

# Европейская школа по онкологии – семинар

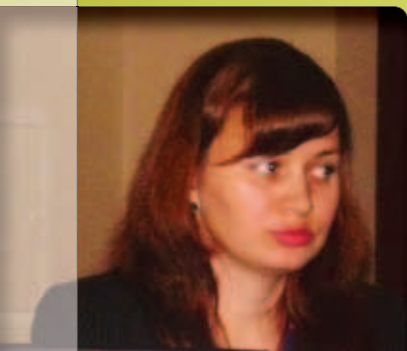
2-3 апреля 2007 года в Москве прошла Европейская школа по онкологии – семинар на Красной площади «Колоректальный рак». Семинар прошел под эгидой Международного противоракового союза, организатором выступили Европейская школа по онкологии и РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Колоректальный рак (рак толстой и прямой кишки) входит в число лидеров в структуре онкологической заболеваемости и смертности. За последние 20 лет в нашей стране рак толстой кишки переместился с 6-го на 3-е место по частоте заболеваемости. До недавнего времени колоректальным раком страдали в основном

лица старше 50-60 лет, сейчас же в группе риска – люди среднего возраста. Ежегодно в мире от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки умирают 500 тыс. человек. В России на 100 новых больных колоректальным раком приходится более 70 умерших, из них примерно 40% – на первом году с момента установления диагноза. Высокая смертность часто вызвана запущенностью опухолевого процесса. Поздняя выявляемость во многом обусловлена практически полным отсутствием симптомов заболевания на ранних стадиях. В России ежегодно регистрируется 44 тыс. новых больных раком толстой кишки.

## Современная диагностика колоректального рака

Ежегодно в мире регистрируется около 800 тыс. вновь заболевших колоректальным раком. Из них более половины имеют распространенный процесс. Несмотря на возросшие возможности диагностики рака ободочной и прямой кишки, значительный процент больных продолжает пребывать в неоперабельном состоянии. Ключевые методы исследования имеют факторы значительной диагностики по колоректальному раку. С внедрением в современное здравоохранение новых, более прогрессивных диагностических методов, эффектов ультразвукового исследования и, в наибольшей степени, рентгеновской компьютерной томографии, магниторезонансной томографии, проблема получения дополнительных сведений по распространенности опухолевого процесса стала решаться успешно. Однако в ряде ситуаций сохраняется значительная регрессия. Указанные методы исследования, несмотря на свои преимуще-

ства, позволяют выявлять лишь структурные изменения. Хотя известно, что клинические нарушения всегда предшествуют морфологическим. Данные методы дают возможность получить эффективную информацию по степени злокачественности опухоли и ее особенности у больных. Метод совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ-КТ) позволяет за одно обследование завизировать морфологические и функциональные изменения одновременно, полностью исключая проблему неточности совмещения указанных изменений. Главное преимущество позитронно-эмиссионной томографии заключается в возможности не только получать изображения внутренних органов, но и оценивать их функцию и метаболизм. Таким образом, при помощи позитронной томографии удается выявлять болезнь на самом раннем этапе, еще до проявления клинических симптомов.



**Е.М. Михайловская**

врач-рентгенолог,  
Военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург

## Задача хирургов – обеспечить профилактику рецидива

Рак ободочной кишки в 25%, по крайней мере, в нашей стране, выявляется как неотложный случай, т.е. с кровотечениями, со стриктурами или перфорациями. Если у этих пациентов довольно просто можно поставить диагноз, то остальные 75% довольно трудны для диагностики. В настоящий момент в большинстве случаев у нас не так много осложнений и неплохое качество жизни пациентов. В то же время мы знаем, что хирургическое вмешательство – единственный способ лечения больного. Поэтому наша задача как хирургов – обеспечить профилактику рецидива. В нашей специальности в течение уже длительного времени обсуждаются онкологические принципы. Во-первых, это касается бесконтактного метода, во-вторых, вопрос о том, сколько можно удалять, т.е. каковы границы резекции? При бесконтактном методе мы начинаем с легирования сосудов, а уже после этого мы мобилизуем кишечник. Идея заключается в том, чтобы опухолевые клетки не распространились, когда вы начинаете стимулировать кишечник. Правильно ли так подходить к этому вопросу? Это было изучено в большом рандомизированном исследовании, проведенном в Голландии, результаты которого были опубликованы 20 лет назад. Всего было обследовано 236 пациентов, по числу осложнений не

было показано никакого различия в обеих группах, не было различия и в выживаемости.

Данные говорят в пользу бесконтактного метода. Хирургу очень важно выучить тот или иной метод, и как только врач осваивает его – он должен применять его, поскольку пока не доказано, что этот метод является худшим. По поводу границ резекции некоторые считают, что чем больше резекция, тем лучше. Данных, которые можно использовать в виде доказательств, мало, поскольку не было проведено рандомизированных исследований по границам резекции. Несмотря на это, есть работа, проведенная в Японии, в которой оценивалась резекция кишечника, и в зависимости от размера опухоли можно было оценить риск поражения лимфоузлов, идущих вдоль кишечника. Сначала нужно исследовать лимфоузлы, а потом уже решать, насколько высоким должно быть легирование сосудов. Данные показывают, что нужно идти достаточно глубоко и необходимо легировать крупные сосуды. Возможно, все заключается в сверхстадировании, но, подходя близко к аорте, можно обнаружить больше лимфоузлов, а такая реакция лимфоидной ткани говорит о распространенности заболевания, и вряд ли такому пациенту поможет расширенная лимфодектамия.



**Л. Палман**

профессор, президент  
Европейского общества  
по колопроктологии,  
Швеция

# на Красной площади «Колоректальный рак»

## Расширение возможностей комбинированных методов лечения колоректального рака

Обладая более чем 30-летним опытом лечения рака прямой кишки и подводя периодический анализ результатов, мы пришли к заключению, что практически за 25-30 лет не получено улучшения результатов хирургического метода лечения рака прямой кишки. Ситуация является стабильной не только в нашей клинике, но и во многих крупных клиниках России. Несмотря на то, что послеоперационная летальность в нашей клинике была снижена менее чем на 2%, выживаемость пациентов не превышает 50% в результате возникновения частых локо-регионарных рецидивов. Основным методом лечения рака данной локализации является хирургический и комбинированный методы. За прошедшие 20 лет были сделаны определенные сдвиги в сторону расширения возможностей комбинированных методов лечения. Если в 1996 году на долю комбинированных методов лечения приходилось менее 20%, то через 20 лет этот показатель увеличился до 31%. Следует отметить, что это является определенным сдвигом в направлении ведущих клиник России, где основным методом начинают преобладать именно комбинированный метод лечения. Поэтому не случайно в 2004 году Совет по злокачественным новообразованиям на своем заседании определил стадии приоритетных направлений, разработку патогенетических основ комбинированного комплексного лечения больных со злокачественными новообразованиями. Прежде чем выбрать тот или иной метод лечения, необходимо было решить два принципиально важных вопроса. Первый вопрос состоял в выборе варианта комбинированного лечения, что

присоединить к этому методу — лучевую или лекарственную терапию? Вторым вопросом было, в какой последовательности предоперационно или послеоперационно проводить терапию. В основе национальной программы, применимой в комплексном лечении, по нашему мнению, должен быть заложен анализ показаний прогрессии в пользу выполнения радикальных оперативных вмешательств. В этом контексте нами изучено более 400 больных, которые подверглись радикальному оперативному вмешательству. Анализ показал, что 30% больных, радикально оперированных по поводу рака прямой кишки, погибли от прогрессируемого опухолевого процесса. Причем среди этих больных 43% погибает от локо-регионарных рецидивов, 26% — от метастазов, 20% — от сочетания локо-регионарных рецидивов и отдаленных метастазов. Таким образом, у 64% больных с прогрессированием опухолевого процесса причиной смерти являются локо-регионарные рецидивы. А у 47% — отдаленные метастазы. Поэтому осуществляя контроль над формами прогрессируемого опухолевого процесса, можно реально рассчитывать на улучшение отдаленных результатов. Среди методов локального контроля наиболее эффективным является лучевая терапия. Применение лучевой терапии как метода локального контроля направлено на возможность пользоваться результатами предоперационного учета, сочетание пред- и послеоперационного учета терапии, и послеоперационной терапии в адьювантном режиме.



**Ю.А. Барсуков**

Профессор, заведующий хирургическим отделением проктологии, РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

## В России рак толстой кишки занимает III место среди всех онкологических заболеваний

Ежегодно в мире колоректальным раком заболевает более 600 тыс. людей и 300 тыс. умирают от этого заболевания. За последние 10 лет общая онкологическая заболеваемость в России увеличилась на 13,7%. В 1995 году новые случаи заболевания составили 412500, и 469200 случаев — в 2005 году. В структуре смертности злокачественные образования занимают третье место (12,4%) после болезней сердечно-сосудистой системы (56,4%), а также травм и отравлений (13%). В США, по данным 1995 года, смертность от рака толстой кишки была в 3,9 раза выше, чем от рака желудка. В 1999 году в США колоректальный рак вышел на I-ое место, а в Европе — на II-ое после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин. В России и странах СНГ, как и во всем мире, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком толстой кишки, которая колеблется от 2,3% в странах Средней Азии до 16,3% — в Карелии и странах Балтии. В среднем заболеваемость по России составляет 11,6% на 100 тыс. населения. В то время как общий показатель заболеваемости злокачественными образованиями в России за последние 10 лет вырос на 13,7%, в Москве за последние 15 лет рак толстой кишки вырос с 10,2% до 17 ультрамилей, что составляет прирост 68,8%. По статистическим данным, в 2001 году в России рак толстой кишки занимал третье место среди всех онкологических заболеваний. У 81% больных при первичной регистрации установлена III-IV стадия заболевания. К сожалению, эти показатели не имеют

тенденций к снижению. Радикальному хирургическому лечению подвергается 42-43% больных. Смертность среди вновь выявляемых больных колоректальным раком на первом году колеблется от 45 до 60%. По клинической классификации мы разделяем локализованные формы, такие, как опухоль T1, T2, запущенный рак — T3, опухоль, прорастающая кишечную стенку, а также имеющая метастазы, и распространенный рак — опухоли T4, которые бывают местнораспространенными и генерализованными. Согласно международной классификации индекс T4 характеризует опухоль, врастающую в висцеральный жир или непосредственно распространяющуюся на соседние органы и структуры, при отсутствии микроскопического подтверждения врастания в соседние органы опухоль, характеризуется как T3. На основании этой международной классификации мы под местнораспространенным раком кишки подразумеваем неподвижные или ограниченно подвижные опухоли с символом T4, не имеющие отдаленных метастазов M0, циркулярно обхватывающие и прорастающие все стенки прямой кишки с включением в опухолевый процесс соседних органов и тканей и при возможном образовании свищей или гнойных полостей. Для выполнения хирургической операции в радикальном объеме при таких опухолях требуется расширение стандартного объема операции путем одномоментного моноблочного удаления близлежащих структур или резекция органов, прорастающих опухолью прямой кишки.



**В.Ф. Царюк**

д.м.н., профессор, отделение проктологии, РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва