

Бурцев Д.В., Кит О.И., Максимов А.Ю.

Преваленс злокачественных и доброкачественных опухолей толстой кишки у больных с факторами риска колоректального рака

ГБУ РО «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону

Burtsev D.V., Kit O.I., Maksimov A.Yu.

Prevalens malignant and good-quality benign tumors of the colon in patients with risk factors for colorectal cancer

Резюме

В статье проанализированы результаты выявляемости злокачественных и доброкачественных опухолей толстой кишки при скрининговых эндоскопических исследованиях с последующим гистологическим исследованием кишечных биоптатов на базе Ростовского областного консультативно-диагностического центра. За 2008-2011 гг. в эндоскопическом отделении центра при проведении колоскопии проведено 1516 заборов биоптатов толстой кишки при подозрении на злокачественную опухоль и 6337 заборов при подозрении на доброкачественную опухоль для последующего гистологического исследования. Рак толстой кишки был верифицирован у 17,5% больных, а доброкачественные новообразования – у 20,9% пациентов. Структура злокачественных и доброкачественных новообразований толстой кишки у больных была сходной. Чаще других локализаций обнаруживали рак и доброкачественные образования сигмовидной и прямой кишки.

Ключевые слова: рак, доброкачественные новообразования, толстая кишка, распространенность, скрининг.

Summary

In article analyzed results of detection of malignant and good-quality tumors of the colon in the screening of endoscopic research on the Rostov regional consultative-diagnostic center. For 2008-2011 held 1516 fences biopstatov colon with suspected malignant tumor and 6337 fences for good-quality tumor for histological examination. Colon cancer has been verified by 17,5% patients and good-quality neoplasms – 20.9% of the patients. Structure of malignant and good-quality neoplasm of colon patients was similar. Most other localisations to uncover cancer and good-quality tumors education sigma and rectum.

Keywords: cancer, good-quality tumors, colon, prevalence, screening.

Введение

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак прочно занимает 2-3 место в большинстве экономически развитых стран мира как у мужчин, так и у женщин. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируются более 500000 случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и России. На сегодняшний день статистические данные свидетельствуют о том, что в России колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 3-е место. 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%. В связи с выше-

изложенным, целью настоящего исследования явилось провести ретроспективный анализ за 2008-2011 гг. выявляемости рака и доброкачественных новообразований толстой кишки у больных при скрининговых эндоскопических исследованиях на базе Ростовского областного консультативно-диагностического центра.

Материалы и методы

Оценка распространенности рака толстой кишки (C18.0-C20 по МКБ-10) и доброкачественных образований толстой кишки (D12.0-12.9) проведена среди больных, обратившихся в ГБУ РО Областной консультативно-диагностический центр г.Ростова-на-Дону в 2008-2011 гг. Для диагностики рака толстой кишки были использованы скрининговые диагностические мероприятия: исследование стула на скрытую кровь, определение в крови уровня раково-эмбрионального антигена, онкомаркеров СА-19-

Таблица 1. Частота выявления злокачественных и доброкачественных новообразований толстой кишки в зависимости от локализации после скрининговых эндоскопических исследований

Область толстой кишки	Абс.	%
Слепая кишка	6,0	5,5
Восходящая ободочная кишка	7,2	10,5*
Печеночный изгиб ободочной кишки	3,8	-
Поперечная ободочная кишка	9,8	10,7
Селезеночный изгиб ободочной кишки	1,1	-
Нисходящая ободочная кишка	4,2	8,9*
Сигмовидная кишка	27,2	37,5*
Поражение ободочной кишки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций	0,4	-
Неуточненная область ободочной кишки	1,5	4,5
Ректосигмовидное соединение	8,3	4,3
Прямая кишка	29,4	16,3*
Анус и анальный канал	1,1	1,8

Примечание: * - достоверные отличия между группами при $p < 0,05$ по критерию Пирсона χ^2 .

9, СА-242, эндоскопические методики – колоноскопия и сигмоидоскопия. Окончательный диагноз был верифицирован по данным колоноскопии с биопсией кишки и последующим гистологическим анализом биоптата. Колоноскопия выполнялась с использованием видеoinформационных систем V-70, EVIS EXERA и EVIS EXERA-2 «OLYMPUS» (Япония), оснащенных видеоколоноскопами. При этом, по показаниям при выявлении патологических объектов применяли, кроме стандартной, магнификационную эндоскопию с использованием видеоколоноскопа CF-180AI с функцией 74-х электронного увеличения без потери качества, что делало возможным различать мельчайшие структуры слизистой и позволяло проводить исследование близкое по качеству к микроскопическому, а также узкоспектральную эндоскопию с помощью видео-колоноскопов «180» для коррекции изображения. При проведении колоноскопии прицельно забирали биоптаты толстой кишки для последующего гистологического исследования. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, проводили световую микроскопию.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием компьютерной программы STATISTICA 7.0 (StatSoft, США).

Результаты и обсуждение

У больных за 2008-2011 гг. при скрининговых мероприятиях на базе регионального консультативно-диагностического центра рак толстой кишки был выявлен у 265 (17,5%) больных. При этом, у 214 (14,1%) пациентов рак толстой кишки был заподозрен после клинического и эндоскопических исследований, а у 51 (3,4%) больного - после исследования стула на скрытую кровь и крови на онкомаркеры. За 2008-2011 гг. в эндоскопическом отделении центра при проведении колоноскопии проведено 1518 заборов биоптатов толстой кишки при подозрении на злокачественную опухоль и 6337 заборов при подозрении на доброкачественную опухоль для последующего гистологического исследования. До-

брокачественные новообразования толстой кишки были верифицированы у 1325 (20,9%) пациентов.

Структура злокачественных и доброкачественных новообразований толстой кишки, выявленных в результате скрининговых мероприятий, реализованных на базе регионального консультативно-диагностического центра, представлена в табл.1. У пациентов на первом месте по частоте находились случаи рака прямой кишки (29,4%), на втором – рак сигмовидной кишки (27,2%) и на третьей – рак поперечной ободочной кишки (9,8%). В структуре доброкачественных новообразований толстой кишки на первом месте по частоте находились случаи опухолей сигмовидной кишки (37,5%), на втором – полипы прямой кишки (16,3%) и на третьей – опухоли поперечной ободочной кишки (10,7%).

Итак, структура злокачественных и доброкачественных новообразований толстой кишки по результатам скрининговых диагностических методик имеет сходства. Преимущественной локализацией злокачественных и доброкачественных опухолей являются прямая и сигмовидная кишка. Таким образом, без проведения массовых колоноскопий и сигмоидоскопий у больных с факторами риска колоректального рака невозможно добиться эффективной профилактики рака толстой кишки.

Выводы

1. В структуре рака толстой кишки и доброкачественных новообразований толстой кишки, выявляемых у больных на базе региональных консультативно-диагностических центров при проведении скрининговых эндоскопических мероприятий, по частоте преобладают опухоли прямой и сигмовидной кишки, поперечной ободочной кишки.

2. Колоноскопия является ведущим скрининговым методом по своевременному выявлению злокачественных и доброкачественных новообразований толстой кишки.■

Бурцев Д.В., к.м.н., Главный врач ГБУ РО «Об-

латной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону; Кит О.И., д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, Директор ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г.Ростов-на-Дону; Максимов А.Ю., д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г.Ростов-на-Дону. Автор, ответственный за переписку – Бурцев Д.В., г.Ростов-на-Дону: 344718, г.Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 127, тел.+7(8632)404296, e-mail: aad@aanet.ru.

Литература:

1. Емельянов С.И., Урядов С.Е. Колоноскопия при полипах и раке толстой кишки (обзор литературы). Эндоскопическая хирургия 2010; 4: 18-23.
2. Мейерхардт Дж., Сандерз М. Рак толстой кишки. -М: ООО «Рид Элсивер»; 2009.
3. Пророков В.В., Малихов А.Г., Кныш В.И. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки. Практическая онкология: избранные лекции.-СПб; 2004; 162-167.
4. Урядов С.Е. Диагностическая и лечебная колоноскопия. – М: Издательство Панфилова; 2010.
5. Regula J., Rupinski M., Kraszewska E., Polkowski M., Pachlewski J., Orłowska J. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. N. Engl. J. Med. 2006; 355:1863-1872.