

УДК 616.351-006.6-033.2-07

ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

К. Смагулова

Рассмотрены вопросы диагностики метастатического рака толстой и прямой кишки. Отмечена локализация первичного очага в ободочной кишке. Показано, что наиболее часто поражалась печень, также были отмечены случаи инвазии всех стенок кишки.

Ключевые слова: колоректальный рак; метастазы; частота.

DIAGNOSTICS OF METASTATIC COLORECTAL CANCER

К. Smagulova

The problems of diagnostics of metastatic cancer of the colon and rectum are considered. The primary focus was located in the colon. The liver was most often affected and also the cases of invasion of all the intestinal walls was noted.

Keywords: colorectal cancer; metastases; frequency.

Введение. В последнее время рак ободочной и рак прямой кишки все чаще объединяют в понятие “колоректальный рак” (КРР). Анатомически толстая кишка включает в себя следующие отделы: слепую кишку с червеобразным отростком, восходящую ободочную кишку, правый изгиб (печеночный), поперечную ободочную кишку, левый изгиб (селезеночный), нисходящую ободочную кишку, сигмовидную кишку, прямую кишку. Конечный отдел прямой кишки – анальный канал.

Колоректальный рак – злокачественная опухоль из элементов эпителия толстой кишки.

Среди многих онкологических заболеваний колоректальный рак остается не до конца распознанной и навязанной страхами больных патологией. При помощи раннего диагностирования КРР на 93 % предотвращается развитие болезни [1–3].

Статистика свидетельствует о том, что в развитых странах люди намного чаще сталкиваются с этим видом заболевания, нежели с другими видами онкологии. Географические отличия определены уровнем воздействия обстоятельств риска КРР – ограниченный режим питания, вредные привычки, экология [4, 5].

Самая высокая заболеваемость раком прямой кишки зарегистрирована в Японии (Хиросима: мужчин – 73, женщин – 10 на 100 тыс. населения), в Чехии (мужчин – 18, женщин – 7). Высокая заболеваемость регистрируется в Новой Зеландии, Северной Америке, Северной и Западной Европе [2].

В России заболеваемость у мужчин составляет 14, у женщин – 8 на 100 тыс. населения. В структуре онкологической заболеваемости рак прямой кишки занимает 6 место [2].

Низкая заболеваемость колоректальным раком отмечается в странах Африки, в Южной и Центральной Америке.

Соотношение рака ободочной кишки к раку прямой кишки в развитых странах составляет примерно 2:1, в остальных – 1:1. В России этот показатель составляет 1,2:1. Первично-множественный синхронный колоректальный рак диагностируется у 4–8 % больных [6].

К сожалению, до 70 % больных при первичном поступлении имеют поздние стадии заболевания или метастатические формы, что значительно затрудняет лечение и ухудшает прогноз заболевания [6, 7].

Целью исследования явилась оптимизация лечения метастатического рака толстой и прямой кишок.

Методы исследования. Нами проведен анализ лечения 68 больных с метастатическим колоректальным раком (мКРР), получивших лечение в отделении химиотерапии Казахского НИИ онкологии и радиологии за период с 2009 по 2011 г. Из указанного количества больных 38 (55,9 %) были с метастатическими процессами КРР, ранее получивших комплексное, комбинированное или хирургическое лечение, а 30 (44,1 %) – первичные с метастатическими формами. Из 30 первичных

Таблица 1 – Распределение больных мКРР по возрасту

Возраст	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	> 70	Всего
Абс. знач.	3	4	17	25	16	3	68
Отн. знач. (%)	4,4 ± 2,4	5,9 ± 2,8	25 ± 5,2	36,8 ± 5,8	23,5 ± 5,1	4,4 ± 2,4	100,0

Таблица 2 – Степень распространенности КРР по системе TNM у больных с мКРР

Показатель	Стадия заболевания	Кол-во больных
Первично метастатическая форма КРР (n = 30)	T2N1M1	1 (1,5 ± 1,4 %)
	T3N0–2M1	16 (23,5 ± 5,1 %)
	T4N0–2M1	13 (19,1 ± 4,7 %)
Вторичные мтс КРР (n = 38)	T2N0–2M0	6 (8,8 ± 3,4 %)
	T3N0M0	5 (7,4 ± 3,1 %)
	T3N1–2M0	10 (14,7 ± 4,3 %)
T4N0–2M0	17 (25 ± 5,2 %)	
Итого	68 (100 %)	

больных 28 пациентов подвергнуты паллиативному хирургическому лечению различного объема: резекции, первичного очага с выведением колостомы в связи с наличием отдаленных метастазов (в основном в печени).

Результаты исследования. Диагностические мероприятия при подозрении на рак ободочной и прямой кишки совпадают, т. е. при подозрении на рак какого-либо отдела колоректальной зоны обследованию подлежит вся колоректальная зона. Связано это с тем, что у части больных (около 5 %) встречаются первично-множественные синхронные опухоли кишечника.

Задачей врача общей практики является первичная диагностика, т. е. установление факта наличия опухолевого заболевания. После этого больной должен быть своевременно направлен к онкологу. Вторичная диагностика по большей части осуществляется онкологом, хотя часть диагностических мероприятий вторичной диагностики (УЗИ органов брюшной полости, рентгенография легких и т. д.) может осуществляться врачом общей практики параллельно с первичной диагностикой. Установление первичного диагноза рака колоректальной зоны до настоящего времени значительно запаздывает, и в большинстве случаев больные поступают в специализированные учреждения с распространенными формами новообразования.

Диагностика рака колоректальной зоны должна быть комплексной и основываться на данных клинического, эндоскопического, ультразвукового, рентгенологического и морфологического методов. В тех случаях, когда на основании характера жалоб и анамнестических данных можно заподозрить опухоль толстой кишки, первым мероприятием при обследовании больного должен быть наружный осмотр.

Осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов в случае их увеличения позволяют вынести предварительное суждение о распространенности рака. В этом случае проводят биопсию увеличенных лимфатических узлов. Необходимы пальпация и перкуссия живота, при которых можно обнаружить опухолевое образование или свободную жидкость в брюшной полости. Особое внимание следует уделять пальпации печени, обращая внимание на ее консистенцию, размер, характер поверхности. Бугристая поверхность может свидетельствовать о метастатическом поражении.

Обязательными исследованиями являются:

- пальцевое исследование анального канала, прямой кишки и перианальной области;
- пальпация паховых лимфатических узлов;
- ректороманоскопия (при обнаружении опухоли – биопсия);
- ирригоскопия;
- фиброколоноскопия с биопсией;
- ультразвуковое исследование печени и забрюшинных лимфатических узлов;
- рентгенологическое исследование органов грудной полости.

По локализации первичного очага больные распределялись следующим образом: поражение ободочной кишки выявлено в 38 (55,9 %) случаях, прямой кишки – в 29 (42,6 %) и первично-множественным поражением толстой и прямой кишки – в 1 (1,5 %) случае.

Количество больных мужского и женского пола составило 37 (54,4 %) и 31 (45,6 %), соответственно, возраст пациентов находился в пределах от 23 до 73 лет, средний возраст составил 53 года. В момент установления диагноза в возрасте от 50 до 59 лет находился примерно каждый третий пациент – 36,8 % (таблица 1).

Таблица 3 – Локализация метастазов у больных МКРР

Характеристика		Число больных (n = 68)	%
Распространение болезни	Первичная опухоль и метастазы	2	2,9
	Только метастазы	58	85,3
	Рецидив и метастазы	8	11,8
Локализация	Печень	47	69,1
	Легкие	11	16,2
	Кости	9	13,2
	Лимфоузлы	16	23,5
	Яичники	1	1,5
	Имплантационные мтс в пресакральную зону	1	1,5
	почки	1	1,5
Пораженные зоны	Одна	47	69,1
	Две	16	30,9
	Три	4	
	Четыре	1	

Распределение больных метастатическим КРР по системе TNM представлено в таблице 2. Как видно из таблицы, в 30 случаях первичные больные были с метастатической формой КРР (T2-4N0-2M1).

Критериями включения для повторных больных с прогрессированием заболевания явилось наличие объективных признаков диссеминации КРР после комплексного лечения, зафиксированных не позже 6 месяцев.

У 49 (72,1 %) пациентов основными жалобами являлись: слабость, снижение веса, болевой синдром в брюшной полости и промежности, дисфункция кишечника, у 2 боль локализовалась в малом тазу, что связано с наличием остаточной опухоли или наличием рецидивного процесса, у остальных – в брюшной полости и в правом подреберье.

После клинических обследований у большинства больных встречались отдаленные метастазы в различные органы, причем число поражений составило от 1 до 4, но 47 (69,1 %) пациентов имели поражение лишь одного органа (таблица 3).

У 47 (69,1 %) выявлены метастазы в печени. На 2-м месте по частоте встречаемости метастазов представлены лимфоузлы – 23,5 %, а поражение легких – в 16,4 %. Поражение костей наблюдалось у 9 (13,2 %) пациентов, яичников – у одной пациентки.

При гистологическом исследовании материала у всех больных были диагностированы аденокарциномы, которые были представлены различными вариантами: железистым – в 65 (95,6 %) случаях, слизистой – в 2 (2,9 %) и трабекулярной – в 1 (1,5 %) случае.

Опухоли у исследованных больных имели различную степень дифференцировки. Высокодифференцированная аденокарцинома встречалась у 2 (2,9 %), умеренно дифференцированная – у 60 (88,2 %) низкодифференцированная – у 6 (8,9 %) пациентов.

По степени инвазии стенки пораженной кишки больные распределялись следующим образом: прорастание слизистого и подслизистого слоев – у 2 (2,9 %) пациентов, врастание опухоли в мышечный слой – у 5 (7,4 %), прорастание всех слоев стенки кишки – у 59 (86,8 %) больных, прорастание всех слоев с инфильтрацией жировой клетчатки – у 2 (2,9 %) пациентов. У 19 (27,3 %) из 68 больных обнаружена сосудистая инвазия опухоли.

Метастазы в легких и костях скелета диагностированы на основании рентген/КТ- и МРТ-исследований. Для верификации метастазов в печени в большинстве случаев проводилась пункционная биопсия и в некоторых наблюдениях проводилась биопсия МТС печени и л/узлов брюшной полости после лапаротомии.

Таким образом, при метастатическом раке толстой и прямой кишок первичный очаг был локализован в 56 % случаев в ободочной кишке и в 43 % – в прямой. По полу мужчины несколько преобладали, средний возраст пациентов составил 53 года. Среди больных с первично-метастатическим КРР преобладали пациенты с T3-4 опухолями. У большинства больных встречались отдаленные метастазы в различные органы, причем число поражений составило от 1 до 4, но 47 (69,1 %) пациентов имели поражение лишь одного органа. У 47 (69,1) выявлены метастазы в печени. На 2-м месте по частоте встречаемости метастазов

находятся лимфоузлы – 23,5 %. Почти в 90 % случаев наблюдалось вращание опухоли во все слои стенки кишки.

Литература

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов, Т.И. Ушакова // Современная онкология. 2009. Т. 3. № 4. С. 1–12.
2. Аксель Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е.М. Аксель, Н.М. Бармина // Рос. онкол. журнал. 1999. № 6. С. 40–47.
3. Шакиров Р.К. Клинико-иммуноморфологические аспекты прогнозирования метастазов в печень у больных колоректальным раком: дис. ... канд. мед. наук / Р.К. Шакиров. Уфа, 2010. 126 с.
4. Вишнеvский В.А. Обширные резекции при метастатическом поражении печени / В.А. Вишнеvский, В.А. Назаренко, А.В. Чжао и др. // Тез. докл. VII Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Киев, 1999. С. 99–100.
5. Воробьев Г.И. Лечение метастазов колоректальной этиологии (с обзором современной литературы) / Г.И. Воробьев, З.С. Завенян, П.В. Царьков и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2004. Т. 9. № 1. С. 95–103.
6. Вашакмадзе Т.А. Современные подходы к лечению метастазов колоректального рака в печени / Т.А. Вашакмадзе, В.М. Хомяков // Рос. онкол. журнал. 2004. № 5. С. 42–50.
7. Виберг М. Цитокератины в иммуногистохимической диагностике опухолей человека: руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека / М. Виберг, Р. Молл; под ред. С.В. Петрова, Н.Т. Рахлина. Казань: Титул, 2004. С. 302–309.