



является оптимальной для тяжелой категории больных циррозом печени с признаками печеночно-клеточной недостаточности класса «С», показана пациентам на высоте

варикозного кровотечения, может сочетаться с эмболизацией левой желудочной вены, не усложняя процедуру шунтирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю., Туишев Р.И., Балашова О.В. Настоящее и будущее хирургии портальной гипертензии// Казанский медицинский журнал. -2004. -Т.85, №2. -С.99-102.
2. Бобров А.Н., Белякин С.А., Плюснин С.В. Этиологическая структура циррозов печени по результатам пятнадцатилетнего наблюдения// Вестник Российской военно-медицинской академии. -2011. -№1(33). -С.76-80.
3. Miele L.A., Esquinel C.O., Van Thiel D.H. et al. Liver transplantation for tyrosinemia: a review of 10 cases from the University of Pittsburgh// Dig. Dis. Sci. -1990. -N 35. -P.153.
4. Семенова В.В. Дифференцированный подход к хирургическому лечению портальной гипертензии// Гепатология. -2007. -№5. -С.12-15.
5. Ерамишанцев А.К. Хирургическое лечение портальной гипертензии// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -1997. -№2. -С.72-75.
6. Ханевич М.Д., Кошевой А.П. Лечение при язвенных кровотечениях у больных с циррозом печени и портальной гипертензией// Вестник хирургии. -2000. -Т. 159, №2. -С.27-30.
7. Шапошников А.В. Асцит: современные подходы к классификации и лечению// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -2001. -№3. -С.19-23.
8. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кочаткова А.А. и др. Роль портокавального шунтирования в эру трансплантации печени// Трансплантология. -2009. -№1. -С.34-38.
9. TIPS/ТИПС (трансюгулярное внутривенное портокавальное шунтирование) и лечение варикозных пищеводно-желудочных кровотечений/ Ю.В.Хоронько, М.Ф.Черкасов, М.И.Поляк, Ю.Е.Баранов. - М.: Фарм-Синтез, 2013. -242 с.
10. Ярема И.В., Омаров И.М. Хирургическая коррекция гемо- и лимфообращения при циррозе печени// Вестник хирургии. -2000. -Т.159, №6. -С.17-19.

ПОСТУПИЛА 30.12.2013

УДК 616.348/.351-006-036.2-091-089

Е.П. Сулимов, А.А. Кива

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ЕГО МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра хирургии № 2*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: NX7733@yandex.ru

Цель: изучение частоты, локализации, морфологических характеристик, тактики лечения рака толстой и прямой кишки.

Материалы и методы: в отделении хирургии РостГМУ изучены 745 историй болезни больных, поступивших с диагнозом рак толстой и/или прямой кишки в сроки с 2001 г. по 2011 г.

Результаты и выводы: выявлено, что наиболее часто встречается рак прямой и сигмовидной кишки у женщин в возрасте 61 – 70 лет. Наиболее распространена третья стадия заболевания, эндофитный тип роста. Наибольшее распространение имеют среднедифференцированные аденокарциномы. В большинстве случаев при колоректальном раке использовались: экстирпация прямой кишки с резекцией сегмента сигмы, передняя резекция прямой кишки с аппаратным колоректальным анастомозом конец в конец.

Ключевые слова: колоректальный рак, частота встречаемости, лечение.



E.P. Sulimov, A.A. Kiwa

ASSESSMENT OF RATE PREVALENCE COLORECTAL CANCER, IT'S MORPHOLOGIC CHARACTERISTIC AND SURGICAL TREATMENT

*Rostov State Medical University,**Department of Surgery № 2,**29, Nahichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: NX7733@yanex.ru*

Purpose: Analysis of frequency, localization, morphological characteristics, policy of colorectal cancer treatment.

Materials and methods: 745 medical histories of patients admitted with colorectal cancer from 2001 till 2011 were studied in the surgical department of Rostov State Medical University.

Results and Summary: It was determined that cancer of rectum and sigmoid colon were founded mostly among women at the age of 61 – 70 years old. The most common was the third stage of the disease and endophytic type of growth. It was noted that the moderately differentiated adenocarcinoma was the mostly widespread. Extirpation of rectum with resection of the segment Sigma; anterior resection of the rectum with hardware colorectal anastomosis end-to-end were used in most cases for colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer, frequency, treatment.

Введение

Колоректальный рак занимает третье место среди всех новообразований в мире. Согласно данным Международного агентства по исследованию рака, в мире за 2008 год зарегистрировано около 1,24 миллиона новых случаев колоректального рака [1,2].

Согласно многочисленным публикациям последних лет, в конце XX - начале XXI столетия отмечается существенное увеличение числа страдающих раком ободочной и прямой кишок. Данная локализация составляет 15% от всех первично диагностированных опухолей всех локализаций (30% из их числа представлено раком прямой кишки). До 6% от общего числа заболевших имеют наследственную природу болезни. Наследственный рак толстой кишки включает в себя семейную непוליпозную форму заболевания (синдром Линча), а также рак, возникший из наследственных аденоматозных и гамартомных полипов [3].

От колоректального рака ежегодно умирает порядка 100 000 человек [4]. Наибольшая смертность регистрируется в Чехии, Венгрии (34,3 на 100 000 человек) и Новой Зеландии (26,4), наименьшая – в США (15,2), Израиле (17,9), Нидерландах (17,7) и Болгарии (17,2). Пятилетняя выживаемость в Европе варьирует от 50% (в Швейцарии, Финляндии, Нидерландах, Испании) до 30–39% (в Италии, Дании, Великобритании, Германии и Франции).

Развитые страны мира несут огромные экономические потери в связи с заболеваемостью колоректальным раком. Например, в США стоимость комплексного лечения заболевших этой локализацией рака занимает второе место, составляя 6,5 миллиардов долларов в год (после рака молочной железы, на лечение которого ежегодно затрачивается 6,6 миллиардов долларов).

В России ежегодно раком толстой кишки заболевает до 60 000 человек. Прогнозируется, что в первой половине XXI века колоректальный рак прочно займет первое место в структуре всех онкологических заболеваний.

Смертность от рака толстой кишки в России с 1990 по 1998 год увеличилась у мужчин на 6,8%, у женщин – на 7,5%, а заболеваемость за эти же годы выросла на 18,3 и 10,2%, соответственно.

Следует отметить, что международные различия в статистике более выражены в отношении рака ободочной кишки, нежели рака прямой кишки. В первой половине 90-х годов средняя заболеваемость в Российской Федерации составила 12,3 на 100 000 населения. Максимальная заболеваемость отмечена в Северо-Западном регионе – 17,9; в Центральном – 16,0; Хабаровском крае – 16,0; Новосибирской области – 17,1; в Мурманской и Камчатской областях – 13,0 и 15,4 (на 100 000 населения) соответственно. В Москве этот показатель достигает 22,0 на 100 000 населения. В Санкт-Петербурге заболеваемость колоректальным раком вышла на второе место, как среди мужчин, так и среди женщин. Среди мужчин в 2006 году было выявлено 1153 больных раком толстой кишки, что составило 14,8% в структуре онкологической заболеваемости, среди женщин – 1645 (15,7%) больных [5].

Продолжительность жизни больных раком толстой кишки напрямую связана со степенью распространенности опухолевого процесса. При выявлении заболевания на ранних стадиях (I стадии) уровень пятилетней выживаемости достаточно высок и составляет 93,2%, однако по мере роста и метастазирования опухоли наблюдается резкое снижение данного показателя. Так, при диагностировании процесса на II стадии уровень пятилетней выживаемости снижается до 72,2% и составляет всего 44,3% при вовлечении в патологический процесс регионарных лимфатических узлов (III стадия). При наличии отдаленных метастазов (IV стадия) показатель пятилетней выживаемости не превышает 8,1% [3, 5, 6, 7].

Весьма тревожным является тот факт, что на 100 вновь выявленных больных раком ободочной и прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза – около 40%. Эта закономерность обусловлена тем, что при первичном обращении



пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) диагностируются у 71,4% пациентов раком ободочной кишки и у 62,4% в случаях заболевания раком прямой кишки [8].

Операции по поводу колоректального рака (КРР) считаются одними из наиболее сложных в абдоминальной хирургии и зачастую сопровождаются послеоперационными осложнениями, а также летальностью. Согласно историческим данным, летальность после операций по поводу КРР в 30-е годы XX в. составляла 80%, в 50-е — 14–16% [9].

Результаты хирургического лечения удалось улучшить за счет введения в клиническую практику современных медицинских технологий, методов обследования; усовершенствования анестезиологического обеспечения, рациональной антибактериальной терапии. Однако показатель послеоперационной летальности все еще остается высоким и в настоящее время достигает около 4% [9, 10]. Основными причинами послеоперационной летальности являются: перитонит, травматический шок, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), желудочно-кишечные кровотечения, ранняя спаечная болезнь, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы [9].

Цель исследования - изучение частоты, локализации, морфологических характеристик, тактики лечения рака толстой и прямой кишки.

Материалы и методы

В отделении хирургии РостГМУ изучены 745 историй болезни больных поступивших в течение 11 лет с диагнозом рак толстой и/или прямой кишки в сроки с 2001 г. по 2011 г. Учитывались клинические формы, гистологическое строение, тип роста, частоты, локализация, возраст, половая принадлежность, тактика оперативного лечения. Проведен статистический анализ результатов исследования.

Результаты

Выявлены следующие частоты встречаемости раков. По типу роста: эндофитный – 40%; смешанный – 34%; экзофитный – 26%. По стадиям колоректальный рак распределен следующим образом: I стадия – 13%; II стадия – 21%; III стадия – 47%; IV стадия – 19%. По половому признаку: у мужчин – 48%, у женщин – 52%.

Заболеваемость колоректальным раком наиболее высока у обоих полов в возрасте 61-70 лет, причем в этой возрастной группе заболеваемость значительно выше среди женщин. В остальных возрастных группах распределение по полу примерно равномерно. Наименьшая заболеваемость встретилась в возрасте 20-30 лет среди женщин и 31-40 лет среди мужчин (Рис. 1)..

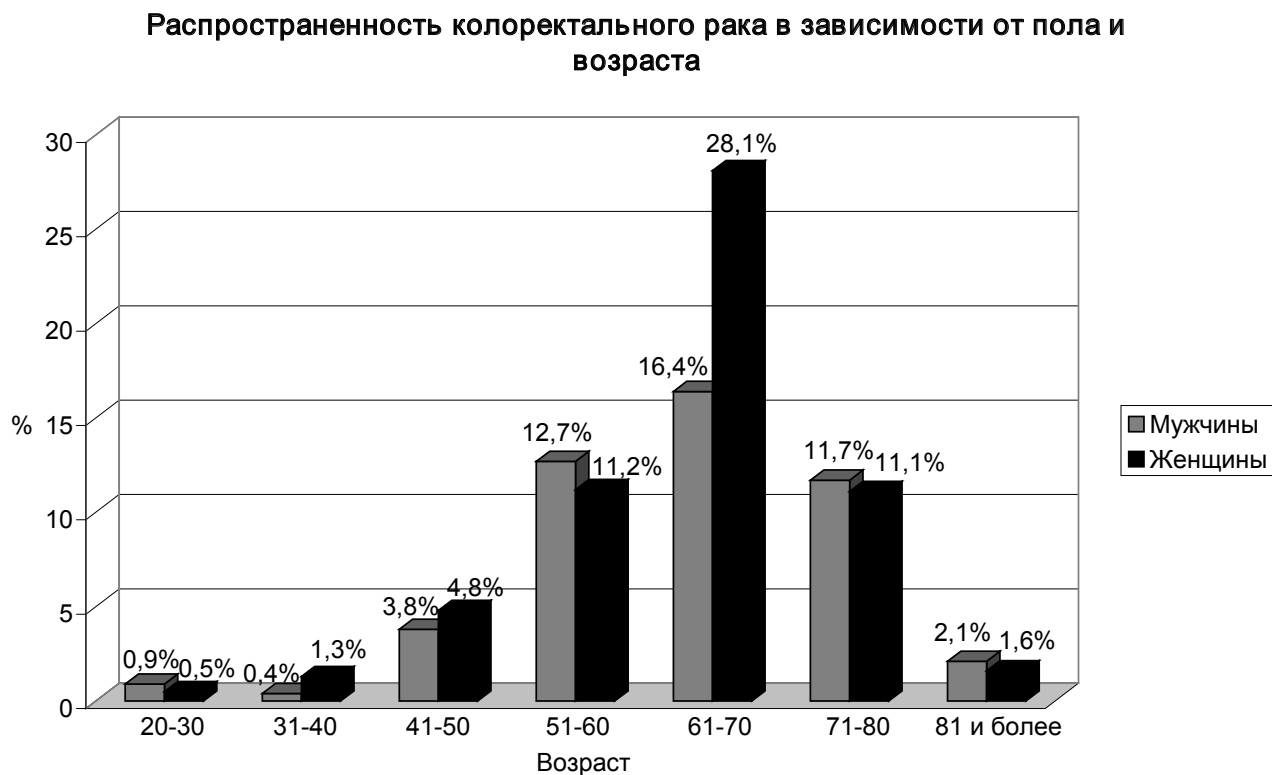


Рис. 1. Распространенность колоректального рака в зависимости от пола и возраста.



Колоректальный рак наиболее часто встречается в дистальных отделах толстой кишки и в прямой кишке, причем самый высокий процент встречаемости отмечен в прямой и сигмовидной кишке, в остальных отделах опухоли были распределены почти равномерно (Рис. 2).

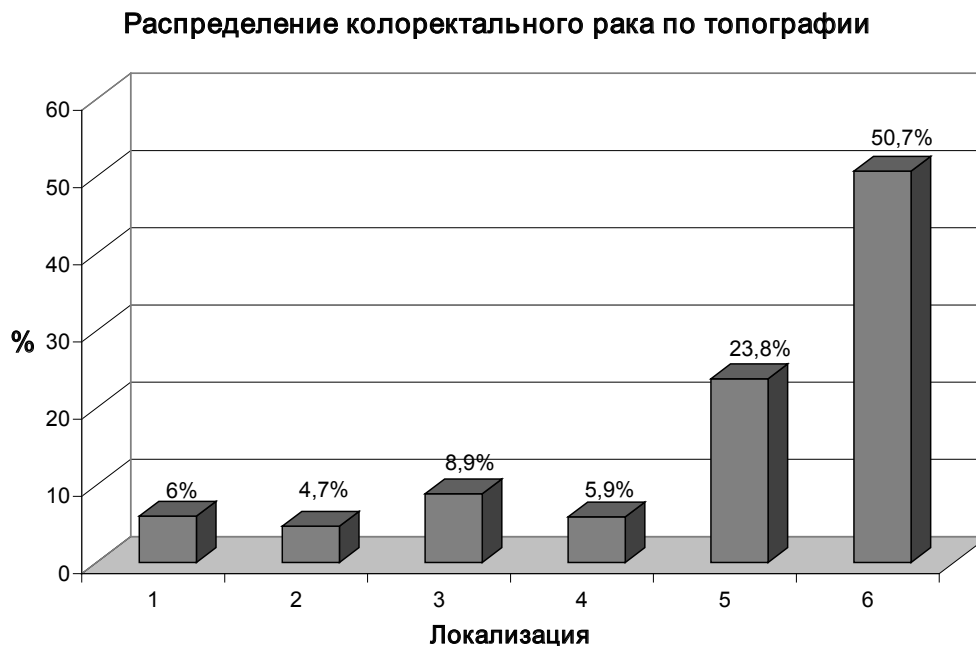


Рис. 2. Распределение колоректального рака по топографии. Где: 1-Слепая кишка; 2-Восходящая ободочная кишка; 3-Поперечно-ободочная кишка; 4-Нисходящая ободочная кишка; 5-Сигмовидная кишка; 6-Прямая кишка.

По гистологическому строению абсолютное большинство колоректального рака является среднедифференцированными аденокарциномами, наиболее редко встретился плоскоклеточный рак (Рис. 3).

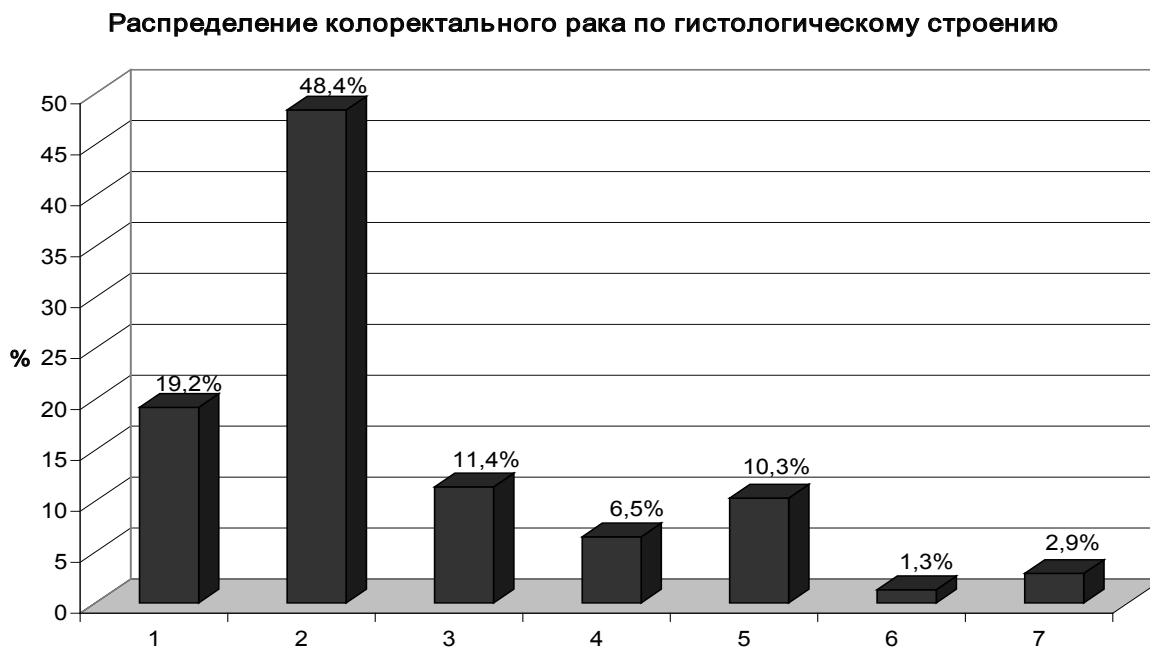


Рис. 3. Распределение колоректального рака по гистологическому строению. Где: 1-Низкодифференцированная аденокарцинома; 2-Среднедифференцированная аденокарцинома; 3-Высокодифференцированная аденокарцинома; 4-Солидный рак; 5-Слизистый рак; 6-Плоскоклеточный рак; 7-Перстневидно-клеточный рак.



Было выполнено 745 оперативных вмешательств, в большинстве случаев при раке прямой кишки использовались следующие методы: экстирпация прямой кишки с резекцией сегмента сигмы с сигмостомой, передняя резекция прямой кишки с аппаратным колоректальным анастомозом конец в конец. При раке нисходящей ободочной и сигмовидной кишки проводилась левосторонняя гемиколэктомия. При поражении восходящей ободочной и поперечноободочной кишки применялись правосторонняя гемиколэктомия и сегментарная резекция кишки соответственно. Имели место следующие послеоперационные осложнения: недостаточность анастомозов возникла в первые часы после операции у 6 пациентов (0,8%), в 4 случаях ранняя спаечная непроходимость (0,54%), у 2-х пациентов возникло желудочно-кишечное кровотечение (0,27%), в 13 случаях развилось нагноение послеоперационной раны (1,75%). Общее количество ранних послеоперационных осложнений составило 25 (3,36%). Летальных случаев за данный период не зарегистрировано.

Выводы

В результате исследования определено, что по локализации преобладают раки прямой кишки (50,7%); среди отделов толстой кишки преобладают раки поперечно-ободочной (8,9%) и сигмовидной (23,8%). Среди всех возрастных групп заболеваемость преобладает у женщин, причем и подъем заболеваемости наступает у них в возрасте 61 – 70 лет. Наибольшее распространение имеют низко и среднедифференцированные аденокарциномы 19,2% и 48,4% соответственно. По клиническим стадиям наиболее распространена третья стадия заболевания (47%). Чаще регистрировали эндофитный тип роста 40%.

В большинстве случаев при раке прямой кишки использовались следующие хирургические методы: экс-

тирпация прямой кишки с резекцией сегмента сигмы с сигмостомой, передняя резекция прямой кишки с аппаратным колоректальным анастомозом конец в конец. При раке нисходящей ободочной и сигмовидной кишки проводилась левосторонняя гемиколэктомия. При поражении восходящей ободочной и поперечноободочной кишки применялись правосторонняя гемиколэктомия и сегментарная резекция кишки соответственно.

Имели место следующие послеоперационные осложнения: недостаточность анастомозов возникла в первые часы после операции у 6 пациентов (0,8%), в 4 случаях ранняя спаечная непроходимость (0,54%), у 2-х пациентов возникло желудочно-кишечное кровотечение (0,27%), в 13 случаях развилось нагноение послеоперационной раны (1,75%). По данным других авторов, недостаточность анастомоза возникала у 12,6–18,6% прооперированных пациентов. Общее количество ранних послеоперационных осложнений составило 25 (3,36%). Летальных случаев за данный период не зарегистрировано.

Наши результаты соответствуют тенденциям как мировой, так и российской статистики. Наиболее высокая степень распространенности III стадии колоректального рака, по нашему мнению, обусловлена двумя основными причинами. Первая заключается в высоком проценте случаев бессимптомного течения этого заболевания на ранних стадиях, что подтверждается как российскими, так и зарубежными авторами. Вторая и возможно более важная - недостаточное раннее выявление колоректального рака и предраковой патологии. Из полученных результатов видно, что значительный рост заболеваемости этой патологией наблюдается в возрасте старше 40 лет, что обуславливает необходимость поиска новых и совершенствования традиционных методов ранней диагностики, лечения и профилактики..

ЛИТЕРАТУРА

1. Aslam et al. MicroRNA manipulation in colorectal cancer cells: from laboratory to clinical application // Journal of Translational Medicine. 2012, 10:128
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide // IARC CancerBase № 10. URL: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> (дата обращения 20.02.13).
3. Базин И. С. Рак толстой кишки – состояние проблемы // Русский мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 11. URL: <http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t11/n11/674.htm> (дата обращения 23.01.13).
4. Ханевич М. Д. Колоректальный рак. Выбор хирургического лечения при толстокишечной непроходимости. – СПб.: Аграф+, 2008. – 136 с.
5. Денисенко В.Л., Гаин Ю.М. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы // Новости хирургии. – 2011. – Том 19, №.1. – С. 103-110.
6. Беляев А. М., Дворецкий С. Ю. Возможности нестандартных подходов к лечению острой толстокишечной непроходимости // Достижения и перспективы лечения и реабилитации в колопроктологии: материалы науч.-практ. конф. – СПб.: Аграф+, 2007. – С. 63-64.
7. Брюсов П. Г., Малахов Ю. П. Проблемы лечения рака ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью // Совершенствование специализированной мед. помощи в многопрофильном стационаре: Всерос. конф. хирургов, посвящ. 80-летию юбилею проф. В. П. Петрова. – Красноросск, 2004. – С. 65-67.
8. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 году. – М., 2002. – 281 с.
9. Сорокин Б.В., Пироговский В.Ю., Тараненко А.А., Ташиев Р.К. Профилактика ранних послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком // Онкология – 2011. – Т. 4, №. 4, – С. 332-334.
10. Баулин А.А., Баулина Е.А., Лесин В.Н., Баулин В.А. Профилактическая и лечебная программы при несостоятельности толстокишечных анастомозов. // Мат II съезда колопроктол стран СНГ, III съезда колопроктол Украины. Одесса, 2011. – С. 386.

ПОСТУПИЛА 18.09.2013