



ОГБУЗ "Белгородский областной онкологический диспансер"
Радиотерапевтическое отделение № 1
дневной стационар.

Презентация на тему:

«Профилактика и лечение постлучевого ректита»

Докладчик: врач радиотерапевт Кузьминова М.Н.

Заведующий отделением: Сальтевский А. Р.

- Под постлучевым ректитом понимают стойкие структурные и функциональные изменения тканей прямой кишки и анального канала воспалительного характера, обусловленные действием на них ионизирующего излучения.
- По данным большинства источников, частота возникновения постлучевого ректита составляет 2-20%. По другим данным, частота возникновения может достигать 30% за счёт того, что часть ректитов с неярко выраженной клинической картиной просто не связывают с лучевым поражением прямой кишки.



Патогенез лучевого ректита

Патогенез лучевого проктита связан с активацией цитокиновой системы в слизисто-подслизистом слое кишки из-за того, что под действием ионизирующего излучения происходит массовая гибель клеток эпителия. Этот процесс запускает цепочку реакций, приводящих к воспалительным изменениям в стенках сосудов, включая облитерирующий эндартериит — из-за воспаления происходит сужение сосудов вплоть до полного закрытия их просвета, и кровоток в сосуде становится невозможен. Возникает критическая ишемия, которая приводит к прогрессирующей атрофии (часто с некротическими изменениями).

В зависимости от степени тяжести выделяют следующие формы заболевания:

Степень выраженности	Влияние на качество жизни	Клинические проявления
Степень 0	Не влияет	Без каких-либо симптомов и вмешательств
Степень 1	Легкое и самоограничивающееся течение	Невыраженная диарея Редкие тенезмы Частота стула ≤ 5 раз в день Выделение небольшого количества слизи или крови
Степень 2	Управляемое консервативно, не влияющее на образ жизни, течение	Умеренная диарея и колики Частота стула > 5 раз в день Выделение большого количества слизи или периодические кровотечения
Степень 3	Тяжелое, влияющее на качество жизни, течение	Стриктура кишки или кровотечение, требующие хирургического вмешательства
Степень 4	Жизнеопасное течение, требующее срочного лечения	Обструкция кишечника, образование свищей, интенсивное кровотечение, требующее госпитализации и срочного хирургического лечения
Степень 5	Смерть	Смертельный исход, непосредственно связанный с проявлениями заболевания

Лечение больных лучевым ректитом 1 – 2 степени

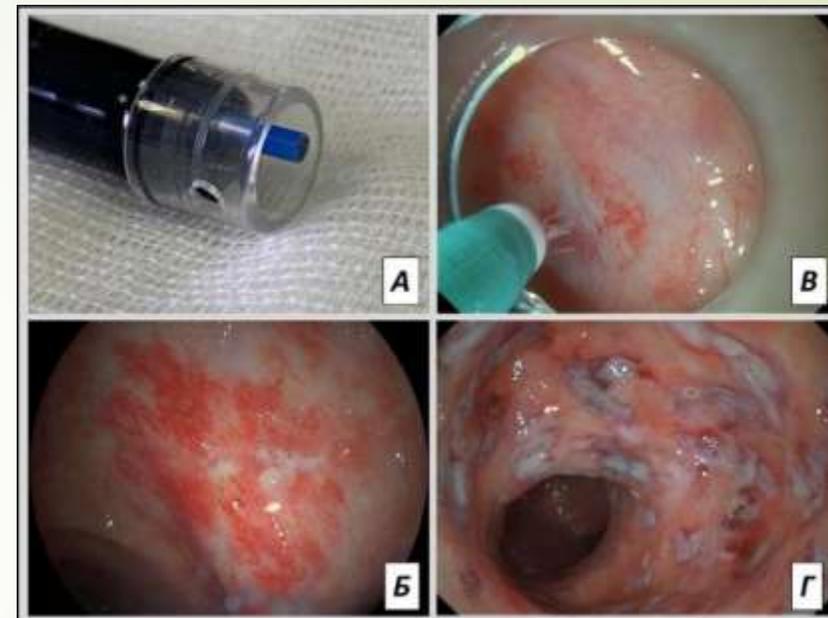
Терапия постлучевых ректитов, направленная на купирование клинических проявлений, коррекцию всех звеньев патогенеза (противовоспалительные стероидные и нестероидные препараты, дезагреганты, средства, улучшающие микроциркуляцию и репаративные процессы, тромбоцитарную массу, плазму, препараты железа, витамины, антиоксиданты, иммуномодуляторы и т.д.).

Местная терапия постлучевых ректитов предполагает применение микроклизм. С целью непосредственного воздействия на патологический очаг используют противовоспалительные, обволакивающие средства (10–15 % раствор димексида, альмагель А) и препараты, ускоряющие восстановление слизистой прямой кишки в различных комбинациях (колегель, синтозоновая эмульсия и т.д.). В случаях периодического и умеренного кровотечения рекомендуется применять микроклизмы с 3 % раствором колларгола, гемоблоком, аминокaproновой кислотой в сочетании с адреналиновыми свечами и гемостатическими губками. В некоторых случаях возможно использование химического локального прижигания 2,5 % раствором формалина. Как правило, микроклизмы назначают 2 раза в день, объёмом от 20 до 50 мл, курсом 10 – 15 процедур каждые 3 месяца в течение года. В промежутках между госпитализациями рекомендуют соблюдать диету, охранительный режим, следить за артериальным давлением и регулярным стулом.

При относительно частом и обильном кровотечении (с учётом отсутствия эффекта от местного лечения) целесообразно прибегать к эндоскопическим методам коррекции, позволяющим значительно снизить частоту и сроки госпитализаций.

Цель эндоскопического вмешательства заключается в облитерации телеангиэктазий слизистой оболочки кишки с помощью контактных (биполярная коагуляция) или бесконтактных методов (аргоноплазменная коагуляция, лазерная терапия, радиочастотная абляция, криотерапия).

Бесконтактные методы обладают преимуществом по сравнению с контактными вмешательствами, поскольку последние имеют более высокую частоту рецидивов ректальных кровотечений и требуют более продолжительного лечения.

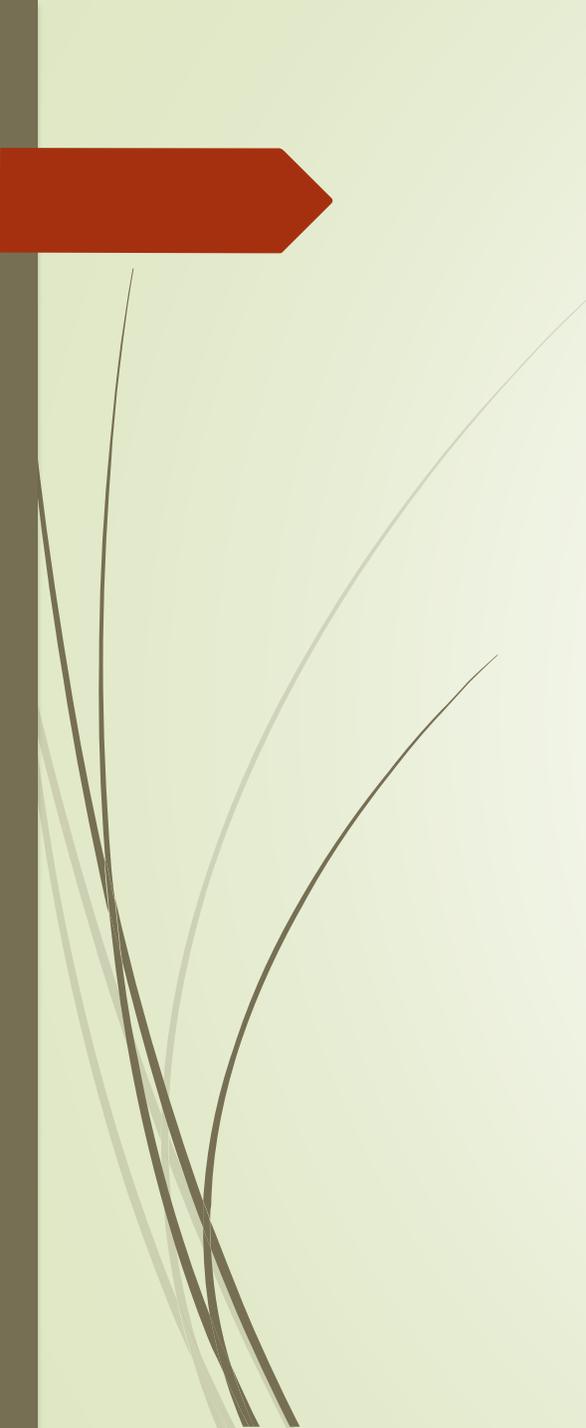


А) Дистальный конец эндоскопа с монтированным колпачком;
Б) вид слизистой до обработки АПК;
В) этап коагуляционного воздействия; Г) вид после вмешательства

Лечение больных лучевым ректитом 3 степени

У больных с эрозивно-геморрагическим и геморрагическим проктитом проводят гемостатическую и заместительную терапию (этамзилат, викасол, аминокaproновая кислота, транексам и т.д., а также, по показаниям, переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы) с учётом общего анализа крови и коагулограммы. При отсутствии эффекта от лечебных мероприятий рекомендуется выполнение аргоноплазменной коагуляции либо эндоваскулярной эмболизации ректальных артерий на уровне источника кровотечения или их поэтапное сочетание





При язвенно-некротическом проктите хороший очищающий эффект оказывают свечи с трипсином с последующим назначением препаратов, усиливающих регенерацию тканей. В случаях выраженного болевого синдрома и фиброзных изменений прямой кишки для улучшения микроциркуляции целесообразно применение низкоинтенсивного лазерного излучения, а также внутритазовых блокад супероксиддисмутазой под контролем УЗИ.

При рецидивирующих профузных кишечных кровотечениях и прогрессирующих язвах, не поддающихся консервативной терапии, необходимо стомирование толстой кишки (иногда в сочетании с АПК). Данная манипуляция снижает травму слизистой прямой кишки за счёт исключения акта дефекации с дальнейшим решением вопроса о возможности реконструктивно-пластической операции

Лечение больных лучевым ректитом 4 степени

Четвёртая степень лучевых повреждений прямой кишки предполагает только хирургическое вмешательство ввиду неэффективности и бесперспективности вышеописанных методов лечения. В хирургическом лечении нуждаются около 10-15% больных. Показанием к оперативному лечению являются выраженные стенозы прямой и ректосигмоидного отдела толстой кишки, перфорации, свищи, профузные кишечные кровотечения. При развитии ректо-вагинальных свищей и профузном кровотечении рекомендовано формирование колостомы, перевязка внутренних подвздошных артерий, резекция прямой кишки или её экстирпация. В тяжёлых случаях объём хирургического вмешательства не ограничивается резекционными операциями и требует выполнения энтеростомии органов малого таза с одновременным реконструктивно-пластическим компонентом.



А – ректоскопия (больной лежит на левом боку): все стенки прямой кишки изъязвлены и покрыты массивным фибрином, местами определяются бугристые разрастания грануляционной ткани, чуть выше визуализируется устье ректо-везикального свища. При гистологическом исследовании – фрагменты грануляционной и соединительной ткани;
Б – прицельный снимок ректо-везикального свища. Больному выполнено оперативное лечение в объеме сигмостомия, эпицистостомия



Спасибо за внимание

