

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВОГО ПРОКТИТА

Леонтьев Александр Владимирович

кандидат медицинских наук, врач-колопроктолог
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический
центр им. А.С. Логинова» ДЗМ
budxir@yandex.ru

Левина Ольга Аркадьевна

кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ

Гришина Елена Александровна

врач-эндоскопист ГБУЗ «Московский клинический
научный центр им. А.С. Логинова» ДЗМ

COMBINED METHODS FOR THE TREATMENT OF POST-RADIATION PROCTITIS

**A. Leontev
O. Levina
E. Grishina**

Summary: Post-radiation proctitis is a life-threatening complication after radiation treatment in patients with pelvic tumors. Despite the active introduction of various technologies, the results of treatment in some cases remain unsatisfactory. The aim of the study is to improve the results of treatment of patients with post-radiation proctitis through the combined use of argon plasma coagulation (APC) of the rectal mucosa and hyperbaric oxygenation (HBO). According to the results obtained, the use of APC in combination with HBO is an alternative method of combined treatment of patients with post-radiation proctitis, which improves the quality of life of patients and prevents the development of complications after endoscopic treatment.

Keywords: post-radiation proctitis, argoplasma coagulation, radiofrequency ablation, hyperbaric oxygenation.

Аннотация: Постлучевой проктит является жизнеугрожающим осложнением после лучевого лечения у пациентов с опухолями тазовой локализации. Несмотря на активное внедрение различных технологий результаты лечения в ряде случаев остаются неудовлетворительными. Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с постлучевым проктитом за счет комбинированного применения аргоноплазменной коагуляции (АПК) слизистой прямой кишки и гипербарической оксигенации (ГБО). Согласно полученным результатам, применение АПК в сочетании с ГБО является альтернативным методом комбинированного лечения пациентов с постлучевым проктитом, позволяющим улучшить качество жизни пациентов и профилактировать развитие осложнений после эндоскопического лечения.

Ключевые слова: постлучевой проктит, аргоплазменная коагуляция, радиочастотная абляция, гипербарическая оксигенация.

Актуальность

В настоящее время число пациентов, которым была проведена лучевая терапия по поводу злокачественных опухолей простаты, тела и шейки матки, анального канала, вульвы прогрессивно увеличивается. Современные методики лучевого лечения позволяют добиться полной регрессии раковой опухоли и длительной без рецидивной выживаемости у большинства пациентов данной категории. Однако несмотря на применение методик точного контурирования зоны облучения и ультрасовременных лучевых установок, число пациентов с поздними осложнениями лучевой терапии возрастает. К сожалению, в настоящее время отсутствуют статистические данные о количестве данных пациентов и степени тяжести их поздних лучевых осложнений. Это связано с наличием мнимого периода благополучия между окончанием лучевой терапии и появлением первых клинических симптомов, который может составлять от нескольких месяцев до года и более. В связи с этим данные пациенты выпадают «из поля зрения» врачей онкологов и радиотерапевтов, а их лечением приходится заниматься гастроэнтерологам и колопроктологам [1,2,3].

Постлучевой проктит является наиболее частым осложнением лучевой терапии, проведенной пациентам по поводу злокачественных опухолей тазовой локализации. Его основным клиническим симптомом является ректальное кровотечение, носящее хроническое, непрерывное, прогрессирующее течение. Прямокишечные кровотечения на фоне постлучевого проктита часто приводят к развитию анемии, требуют госпитализации больного в urgentные стационары и резко снижают качество жизни [1,3,4,5].

Несмотря на наличие различных методов консервативного и оперативного лечения больных с постлучевым проктитом, наиболее эффективного не существует. Консервативные методики уступают по своей эффективности эндоскопическим технологиям в виде аргоноплазменной коагуляции и радиочастотной абляции. Однако эндоскопические методы лечения так же не совершенны, в связи с развитием у большого количества пациентов посткоагуляционных эрозивно-язвенных повреждений слизистой прямой кишки, которые в свою очередь требуют длительной консервативной терапии [5,6,7].

Целью работы является улучшение результатов лечения пациентов с постлучевым проктитом за счет комбинированного применения аргоноплазменной коагуляции (АПК) слизистой прямой кишки и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы

В исследование было включено 78 пациентов с установленным клиническим диагнозом постлучевого проктита. Из них 42 — мужчины, которым ранее была проведена лучевая терапия по поводу рака простаты и 36 женщин, прошедших лечение по поводу рака женских половых органов. Медиана возраста пациентов составила 71 год [61,8–78,2]. Степень тяжести лучевого проктита у всех больных была II по RTOG/EORC. Пациенты имели сопутствующие заболевания, характеризующиеся ASA 2–3. На момент включения в исследование пациентам было проведено комплексное обследование, исключен местный рецидив и прогрессия основного онкологического заболевания. В зависимости от комбинации методов лечения пациенты были разделены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, степени постлучевого проктита и наличию сопутствующих заболеваний. В первую группу были включены 40 пациентов, которым была первым этапом выполнена эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция слизистой прямой кишки, после чего пациенты принимали препараты группы 5-АСК в суммарной суточной дозе 4 грамма ректально и перорально. Во вторую группу вошли 38 больных, которым после эндоскопической аргоноплазменной коагуляции проводились сеансы гипербарической оксигенации. Лечение при помощи ГБО проводилось 3 курсами по 10 сеансов с перерывом 7 дней в барокамере БЛКС-303 МК при давлении 1,5–2,0 АТА. АПК слизистой прямой кишки пациентам обеих групп проводилась одной и той же бригадой хирургов по разработанной в клинике методике, в режиме Pulse с мощностью энергии 15 Ватт и газовом потоке 0,4–1,0 л/мин [1]. После окончания лечения проводилась эндоскопическая оценка состояния слизистой прямой кишки, а также анализ качества жизни при помощи опросника EORTC QLQ PRT-23. При оценке до начала лечения все пациенты отмечали существенное снижение качества жизни. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы StatTech.

Результаты

При сравнительном сопоставлении ранних осложнений в стационаре в зависимости от вида комбинированного лечения нам не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,494$). При сравнительном анализе прогрессии онкозаболевания и развития местного рецидива в зависимости от вида комбинированного лечения не удалось установить статистически значимых различий ($p = 1,000$),

Медиана длительности операции в группе АПК+5-АСК составила 20 минут, а в группе АПК+ГБО — 15 минут. При сравнительной оценке длительности эндоскопической АПК в обеих группах не было выявлено статистически значимой разницы ($p = 0,095$).

Нами был проведен анализ длительности пребывания пациентов в стационаре в зависимости от вида лечения. При сопоставлении длительности пребывания в стационаре в зависимости от вида комбинированного лечения, нами были не выявлены статистически значимые различия ($p = 0,05$).

При анализе болевого синдрома после операции в зависимости от вида лечения, были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,012$).

У 17,5 % пациентов в группе АПК + 5-АСК в отдаленном периоде был болевой синдром. У пациентов, которые прошли лечение в объеме АПК + ГБО, болевой синдром полностью отсутствовал.

При сравнении анемии в зависимости от вида лечения, были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Шансы наличия анемии в группе АПК+ГБО были ниже в 11,7 раза, по сравнению с группой АПК+5АСК, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,086; 95 % ДИ: 0,023–0,325).

87 % пациентов, прошедших комбинированное лечение в объеме АПК+ГБО, имели положительную динамику по изменению характера анемии. Наряду как только у 26,1 % пациентов группы АПК + 5-АСК отмечена положительная динамика в виде повышения уровня гемоглобина ($p < 0,001$). У 26,1 % группы АПК + 5-АСК была отрицательная динамика по характеру прогрессирования анемического синдрома, наряду как в группе АПК + ГБО не было зафиксировано ($p < 0,001$). В группе пациентов комбинированного лечения АПК + 5-АСК у 47,8 % человек отсутствовала динамика изменения уровня гемоглобина на фоне проводимого лечения в сравнении с 13 % больных группы АПК+ГБО ($p < 0,001$).

При оценке поздних осложнений в зависимости от вида лечения, были установлены существенные различия ($p = 0,026$). У 6 (15,0 %) пациентов группы АПК+5-АСК они были зарегистрированы.

Шансы развития поздних осложнений в группе АПК+ГБО были ниже в 9,8 раза, по сравнению с группой АПК+5АСК, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,014; 95 % ДИ: 0,001–0,249).

При эндоскопическом контроле после окончания лечения у 19 (47,5 %) пациентов группы АПК+5-АСК было зафиксировано развития посткоагуляционных язв.

В группе АПК+ГБО данных изменений слизистой прямой кишки не было зарегистрировано ($p < 0,001$).

Шансы наличия посткоагуляционной язвы в группе АПК+ГБО были ниже в 69,8 раза, по сравнению с группой АПК+5АСК, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,014; 95 % ДИ: 0,001 — 0,249).

Исходя из полученных данных при сравнении наличия отека слизистой прямой кишки при контрольной ректоскопии в зависимости от вида лечения, нами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$).

Шансы наличия отека в группе АПК+ГБО были ниже в 42,1 раза, по сравнению с группой АПК+5АСК, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,024; 95 % ДИ: 0,001–0,415).

Нами был проведен анализ контактной кровоточивости слизистой прямой кишки по данным контрольной ректоскопии. У 14 (35,0 %) пациентов группы АПК+5-АСК и 38 (100,0 %) больных группы АПК+ГБО слизистая контактно не кровила ($p < 0,001$).

Шансы наличия кровоточивости в группе АПК+ГБО были ниже в 140,7 раза, по сравнению с группой АПК+5АСК, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,007; 95 % ДИ: 0,000–0,124).

При анализе качества жизни пациентов после проведенного комбинированного лечения в группе АПК+ГБО все больные отметили положительную динамику и их состояние, связанное с хроническим лучевым про-

ктитом после лечение было в норме. Однако в группе АПК+5АСК лишь у 17,5 % констатировали нормализацию качества жизни после проведенного лечения ($p < 0,001$). 1 больного (2,5 %) группы АПК+5-АСК отмечено значимое ухудшение качества жизни, связанное с развитием выраженного болевого синдрома, требующего приема наркотических анальгетиков. У 22,5 % пациентов группы АПК+5-АСК не произошло изменение качества жизни на фоне проведенного комбинированного лечения ($p < 0,001$). Однако 57,5 % больных группы АПК+5-АСК отметили незначительную положительную динамику улучшения качества жизни. Однако оно оставалось слегка сниженным.

Заключение

В настоящее время не существует единой концепции в лечении пациентов с поздними осложнениями лучевой терапии в виде проктита. Эндоскопические коагуляционные технологии позволяют разрушить патологические сосуды подслизистого слоя (телеангиоэктазии) прямой кишки, являющиеся источником ректального кровотечения. Однако требуется применение комбинированных методик с целью ускорения репаративных процессов в слизистой прямой кишки. Проведенное нами исследование демонстрирует, что аргоноплазменная коагуляция слизистой прямой кишки в сочетании с гипербарической оксигенацией является альтернативным методом комбинированного лечения пациентов с постлучевым проктитом, позволяющим улучшить качество жизни и профилактировать развитие жизнеугрожающих осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришина Е.А., Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Курушкина Н.А., Шумкина Л.В., Леонтьев А.В. Эндоскопические методы лечения хронического лучевого проктита. Тазовая хирургия и онкология. 2020;10(3-4):65–72.
2. Lee JK, Agrawal D, Thosani N, Al-Haddad M, Buxbaum JL, Calderwood AH, Fishman DS, Fujii-Lau LL, Jamil LH, Jue TL, Khashab MA, Law JK, Naveed M, Qumseya BJ, Sawhney MS, Storm AC, Yang J, Wani SB. ASGE guideline on the role of endoscopy for bleeding from chronic radiation proctopathy. *Gastrointest Endosc*. 2019;90(2):171–182.e1. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.04.234>
3. Ali F, Hu KY. Evaluation and Management of Chronic Radiation Proctitis. *Dis Colon Rectum*. 2020;63(3):285–287. PMID: 32032142 <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001592>.
4. Tabaja L., Sidani S.M. Management of radiation proctitis. *Dig Dis Sci* 2018;63(9):2180–8. DOI: 10.1007/s10620-018-5163-8.
5. Леонтьев А.В., Гришина Е.А., Шишин К.В., Данилов М.А. Опыт применения аргоноплазменной коагуляции в лечении пациентов с хроническим лучевым проктитом. Доказательная гастроэнтерология. 2021;10(2):5–11. <https://doi.org/10.17116/dokgastro2021100215>.
6. Kitta T, Shinohara N, Shirato H, Otsuka H, Koyanagi T. The treatment of chronic radiation proctitis with hyperbaric oxygen in patients with prostate cancer. *BJU Int*. 2000;85(3):372–374. PMID: 10671898 <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00404.x>.
7. Леонтьев А.В., Левина О.А., Гришина Е.А., Данилов М.А., Шишин К.В., Бабкина А.В. Гипербарическая оксигенация при рецидивирующих ректальных кровотечениях на фоне лучевого проктита. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2022;11(1):186–190. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2022-11-1-186-190>.