

ОНКОЛОГИЯ

УДК: 616-006.04-08-039.75

РАК ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ: ФАКТОРЫ РИСКА

А.И. Покусаев, А.П. Петрушин, В.И. Соловьев

*Смоленский областной онкологический клинический диспансер,
ГОУ ВПО СГМА Росздрава*

Резюме

Истинную структуру аденомы не всегда возможно определить при эндоскопическом и клиническом обследовании, соответственно, сложно избрать адекватный способ хирургического лечения. Осложняющим обстоятельством при выборе адекватного способа хирургического лечения является отсутствие достоверных клинико-эндоскопических критериев стадии развития аденом, отсутствие достоверных клинических признаков малигнизации.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли дистального отдела толстой кишки как облигатные предраки, факторы риска.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в диагностике и хирургическом лечении доброкачественных опухолей дистального отдела толстой кишки, проблема этой патологии еще далека от своего окончательного разрешения. Особенное значение приобретает эта проблема в связи с возрастающей частотой рака дистального отдела толстой кишки.

Поэтому особо важным становится изучение факультативного и облигатного предраков прямой и ободочной кишок. Одиночные аденомы дистального отдела толстой кишки являются преимущественно факультативным предраком. Если в общей популяции европейского населения вероятность рака толстой кишки составляет 4%, то у больных с аденомами – 20%, т. е. в 5 раз выше (Садовничий В.А., 1977; Solomon C.H.L. 2002).

На основании клинических наблюдений отдельные авторы относят одиночные аденомы толстой кишки к группе облигатных предраков. Скудность клинической симптоматики одиночных аденом не позволяет судить о давности их возникновения. Диагноз устанавливается случайно – при специальных обследованиях по поводу других заболеваний толстой кишки или при профилактических осмотрах.

Осложняющим обстоятельством при выборе адекватного способа хирургического лечения является отсутствие достоверных клинико-эндоскопических критериев стадии развития аденом, отсутствие достоверных клинических признаков малигнизации. По сути дела, истинная морфологическая структура аденомы может быть определена лишь после ее удаления. Практически отсутствуют методы дополнительной диагностики, позволяющие судить о

радикальности проведенного вмешательства, темпа роста аденомы при рецидиве заболевания, степени ее малигнизации.

Истинную структуру аденомы не всегда возможно определить при эндоскопическом и клиническом обследовании, соответственно, сложно избрать адекватный способ хирургического лечения. Об этом свидетельствует значительный процент (9,83%) послеоперационной морфологической диагностики различной степени малигнизации. Следует подчеркнуть, что подобное уточнение диагноза до операции не повлияло бы на избранную тактику обследования, но, несомненно, способствовало бы выбору более адекватного метода хирургического удаления аденом. Представляют интерес морфологическая оценка иммунологического статуса, интенсивность васкуляризации стромы аденом, суммарная митотическая активность и процент патологических митозов.

В результате проведенных исследований установлено, что отмечается тенденция к увеличению заболеваемости тубулярными (железистыми) аденомами и, соответственно, уменьшению заболеваемости ворсинчатыми аденомами.

Клинические проявления аденом дистального отдела толстой кишки в нашем исследовании выражались в наличии более различного характера и патологических выделений из прямой кишки. Боли имели место у 30,8% больных: постоянные – у 12,5%, периодически возникающие – у 18,3%. Постоянный характер болей испытывали больные с аденомами более 3 см в диаметре. Жалобы на патологические выделения из прямой кишки предъявляли 32,5% боль-

ных: 19,6% – на выделения слизи во время акта дефекации, 9,8% – только крови, 3,1% – крови со слизью. Аденомы толстой кишки протекали бессимптомно у 36,7% больных. Это лишний раз подтверждает необходимость широких профилактических осмотров населения старше 50 лет.

Исходя из этого, мы провели исследование, направленное на изыскание качественно новых методов диагностики одиночных аденом, которые в сочетании с ранее известными позволяют выработать научно обоснованные показания к конкретному оперативному вмешательству и способствуют созданию эффективной программы диспансерного наблюдения за этим контингентом больных.

По нашим данным, отмечается увеличение возраста больных аденомами. Так, если в 1962–1977 годах пик заболеваемости приходился на возраст 51–60 лет, в 1990–1993 годах – на возраст 61–70 лет, то уже в 2000–2003 годах пик заболеваемости аденомами приходится на возраст более 70 лет. Нельзя исключать, что «старение» больных аденомами толстой кишки связано с изменением в питании (употребление более высококалорийных продуктов питания), урбанизацией населения, улучшения технологических возможностей в диагностике и лечении аденом (колоноскопия). Мужчины старше 50 лет в 1962–1977 годах составили 44,6%, в 1990–1993 годах – 83% и в 1999–2002 годах – 81,7%.

У женщин пик заболеваемости аденомами во всех трех периодах исследования приходится на более старший возраст, чем у мужчин. Так, в 1962–1977 гг. и в 1990–1993 гг. пик заболеваемости аденомами у женщин приходится на возраст 61–70 лет, а в 1999–2003 гг. – старше 70 лет.

По нашим данным, группу повышенного риска заболеваемости раком прямой кишки составили больные от 51 года до 60 лет. Этот возрастной контингент подлежит тщательному диспансерному наблюдению.

Важен вопрос о высоте расположения аденом от аноректальной линии и в анальном канале. По нашим данным, во всех трех периодах исследования аденомы чаще локализовались в прямой кишке (у 62,4% на расстоянии 7–16 см от уровня периаанальной кожи): в 1962–1977 годах – у 59,4%, в 1990–1993 годах – у 64,5% и в 1999–2002 годах – у 54,6% больных.

Одиночные аденомы в большинстве локализовались в прямой кишке (92,78% наблюдений), реже в сигмовидной (7,22% наблюдений).

Одиночные аденомы дистального отдела толстой кишки часто возникали и сочетались с указаниями на другие заболевания: в 4,9% случаев были анамnestические указания на дизентерию, в 12% выявлен колит различной этиологии. В 14,7% пациенты неоднократно лечились по поводу проктита и проктосигмоидита, в 21,4% больные страдали запорами. Поэтому есть

основание предполагать, что в большинстве случаев имелись предпосылки для возникновения аденом.

Клиническая картина заболевания складывалась из двух основных симптомов: более различной локализации (30,8%) и патологических выделений из прямой кишки во время акта дефекации (32,5%). Патологические выделения имели различный характер: слизь при дефекации – 9,6%, кровь – 9,8%, отмечен смешанный характер выделений (кровь + слизь) – у 3,1% больных. Наиболее патогномичными симптомами являлись боли различной интенсивности, достоверные для больных, имевших крупные одиночные аденомы диаметром более 3 см. Таким образом, только у 63,4% больных имелись признаки клинической манифестации.

Диаметр аденом был в пределах от 0,1 до 0,5 см у 51 (22,8%), от 0,6 до 0,9 см – у 93 (41,5%), от 1 до 1,9 см – у 52 (23,1%), от 2,0 – у 11 (4,9%), аденомы более 3,0 см обнаружены у 17 (7,6%) больных. Особое значение придавалось характеру основания аденом, исходя из того, что чем шире основание, тем вероятнее малигнизация. У 46,0% аденомы имели широкое основание, а у 54,0% – узкое.

Всем пациентам с одиночными аденомами дистального отдела толстой кишки предлагалось оперативное лечение, и при их согласии они оперировались, хотя длительное время в предлагаемой тактике и способах лечения одиночных аденом дистального отдела толстой кишки единой точки зрения не было. Одни считали, что удаление аденом нецелесообразно, а показано лишь динамическое наблюдение, если речь идет о пациентах пожилого возраста, имеющих множество сопутствующих заболеваний. Риск оперативного вмешательства в такой ситуации намного больше, нежели опасность раковой трансформации аденом. В последнее время на фоне достижений хирургии, эндоскопии, анестезиологии значительным большинством хирургов разделяется мнение о необходимости удаления аденом.

Трудностями при выборе адекватного способа хирургического лечения являются: во-первых, практически полное неведение об истинной морфологической структуре этих, с общепринятой точки зрения, доброкачественных новообразований; во-вторых, при обнаружении малигнизации встает тактический вопрос: оперировать повторно или ограничиться динамическим наблюдением? Поэтому возникает необходимость разработки дополнительных факторов прогноза и риска малигнизации аденом у этого контингента больных.

В лечении аденом отдавалось предпочтение эндоскопическому удалению аденом с использованием электрокоагуляции, а также трансанальному иссечению аденом с последующей электрокоагуляцией его основания. Удаление аденом с электрокоагуляцией применялось при небольших аденомах, имеющих

узкое основание. В этих случаях трудно давать морфологическую оценку аденомам, так как длительное электровоздействие иногда приводит к «сжиганию» аденомы.

В послеоперационном периоде больные находились под постоянным динамическим наблюдением: в первый год консультативные осмотры и обследование в условиях поликлиники осуществлялись 4 раза; во второй год – 2 раза и в последующем – 1 раз в год, но больные были предупреждены о том, что при малейшем дискомфорте нужно обращаться к оперирующему врачу, не дожидаясь назначенного срока явки в поликлинику.

В процессе наблюдения при ректоскопическом обследовании выявлено у 24,2% больных такие сопутствующие заболевания, как проктит, проктосигмоидит, колит.

У больных аденомами с различной степенью дисплазии эпителия рецидивы заболевания возникают в 3 раза чаще, чем у больных аденомами доброкачественного морфологического строения.

Основными неблагоприятными критериями в послеоперационном периоде являются рецидив аденом и малигнизация их эпителиальных структур.

По нашим данным, «возврат» аденом – как с малигнизацией, так и без нее – встречался в 4 раза чаще в случае простого иссечения аденом, нежели при иссечении аденом с электрокоагуляцией основания.

У 16 больных (16,2%) после удаления аденом повторно выявлены опухоли в дистальном отделе толстой кишки, в том числе у 9 (9,1%) – аденомы без явлений дисплазии, а у 7 (7,1%) – с разной степенью дисплазии.

Ретроспективный анализ историй болезни наших больных свидетельствует о том, что ни у одного из них не было ни интраоперационных осложнений, независимо от вида операции, ни осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Только в отдельных наблюдениях было зарегистрировано повышение температуры тела до субфебрильной после электрокоагуляции аденом диаметром более 2 см. Эти явления мы связываем с большой площадью электротравмы стенки толстой кишки.

В плане прогноза возможного рецидивирования аденом дистального отдела толстой кишки предпочтительно производить удаление их с электрокоагуляцией основания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрушин А.П. Прогнозирование результатов хирургического лечения аденом дистального отдела толстой кишки: Автореф. дисс. ... к-та мед. наук. – Смоленск, 2004. – 261 с.
2. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии – М.; из-во «Медпрактика». – 2001. – 300 с.
3. Asano T. Dietary fibre for the prevention of colorectal adenomas and carcinomas // Cochrane Database Syst. Rev. – 2002. – N2. – CD003430.
4. Beech D. Familial adenomatous polyposis: a case report and review of the literature // J Natl Med Assoc 2001 Jun; 93(6):208-13.