УДК 616.318-006.6-039.19-039.3

СТРУКТУРА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ ВЫЯВЛЕНИЮ НА БАЗЕ РЕГИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Бурцев Д.В.

ГБУ РО «Областной консультативно-диагностический центр», Ростов-на-Дону, e-mail: rnioi@list.ru

Статья посвящена изучению структуры злокачественных новообразований толстой кишки, диагностируемых у больных при скрининговых исследованиях на базе Ростовского областного консультативно-диагностического центра. В результате исследования установлено, что в структуре рака толстой кишки, выявляемого у больных при проведении скрининговых диагностических мероприятий, по частоте преобладает рак прямой кишки и сигмовидной кишки, поперечной ободочной кишки. В связи с этим обстоятельством сигмоидоскопия является эффективной скрининговой методикой. Наибольшие диагностические трудности по количеству исследований на 1 больного наблюдаются при верификации рака слепой кишки, ректосигмовидного соединения, печеночного изгиба, восходящей и нисходящей ободочной кишки, что накладывает необходимость использования при проведении скрининговых мероприятий неинвазивных молекулярных исследований стула и крови на онкогены для отбора больных на колоноскопию с учетом других факторов риска колоректального рака.

Ключевые слова: рак толстой кишки, локализация, диагностика

STRUCTURE OF MALIGNANT DISEASES OF THE COLON AND DIAGNOSTIC MEASURES FOR DETECTING THEM AT THE REGIONAL CONSULTATIVE-DIAGNOSTIC CENTER

Burtsev D.V.

Regional consultative-diagnostic centre, Rostov-on-Don, e-mail: rnioi@list.ru

The article is devoted to the study of structure of malignant neoplasms of colon, diagnosed in patients when screening studies at the Rostov regional consultative-diagnostic center. The study found that in the structure of colon cancer identified in patients with a screening of diagnostic events by frequency are dominated by rectal and sigmoid colon, transverse colon. In this circumstance, sigmoidoscopy is an effective screening technique. Most diagnostic difficulties in terms of the number of studies on 1 patient are observed when cancer blind gut verification, rektosigmoid compounds, liver bending, ascending and descending colon that imposes the need to use non-invasive molecular screening activities and studies on the blood for the selection of patients oncogenes for colonoscopy, taking into account other risk factors for colorectal cancer.

Keywords: coloncancer, localisation, diagnosis

Колоректальный рак – один из распространенных видов неоплазии как по частоте заболеваемости, так и по показателям смертности. Ежегодно регистрируется более 1 млн новых случаев заболеваемости во всем мире, причем 90% заболевших – это население в возрасте старше 55 лет [2]. На сегодняшний день определены факторы риска колоректального рака: возраст старше 50 лет; особенности питания; генетические синдромы; наличие аденом ободочной кишки; язвенный колит; болезнь Крона; наличие в анамнезе колоректального рака у родственников, ранее перенесенный рак молочной железы и/или женских половых органов [3]. Эпидемиологические исследования показали, что на преобразование полипа толстой кишки в раковую опухоль уходит от 10 до 12 лет. Для разрешения проблемы ранней диагностики предраковых и раковых состояний была запущена кампания по профилактике заболевания, целью которой стало скрининговое исследование группы людей с факторами риска колоректального рака. Достижение новых рубежей в профилактике, раннем выявлении и успешном лечении больных с колоректальным раком связано со значительными материальными затратами и может быть достигнуто совместными усилиями всех медицинских работников при активной поддержке государственных и общественных организаций, а также с активным участием в скрининговых процессах региональных консультативно-диагностических центров.

Целью настоящего исследования явилось провести анализ структуры злокачественных новообразований толстой кишки за 2008–2011 гг., диагностируемых у больных при скрининговых исследованиях на базе Ростовского областного консультативно-диагностического центра.

Материалы и методы исследования

Оценка распространенности рака толстой кишки (С18.0-С20 по МКБ-10) проведена среди больных, направленных в ГБУ РО «Областной консультативно-

диагностический центр» г. Ростова-на-Дону с 2008 по 2011 г. из лечебно-профилактических учреждений первичного звена или по системе добровольного медицинского страхования. Для диагностики рака толстой кишки были использованы скрининговые диагностические мероприятия: исследование стула на скрытую кровь, определение в крови уровня раково-эмбрионального антигена, онкомаркеров CA-19-9, CA-242, эндоскопические методики – колоноскопия и сигмоидоскопия. Диагноз рака толстой кишки был верифицирован по данным колоноскопии с биопсией кишки и последующим гистологическим анализом биоптата. Колоноскопия выполнялась с использованием видеоинформационных 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-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 видеоколоноскопов «180» для коррекции изображения. При проведении колоноскопии прицельно забирали биоптаты толстой кишки для последующего гистологического исследования. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, проводили световую микроскопию. Структуру злокачественных новообразований толстой кишки различной локализации оценивали в относительных единицах. Рассчитывали диагностическую нагрузку на одного пациента для верификации рака толстой кишки определенной локализации.

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

Результаты исследования и их обсуждение

У больных за 2008–2011 гг. при скрининговых мероприятиях на базе регионального консультативно-диагностического центра рак толстой кишки был выявлен у 265 больных. При этом у 214 пациентов рак толстой кишки был заподозрен после клинического и эндоскопических исследований, а у 51 больного – после исследования стула на скрытую кровь и крови на онкомаркеры. Верификация диагноза происходила после гистологического исследования биоптатов стенки толстой кишки.

Структура злокачественных новообразований толстой кишки, выявленных в результате скрининговых мероприятий, реализованных на базе регионального консультативно-диагностического центра, представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура злокачественных новообразований толстой кишки, выявленных в результате скрининговых мероприятий на базе РОКДЦ

Наименование выявленной патологии	2008		2009		2010		2011	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЗН слепой кишки (C18.0)	3	5,36	5	7,69	5	6,58	3	4,41
ЗН червеобразного отростка (C18.1)	–	–	–	–	1	1,32	–	–
ЗН восходящей ободочной кишки (C18.2)	3	5,36	6	9,23	8	10,53	2	2,94
ЗН печеночного изгиба (C18.3)	4	7,14	2	3,08	1	1,32	3	4,41
ЗН поперечной ободочной кишки (C18.4)	6	10,71	7	10,77	6	7,89	7	10,29
ЗН селезеночного изгиба (C18.5)	2	3,57	–	–	1	1,32	–	–
ЗН нисходящей ободочной кишки (C18.6)	3	5,36	1	1,54	2	2,63	5	7,35
ЗН сигмовидной кишки (C18.7)	17	30,36	16	24,62	22	28,95	17	25,00
Поражение ободочной кишки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C18.8)	–	–	–	–	–	–	1	1,47
ЗН ободочной кишки неуточненной локализации (C18.9)	2	3,57	–	–	2	2,63	–	–
ЗН ректосигмовидного соединения (C19)	1	1,79	4	6,15	6	7,89	11	16,18
ЗН прямой кишки (C20)	15	26,79	24	36,92	22	28,95	17	25,00
ЗН заднего прохода (ануса) и анального канала (C21)	–	–	–	–	–	–	2	2,94
Всего	56	100,00	65	100,00	76	100,00	68	100,00

Примечание. ЗН – злокачественное новообразование. В скобках указан шифр заболевания по МКБ.

В 2008 году в структуре злокачественных новообразований толстой кишки на первом месте по частоте находились случаи рака сигмовидной кишки (30,36%), на втором – рак прямой кишки (26,79%) и на третьем – рак поперечной ободочной киш-

ки (10,71%). В 2009 году чаще других локализаций наблюдались злокачественные новообразования прямой (36,92%), сигмовидной (24,62%) и поперечной ободочной кишки (10,77%). В 2010 и 2011 гг. частота рака прямой и сигмовидной кишки преобладала над всеми другими локализациями и была одинаковой: в 2010 году – 28,05%, а в 2011 году – 25,0%. В 2010 году частыми были случаи рака восходящей (10,53%) и поперечной (7,89%) ободочной кишки, а в 2011 году – рак ректосигмовидного соединения (16,18%) и поперечной ободочной кишки (10,29%).

Количество диагностических исследований при верификации рака толстой кишки различной локализации представлено в табл. 2.

Таблица 2

Количество диагностических исследований при верификации рака толстой кишки различной локализации

Наименование выявленной патологии	Общее количество исследований				Количество исследований на 1 больного			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
ЗН слепой кишки (С18.0)	28	32	74	21	9,3	6,4	14,8	7,0
ЗН червеобразного отростка (С18.1)	–	–	5	–	–	–	5,0	–
ЗН восходящей ободочной кишки (С18.2)	17	32	78	20	5,7	5,3	9,8	10,0
ЗН печеночного изгиба (С18.3)	22	10	12	34	5,5	5,0	12,0	11,3
ЗН поперечной ободочной кишки (С18.4)	39	45	54	57	6,5	6,4	9,0	8,1
ЗН селезеночного изгиба (С18.5)	14	–	4	–	7,0		4,0	
ЗН нисходящей ободочной кишки (С18.6)	14	10	15	52	4,7	10,0	7,5	10,4
ЗН сигмовидной кишки (С18.7)	90	99	180	134	5,3	6,2	8,2	7,9
Поражение ободочной кишки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (С18.8)	–	–	–	4	–	–	–	4,0
ЗН ободочной кишки неуточненной локализации (С18.9)	9	–	16	–	4,5	–	8,0	–
ЗН ректосигмовидного соединения (С19)	8	28	54	67	8,0	7,0	9,0	6,1
ЗН прямой кишки (С20)	62	122	191	154	4,1	5,1	8,7	9,1
ЗН заднего прохода (ануса) и анального канала (С21)	–	–	–	13	–	–	–	6,5
	303	378	683	556	5,4	5,82	8,99	8,18

При пересчете количества исследований на 1 больного удалось определить диагностическую нагрузку при выявлении рака толстой кишки различной локализации. В 2008 году диагностические трудности были наибольшими при верификации рака слепой кишки (9,0 исследований на 1 больного), ректосигмовидного соединения (8 исследований на 1 пациента). В 2009 году наибольшее количество исследований на 1 больного потребовалось для верификации рака нисходящей ободочной кишки (10,0 исследований) и ректосигмовидного соединения (7 исследований). В 2010 году наблюдалось повышение количества исследований на 1 больного по всем изучаемым нозологиям, что объяснялось внедрением в лаборатории центра новых методик по определению онкомаркеров. Наибольшие диагностические трудности в 2010 году наблюдались при выявлении рака слепой кишки (14,8 исследований на 1 больного), печеночного изгиба (12 исследований), восходящей ободочной кишки (9,8 исследований). В 2011 году наибольшее количество исследований приходилось при диагностике рака печеночного изгиба, нисходящей и восходящей ободочной кишки.

Таким образом, ввиду частой локализации рака в области прямой и сигмовидной кишки среди всех злокачественных новообразований толстой кишки сигмоидоскопия как скрининговая методика позволяет выявить рак толстой кишки с высокой эффективностью [1, 4]. Исследование стула на скрытую кровь, крови на онкомаркеры с учетом других факторов риска (возраст, питание, наследственность) позволяет отобрать контингент больных для колоноскопии с обязательным исследованием слепой кишки вплоть до червеобразного отростка, печеночного изгиба, всех отделов ободочной кишки [5], где сложнее выявить злокачественные новообразования.

Выводы

1. В структуре рака толстой кишки, выявляемого у больных на базе региональных консультативно-диагностических центров при проведении скрининговых диагностических мероприятий, по частоте преобладает рак прямой и сигмовидной кишки, поперечной ободочной кишки.

2. Наибольшие диагностические трудности по количеству исследований на 1 больного наблюдаются при верификации рака слепой кишки, ректосигмовидного соединения, печеночного изгиба, восходящей и нисходящей ободочной кишки, что накладывает необходимость подключения к скрининговым мероприятиям неинвазивных молекулярных исследований стула и крови на онкогены.

Список литературы

1. Емельянов С.И., Урядов С.Е. Колоноскопия при полипах и раке толстой кишки (обзор литературы) // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 4. – С. 18–23.

2. Мейерхардт Дж., Сандерз М. Рак толстой кишки. – М.: ООО «Рид Элсивер», 2009. – 186 с.

3. Пророков В.В., Малихов А.Г., Кныш В.И. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки // Практическая онкология. – 2004. – Т. 3, №2. – С. 77–81.

4. Урядов С.Е. Диагностическая и лечебная колоноскопия. – М.: Изд-во Панфилова, 2010. – 176 с.

5. Regula J., Rupinski M., Kraszewska E., Polkowski M., Pachlewski J., Orlowska J. N.Engl. J. Med. – 2006. – Vol. 355. – P. 1863–1872.

References

1. Emelyanov S.I., Uryadov S.E. *Jendoskopicheskaja hirurgija*, 2010, no. 4, pp. 18–23.

2. MejerhardtDzh., Sanderz M. *Raktolstojkishki* [Colon cancer]. Moscow, Reed Elsiver Publ., 2009. 186 p.

3. Prorokov V.V., Malihov A.G., Knysh V.I. *Prakticheskaja onkologija*, 2004, vol.3, no. 2, pp.77–81.

4. Urjadov S.E. *Diagnosticheskaja i lechebnaja kolonoskopija* [Diagnostic and therapeutic colonoscopy]. Moscow, Panfilov Publ., 2010. 176 p.

5. Regula J., Rupinski M., Kraszewska E., Polkowski M., Pachlewski J., Orlowska J. *N.Engl. J. Med.,* 2006, vol. 355, pp. 1863–1872.

Рецензенты:

Касаткин В.Ф., д.м.н., профессор, заведующий торакоабдоминальным отделением ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития РФ, г. Ростов-на-Дону.

Максимов А.Ю., д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития РФ, г. Ростов-на-Дону.

Работа поступила в редакцию 16.02.2012.