Хирургическое лечение рака ободочной кишки: анализ отдаленных результатов

В.В. Пророков, А.В. Николаев, О.А. Власов
ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

Контакты: *Василий Васильевич Пророков prorokov@oncoproct.ru*

В статье проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения рака ободочной кишки на основе данных длительного (более 20 лет) наблюдения за больными, которым были выполнены радикальные оперативные вмешательства. Показана частота различных локализаций рака в отделах ободочной кишки, ее зависимость от возраста пациентов, а также зависимость результатов лечения и прогноза главным образом от стадии заболевания.

Ключевые слова: *рак ободочной кишки, хирургическое лечение, отдаленные результаты лечения*

Surgical treatment of colon cancer: analysis of long-term outcome

V.V. Prorokov, A.V. Nikolayev, O.A. Vlasov
N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Long-term outcome of radical surgical treatment of colon cancer with more than 20-year follow-up is presented in the article. Association of colon cancer localization with regard to patient age distribution; association of treatment outcome and patient prognosis with regard to disease stage are analyzed.

Key words: *colon cancer, surgical treatment, long-term outcome*

Операция остается ведущим и наиболее эффективным методом лечения рака ободочной кишки (РОК). Радикальное хирургическое вмешательство предусматривает удаление первичной опухоли в пределах здоровых тканей одним блоком с регионарными лимфатическими узлами (ЛУ), локализующимися по ходу сосудов, питающих те или иные отделы ободочной кишки. В таких ЛУ могут быть метастазы. В связи с этим при локализации первичной опухоли в правой половине ободочной кишки выполняется правосторонняя гемиколэктомия; при локализации опухоли в левой половине — левосторонняя гемиколэктомия; при раке дистальных отделов сигмовидной кишки выполняется резекция сигмовидной кишки; при раке поперечной ободочной кишки операцией выбора является либо гемиколэктомия справа или слева, либо субтотальная колэктомия с формированием илеосигмоанастомоза. Такие объемы оперативных вмешательств стандартны для соответствующих локализаций РОК и диктуются онкологическими принципами радикальности хирургического лечения (принципами зональности и футлярности).

Статистические данные последних лет свидетельствуют о неуклонном росте онкологической заболеваемости. К 2020 г. ожидаемое количество вновь выявленных онкологических больных составит 15 млн в год и количество смертей от рака возрастет до 12 млн [1]. Прирост абсолютного числа заболевших РОК в России с 2003 по 2008 г. составил 11,6% у мужчин и 13,4% у женщин, раком прямой кишки — 8% и 5% соответственно. На сегодняшний день колоректальный рак твердо занимает 2-е место среди всех онкологических заболеваний [2].

Показателями эффективности лечения онкологических больных служат отдаленные результаты. Один из таких критериев – продолжительность жизни больных после радикального хирургического лечения. Одной из важных сторон, влияющих на отдаленные результаты хирургического лечения, является определение стадии заболевания, которая может быть уточнена только при морфологическом исследовании операционного материала. Принятый международный критерий определения 5-летней выживаемости больных вполне оправдывает себя при изучении отдаленных результатов. Вместе с этим определение более поздней выживаемости (свыше 10 лет) позволяет еще убедительнее показать современные возможности хирургического лечения больных РОК.

Пациенты и методы

По нашим данным, более чем у 70% больных РОК диагностируется на поздних стадиях — T3–4N0–2M0 (B и C по Dukes).

В основу нашей работы положены данные 298 больных первичным РОК, находившихся в хирургической клинике № 3 РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 1987 по 2002 г. Все больные были подвергнуты радикальному хирургическому лечению. В исследование были включены пациенты только с распространенным РОК (стадии T3–4N0M0 и T3–4N1–2M0 или, соот-

ветственно, стадии B и C по Dukes) в возрасте не старше 70 лет. У всех больных морфологически была аденокарцинома различной степени дифференцировки. Со стадией B было 226 (75,8 %) больных, а со стадией C — 72 (24,2 %). Определение стадии производилось только после морфологического исследования операционного материала. Наиболее часто раком поражаются левые отделы ободочной кишки. Из 298 больных поражение опухолью правых отделов кишки составило 36,9 %, левых отделов — 59,7 %; рак поперечной ободочной кишки был в 3,4 % случаях. При этом отмечено, что у больных старшей возрастной группы реже поражался левый отдел по сравнению с правым при сохранении той же частоты развития рака поперечной ободочной кишки.

Результаты

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. Прослеженность свыше 5 лет составила 95 %, а максимальный период наблюдения оперированных больных — более 20 лет. Данные о частоте рецидивов и метастазов в зависимости от стадии заболевания представлены на рис. 1.

Всего прогрессирование заболевания (рецидивы или метастазы) развилось 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 регистрировали в первые 3 года наблюдений.

Зависимость частоты развития рецидивов и метастазов у радикально оперированных больных РОК от объема выполненной операции представлена на рис. 2.

Достоверных различий в частоте прогрессирования заболевания (рецидивы и/или метастазы) при операциях на правой половине ободочной кишки по сравнению с левой половиной не получено (соответственно 13,6 % и 15,3 %).

Как было отмечено ранее, основным показателем эффективности лечения онкологических больных служат показатели выживаемости. Кумулятивная выживаемость была изучена у радикально оперированных больных РОК в зависимости от стадии опухолевого заболевания. Выживаемость была рассчитана по методу Kaplan—Meier при стадиях B и C по Dukes. Эти данные представлены на рис. 3.

Различия по общей кумулятивной выживаемости между группами больных со стадией B и C статистически достоверны ($p = 0{,}002$).

Скорректированнная безрецидивная выживаемость — это учет больных, умерших от основного заболевания или имеющих рецидив заболевания. При изучении безрецидивной скорректированной выживаемости

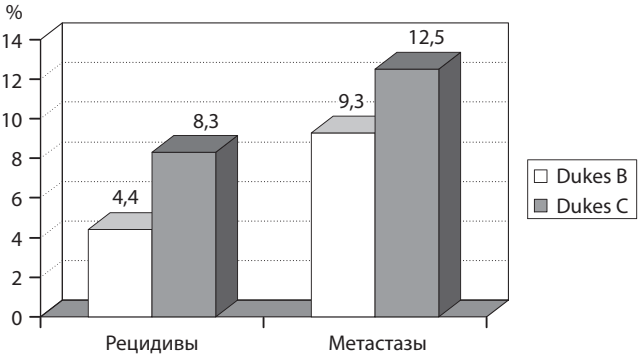

Рис. 1. *Частота рецидивов и метастазов у радикально оперированных больных РОК в зависимости от стадии заболевания за период наблюдения*

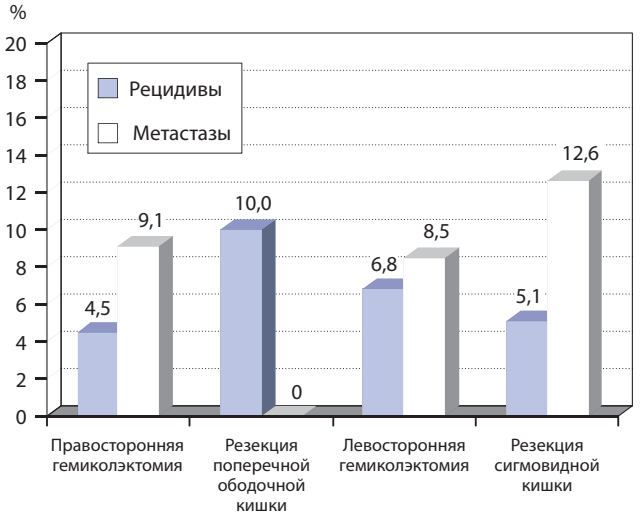

Рис. 2. *Частота рецидивов и метастазов в зависимости от объема операции у больных РОК*

при радикальном хирургическом лечении больных РОК были получены статистически достоверные результаты при стадии B по сравнению со стадией C опухолевого процесса. Статистически достоверные различия по безрецидивной скорректированной выживаемости между группами больных с B и C стадиями по Dukes были подсчитаны по методу log-rank test. Полученные данные указывают на высокое прогностическое значение стадии заболевания (наличие метастазов в регионарных ЛУ) для

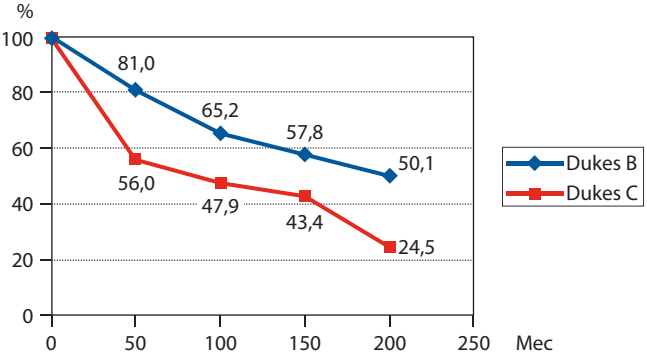

Рис. 3. *Кумулятивная выживаемость радикально оперированных больных РОК*

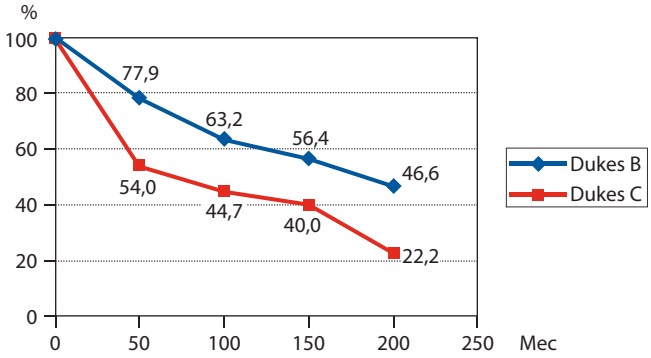

Рис. 4. *Безрецидивная выживаемость у больных РОК в зависимости от стадии заболевания*

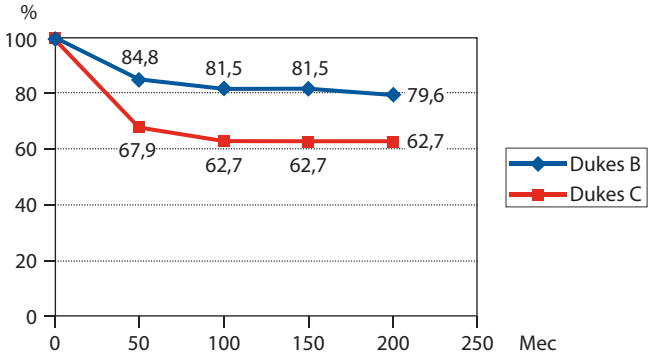

Рис. 5. *Скорректированная безрецидивная выживаемость у больных РОК в зависимости от стадии*

выживаемости и возникновения рецидива заболевания. Эти данные представлены на рис. 4 и 5.

Заключение

Таким образом, неуклонный рост заболеваемости РОК, 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. Несомненно, особого внимания заслуживает изучение возможностей комбинированного лечения в предоперационном и послеоперационном периодах. Вряд ли в ближайшие годы можно рассчитывать на улучшение отдаленных результатов при использовании только хирургического метода лечения РОК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sener Stephen F., Grey Nathan. The global burden of cancer. J Surg Oncol 2005;92(1):1–3.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, т. 21, № 2 (80) (прил. 1), 2010.