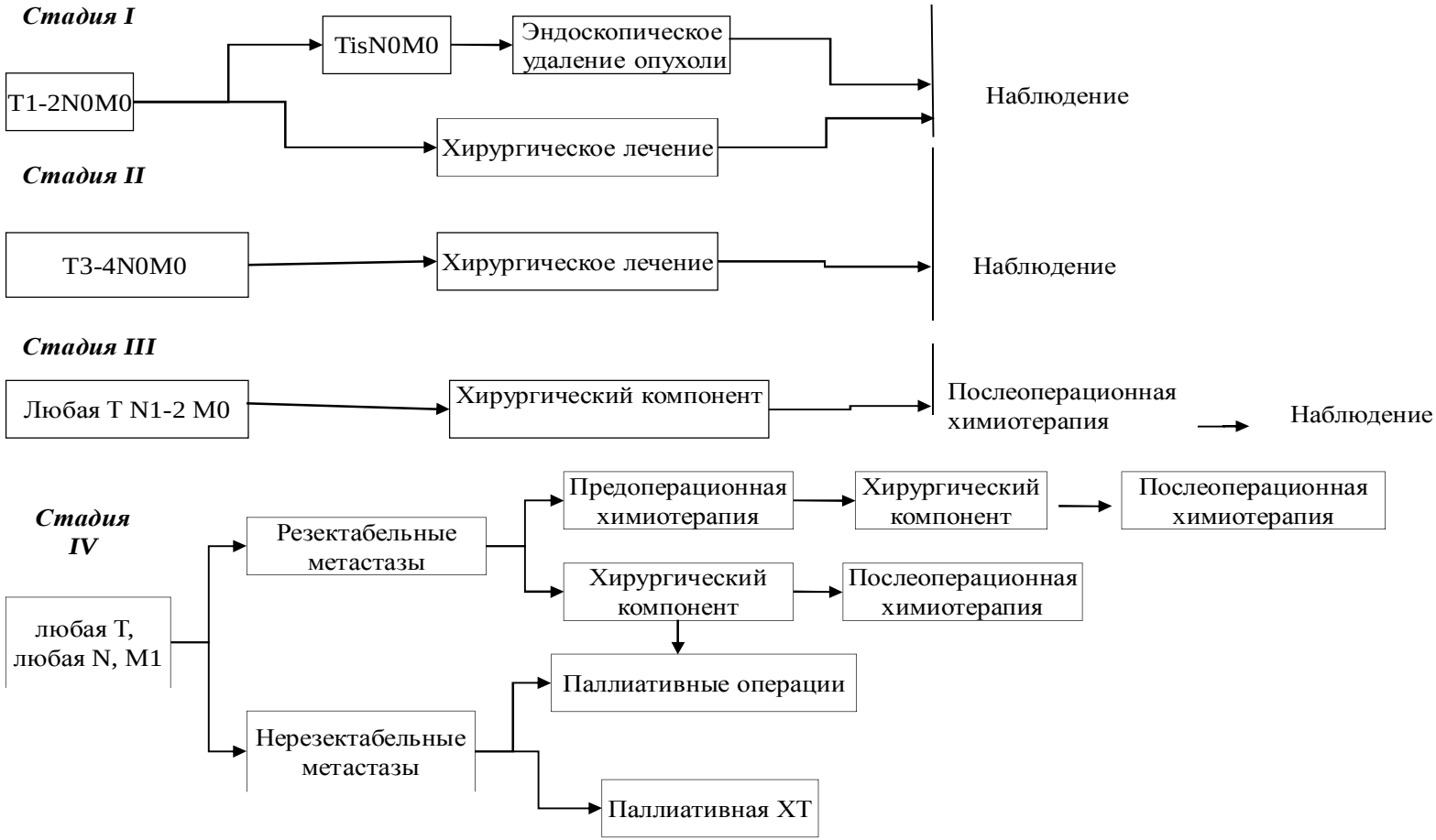
Схема. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ