Отдаленные результаты хирургического лечения рака ободочной кишки

Д.м.н., проф. В.В. ПРОРОКОВ, к.м.н. А.В. НИКОЛАЕВ, к.м.н. О.А. ВЛАСОВ, М.В. БУРЛАКОВ

The long-term follow-up results of the colon cancer treatment

V.V. PROROKOV, A.V. NIKOLAYEV, O.A. VLASOV, M.V. BURLAKOV

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина (дир. — акад. РАН и РАМН М.И. Давыдов) РАМН, Москва

Проанализированы результаты лечения 298 больных операбельным раком ободочной кишки (без отдаленных метастазов) после выполнения стандартных радикальных хирургических вмешательств, объем которых определялся локализацией опухоли. Пациенты прослежены в сроки до 20 лет, в течение 10 лет было прослежено 95% больных, что дало возможность сравнивать не только показатели 5-летней выживаемости, но и кумулятивной (общей, безрецидивной и безрецидивной скорректированной) выживаемости, чем обусловлена высокая достоверность полученных результатов. Установлена достоверная зависимость отдаленных результатов хирургического лечения от стадии заболевания, а именно от наличия или отсутствия метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Вместе с тем отмечено, что возможности хирургического метода в дальнейшем улучшении отдаленных результатов лечения данной нозологической формы на сегодняшний день практически исчерпаны, в связи с этим дальнейший научный поиск следует направить на разработку эффективных методов комбинированной терапии, применяемой в предоперационном и послеоперационном периодах.

Ключевые слова: онкология, рак ободочной кишки, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

Results of treatment of 298 patients with colon cancer in the absence of distant metastases were analyzed. The long-term follow-up results were obtained after up to 20 years; 10 years follow-up results were obtained in 95% of the operated patients. The survival rate was significantly dependant on the stage of the disease, i.e., on the presence of regional lymph nodes invasion. Authors conclude, that possibilities of surgical treatment in further improvement of survival rates are to certain limited and exhausted. Therefore, further workout of perioperative combined chemo- and radiotherapy of patients with colon cancer is expected to improve the results.

Key words: oncology, colon cancer, surgical treatment, long-term results.

Введение

Лечение рака ободочной кишки тесным образом связано с развитием абдоминальной хирургии и имеет более чем вековую историю. Хирургическая операция остается ведущим и наиболее эффективным методом лечения этого заболевания. Радикальное оперативное вмешательство предусматривает возможность удаления первичной опухоли в пределах здоровых тканей одним блоком с регионарными лимфатическими узлами, в которых могут быть метастазы. Лимфатические узлы локализуются по ходу сосудов, питающих те или иные отделы ободочной кишки. В связи с этим при локализации первичной опухоли в правой половине выполняется правосторонняя гемиколэктомия, при локализации опухоли в левой — левосторонняя гемиколэктомия, при раке дистальных отделов сигмовидной кишки — резекция кишки, при наличии рака поперечной ободочной кишки операцией выбора является гемиколэктомия справа или слева либо субтотальная колэктомия с формированием илеосигмоанастомоза. Такие объемы оперативных вмешательств диктуются онкологическими принципами радикальности хирургического лечения рака ободочной кишки (принципами зональности и футлярности).

Статистические данные последних лет свидетельствуют о неуклонном росте онкологических заболеваний. К 2020 г. ожидаемое количество вновь выявленных онкологических больных составит 15 млн в год и количество смертей от рака возрастет до 12 млн [2]. Число больных колоректальным раком в России за последнее десятилетие увеличилось в 7 раз, эта локализация опухоли твердо занимает 3-е место среди всех онкологических заболеваний [1].

Основным критерием эффективности различных методов лечения онкологических больных служат отдаленные результаты. Показателем излечения рака служит продолжительность жизни больных после радикального хирургического лечения. Определение стадии заболевания, которая может быть уточнена только при морфологическом исследова-

© Коллектив авторов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 3: 41

e-mail: onco@bk.ru

нии операционного материала, является одной из важных сторон, влияющих на отдаленные результаты хирургического лечения онкологического заболевания вообще и колоректального рака в частности. Принятый международный критерий определения 5-летней выживаемости больных оправдывает себя при изучении отдаленных результатов. Вместе с этим определение более поздней выживаемости (более 10 лет) позволит убедительнее показать современные возможности хирургического лечения больных раком ободочной кишки.

Материал и методы

В основу работы положены данные о 298 больных первичным раком ободочной кишки, находившихся в хирургической клинике №3 РОНЦ им. Н.Н. Блохина с 1987 по 2002 г. Всем этим больным было проведено радикальное хирургическое лечение. В исследование включены только больные с распространенным раком ободочной кишки (стадии T3-4N0M0 и T3-4N1M0 или соответственно стадии B и C по Дюксу) в возрасте не старше 70 лет. У всех больных морфологическим методом была подтверждена аденокарцинома различной степени дифференцировки. Со стадией B было 226 (75,8%) пациентов, со стадией C — 72 (24,2%).

Нами была изучена заболеваемость раком ободочной кишки в Москве за период 1972—2001 гг. За этот период первичная заболеваемость на 100 000 населения возросла с 10,2 до 30%, смертность от этого заболевания — с 9,1 до 19,5% (за период с 1996 по 2001 г.). Стандартизованные показатели смертности достоверно коррелировали с показателями заболеваемости (p=0,001). Эта закономерность была в одинаковой степени характерна как для мужчин, так и для женщин. По нашим данным, более чем 90% больных операции производятся в поздних стадиях заболевания, из них больные со стадиями T3-4N01M0 (B и C по Дюксу) составили более 70%, поэтому проанализировали истории болезни только тех пациентов, которые имели эти стадии заболевания. Стадию определяли только после морфологического исследования операционного материала. Наиболее часто раковая опухоль поражает левые отделы ободочной кишки. Из 298 больных поражение опухолью правых отделов кишки отмечено у 36,9%, левых отделов — у 59,7%, поперечной ободочной кишки — у 3,4%. За последние годы выявлена тенденция к изменению частоты поражения раковой опухолью тех или иных отделов ободочной кишки. Так, в правых отделах ободочной кишки частота рака увеличилась вдвое по сравнению с левым флангом ободочной кишки (наши данные по Москве). С возрастом больных реже поражался левый отдел по сравнению с правым при сохранении той же частоты рака поперечной ободочной кишки.

Результаты

Известно, что отдаленные результаты после радикальной операции определяются развитием рецидивов и метастазов. Динамическое наблюдение за радикально оперированными больными позволило не только диагностировать рецидивы или метастазы, но и изучить сроки их возникновения. В течение 10 лет было прослежено 95% больных. Следует отметить, что общая длительность наблюдения за оперированными больными составила более 20 лет. Эти материалы получены исключительно только по данным, которые были известны либо по историям болезни, либо по поликлиническим картам. Данные о частоте рецидивов и метастазов опухоли в зависимости от стадии заболевания представлены на рис. 1.

Прогрессирование заболевания (рецидивы или метастазы) отмечено у 46 (15,4%) больных, однако достоверных различий отдельно по частоте рецидивов и метастазов между стадиями B и C не получено. В 23,4% наблюдений развитие рецидивов и метастазов опухоли регистрировали в первые 3 года наблюдений.

Нами была изучена частота локальных рецидивов и отдаленных метастазов у радикально оперированных больных раком ободочной кишки в зависимости от объема выполненной операции (рис. 2).

Достоверных различий в частоте локальных рецидивов и отдаленных метастазов по данным на январь 2010 г. не получено. Не было также достоверных различий в частоте прогрессирования заболевания (рецидивы и/или метастазы) при операциях на правой половине ободочной кишки по сравнению с левой половиной (соответственно 13,6 и 15,3%).

Кумулятивную выживаемость радикально оперированных больных раком ободочной кишки изучали в зависимости от стадии опухолевого заболевания. При стадиях B и C по Дюксу расчет производили по методу Kaplan—Meier (рис. 3).

Различия показателей общей кумулятивной выживаемости в группах больных с опухолями в стадии B и C были статистически достоверными. При изу-

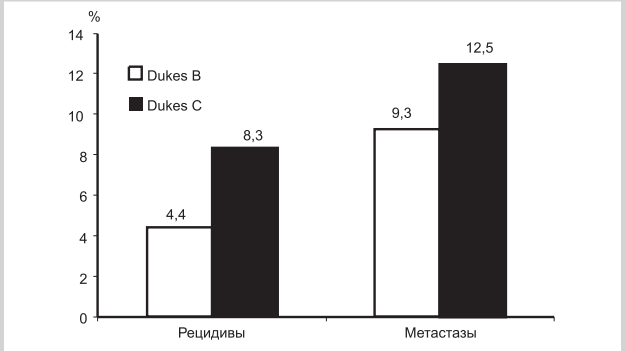

Рис. 1. **Частота рецидивов и метастазов опухоли у радикально оперированных больных раком ободочной кишки в зависимости от стадии заболевания.**

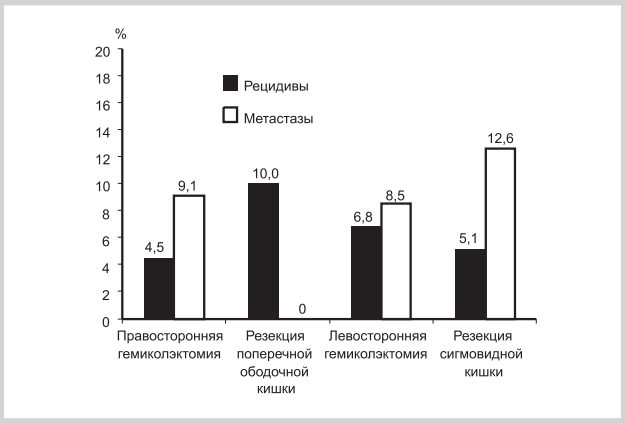

Рис. 2. **Частота рецидивов и метастазов опухоли у больных раком ободочной кишки в зависимости от объема операции.**

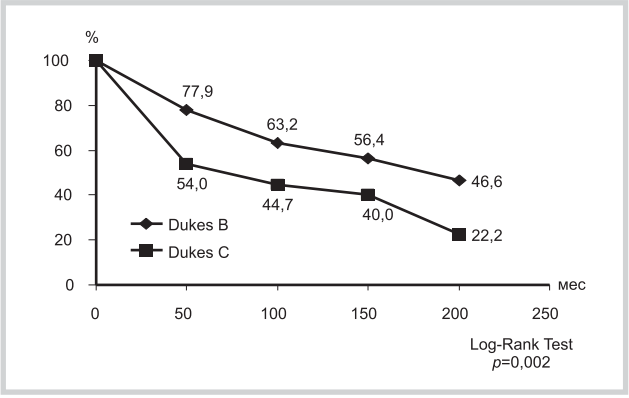

Рис. 4. **Безрецидивная выживаемость больных раком ободочной кишки в зависимости от стадии заболевания.**

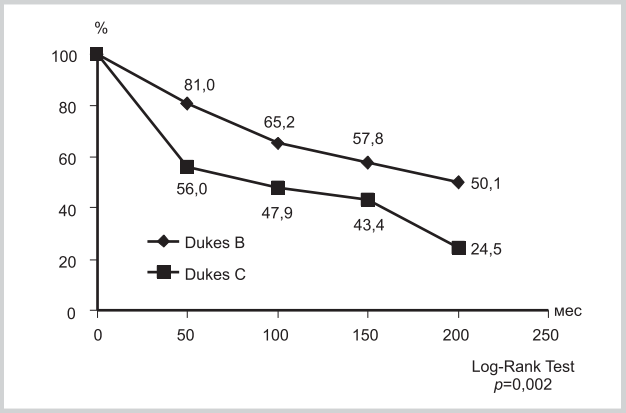

Рис. 3. **Кумулятивная выживаемость радикально оперированных больных раком ободочной кишки.**

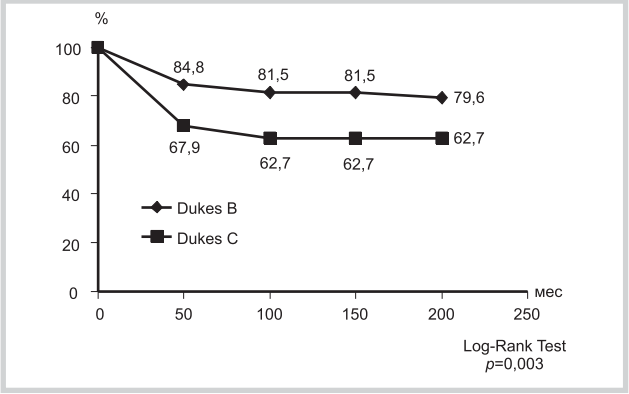

Рис. 5. **Скорректированная безрецидивная выживаемость больных раком ободочной кишки в зависимости от стадии заболевания.**

чении безрецидивной скорректированной выживаемости после радикального хирургического лечения больных раком ободочной кишки были получены статистически достоверные различия в стадии В при опухолевом процессе по сравнению с таковой в стадии С. Безрецидивная скорректированнная выживаемость — это учет больных, умерших от основного заболевания или имеющих рецидив заболевания. Эти данные представлены на рис. 4 и 5.

Статистически достоверные различия безрецидивной скорректированной выживаемости между группами больных со стадиями В и С по Дюксу были подсчитаны по методу Log-Rank Test. Полученные данные указывают на высокое прогностическое значение стадии заболевания (наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах) для выживаемости и возникновения рецидива.

Таким образом, неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки, отсутствие динамики роста общей и безрецидивной выживаемости при радикальном хирургическом лечении этих больных и другие факторы определяют актуальность проблемы своевременной диагностики и лечения данного заболевания. Изучение возможностей комбинированной терапии в предоперационном и послеоперационном периодах несомненно заслуживает особого внимания. Вряд ли в ближайшие годы мы можем рассчитывать на улучшение отдаленных результатов, используя только хирургический метод лечения рака ободочной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003—2004 гг. М 2005; 268.

2. *Sener Stephen F., Grey Nathan.* The global burden of cancer. J Surg Oncol 2005; 92: 1: 1—3.

Поступила 08.08.10