

ЛИТЕРАТУРА

1. Волченко Н.Н., Савостинова М.В. Иммуноцитохимия, как новый метод в онкоцитологии / Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая 2004 г. — В 2 ч. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — Ч. 1. С. 111–112.
2. Поляков С.М., Левин Л.Ф., Шебеко Н.Г. Злокачественные заболевания в Беларуси 1995–2004; под ред. А.А. Граковича, И.В. Залуцкого. — Мн.: БЕЛЦМТ, 2005. — 179 с.
3. Напалков Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования / Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая 2004 г. В 2 ч. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — Ч. 1. — С. 15–23.
4. Пожарисский К.М., Леенман Е.Е. Прогностическое и предсказательное значение иммуногистохимических маркеров при онкологических заболеваниях / Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая 2004 г. В 2 ч. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — Ч. 1. — С. 113–116.

Поступила 06.03.2006

УДК 616-053.31-084-097

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

О.А. Теслова., Е.И. Барановская, С.В. Жаворонок

Гомельский государственный медицинский университет

В литературном обзоре приводятся результаты исследований зарубежных авторов по проблеме перинатальной передачи вируса иммунодефицита человека, рассмотрены методики снижения риска передачи ВИЧ от матери плоду.

Ключевые слова: ВИЧ, беременность, перинатальное инфицирование, антиретровирусная профилактика, кесарево сечение.

METHODS OF REDUCING THE PERINATAL TRANSMISSION IN NEWBORNS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

O.A. Teslova, A.I. Baranouskaya, S.V. Zhavoronok

Gomel State Medical University

The references review the results of research made by foreign scientists in a problem of perinatal transmission of Human Immunodeficiency Virus, methods of reducing the risk of HIV transmission from mother to child were observed.

Key words: HIV, pregnancy, perinatal transmission, antiretroviral prophylactics, caesarean section.

По оценкам мировой статистики в 2005 году от 4,2 до 6,3 миллионов человек заразились ВИЧ. Всего за годы эпидемии умерло более 20 миллионов человек [6]. Эпидемия остается динамичной, нарастающей и меняющейся по своему характеру. Даже на уровне страны, как правило, отмечаются широкие колебания уровня инфицирования между районами, а также между городским и сельским населением. Несмотря на сохраняющееся первенство стран Африки по численности ВИЧ-инфицированных, за последний год самые высокие темпы прироста числа ВИЧ-инфицированных зафиксированы в

странах Восточной Европы и Центральной Азии — на 25% от численности за предыдущий год [16]. Самыми пострадавшими странами постсоветского пространства являются Россия, Украина, Казахстан, страны Балтии и Беларусь. В России, по статистическим данным, насчитывается около 303 тысяч диагностированных ВИЧ-инфицированных, расчетный показатель на порядок превышает число зарегистрированных случаев — от 0,7 до 1,5 миллионов человек [3].

Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, численность ВИЧ-инфицированных составила на конец

2005 года 7014 человек. По прогнозам белорусской статистики, при сохраняющихся темпах роста заболевания общая численность ВИЧ-инфицированных в Беларуси достигнет показателя 10 тысяч человек к 2010 году.

В последние годы доля ВИЧ-инфицированных женщин постоянно увеличивалась. В 1997 году женщины составляли 41% от всего количества людей, живущих с ВИЧ; к 2004 году эта цифра увеличилась почти до 50%. Эта тенденция более всего заметна в районах, где доминирует гетеросексуальная передача ВИЧ. Было зафиксировано, что с 1997 по 2002 год рост гетеросексуальной передачи вируса составил 122% [6].

По данным Европейского региона ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, роль полового пути передачи многократно возрастает среди потребителей инъекционных наркотиков и их половых партнеров. В результате перехода эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в этап преобладания полового пути заражения в инфекционный процесс вовлекаются не только представители групп риска (инъекционные наркоманы, промискуитет, реципиенты донорской крови), а популяция в целом [2, 5].

Многие ВИЧ-инфицированные женщины узнают о наличии у них ВИЧ-инфекции, тестируясь впервые во время беременности. ВИЧ-инфицированные беременные представляют эпидемически значимую группу как из-за непосредственного увеличения общего числа ВИЧ-инфицированных, так и рождения детей, потенциально способных к реализации заболевания. Ребенок может заразиться от матери во время беременности — риск составляет 20–35%, родов — риск до 75% и при грудном вскармливании — риск до 44% [1, 5]. Эксперты ЮНИСЕФ указывают, что без проведения превентивных мероприятий 35% детей ВИЧ-инфицированных матерей приобретут от них ВИЧ.

Проблемы диспансеризации ВИЧ-инфицированных женщин многогранны, среди них такие, как:

- наблюдение за естественным протеканием инфекционного процесса и его индивидуальными особенностями;
- сроки и схемы антиретровирусной терапии (АРВТ);
- регулирование рождаемости методами контрацепции;
- планирование и реализация беременности;

— ведение женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

— антиретровирусная профилактика (АРВП) вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции;

— наблюдение за ВИЧ-экспонированными детьми.

Таким образом, эта проблема расширяет рамки инфектологии, становясь междисциплинарной: захватывает вопросы гинекологии, акушерства, перинатологии и педиатрии. Особенно актуальны вопросы профилактики заражения детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Снижение числа ВИЧ-инфицированных детей имеет не только эпидемическую эффективность (снижение общего числа ВИЧ-инфицированных), но и экономическую (лечения ВИЧ-инфекции — дорогостоящее, реализуется на основании государственной программы).

Значительно затрудняет диспансеризацию вновь выявленных ВИЧ-инфицированных беременных их низкий уровень социализации: они поздно становятся или совсем не становятся на диспансерный учет по беременности, наблюдаются нерегулярно. Нередко факт инфицирования устанавливается при поступлении в стационар для родоразрешения, где при обследовании по стандартам регистрируется положительный результат ИФА. Тестирование методом ИФА необследованных, не состоявших на диспансерном учете женщин позволяет выявить случаи ВИЧ-инфекции, но не предотвратить случаи заражения детей.

Факторы риска, повышающие вероятность заражения новорожденного от инфицированной ВИЧ матери, можно условно разделить на:

- обусловленные свойствами нативного вируса: его генотип, штамм, количество и лекарственная резистентность;
- обусловленные исходным состоянием женского организма: клиническое и иммунологическое состояние матери, статус питания, наличие инфекций, передаваемых половым путем;
- определяемые социальными характеристиками беременной: употребление наркотиков, алкоголя, курение, промискуитет (в том числе половые контакты во время беременности с ВИЧ-инфицированным мужчиной);
- младенческие: характер вскармливания в первый год жизни, терапия новорожденного антиретровирусными препаратами сразу после рождения;

— зависящие от способа, срока и особенностей родоразрешения, применяемых акушерских манипуляций, антиретровирусной профилактики во время беременности и в родах [1].

Неуправляемыми являются вирусные и материнские факторы, частично управляемыми — социальные. Точкой воздействия акушеров-гинекологов и неонатологов служат младенческие и акушерские факторы.

В акушерстве одним из факторов риска инфицирования ребенка является срок и способ родоразрешения ВИЧ-инфицированной беременной. Самым благоприятным является родоразрешение в физиологическом сроке, когда фетоплацентарный комплекс достигает полной зрелости. При перенесенной беременности плацента начинает «стареть», повышается вероятность трансплацентарного перехода вируса [1].

Риск заражения ребенка потенцируют преждевременные роды, особенно при преждевременном или раннем излитии околоплодных вод. К возникающим проблемам выхаживания недоношенного незрелого ребенка (неблагоприятен дистресс-синдром новорожденного) присоединяется риск восходящего инфицирования ВИЧ, содержащимся в вагинальном секрете.

Исследование 15 когорт, проведенное The International Perinatal HIV Group (1999), доказывает, что длительность безводного периода значима в риске перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции. Сравнивались пары «мать-ребенок», в родах которых безводный период составлял менее 1 часа, с парами, где промежуток между разрывом амниотических оболочек и рождением ребенка составлял от 1 до 4 часов. В первой группе инфицированных детей оказалось 11,7%, во второй — 13,5%. В данном исследовании также указывалось на то, что новорожденные с массой при рождении менее 2500 г, что соответствует критериям недоношенности, имели более высокие показатели инфицирования, чем дети с весом при рождении 2500 г и более [19].

По результатам исследования, проведенного Sheldon H. Landesman et al. (1996), риск инфицирования возрастает в 2 и более раз при длительности безводного промежутка 4 и более часов вне зависимости от способа родоразрешения. При проведении экстренного кесарева сечения после изли-

тия околоплодных вод не было выявлено достоверных различий по частоте инфицирования детей по сравнению с родоразрешением через естественные родовые пути, если безводный период составлял 4 часа и более. Был сделан вывод, что именно длительность безводного промежутка является определяющим фактором инфицирования новорожденных ВИЧ [17].

При родоразрешении беременных с ВИЧ-инфекцией путем планового кесарева сечения вероятность инфицирования ребенка снижается благодаря взаимодействию нескольких определяющих факторов: не происходит излития околоплодных вод и проникновения вируса в полость амниона из нижележащих половых путей, нет длительного контакта слизистых и кожи младенца с вагинальным содержимым и кровью, беременная к моменту операции полностью обследована, компенсированы сопутствующие заболевания, возможно проведение антиретровирусной профилактики во время родоразрешения. Представленные European Mode of Delivery Collaboration (1999) ретроспективные результаты изучения ВИЧ-инфицированных беременных, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, и рожденных ими детей показали, что лишь 1,8% детей, рожденных путем операции кесарева сечения, были ВИЧ-инфицированными по сравнению с 10,5% детей, рожденными через естественные родовые пути [18]. Аналогичные исследования показали, что кесарево сечение способствует снижению частоты вертикальной передачи ВИЧ вдвое [14, 19].

Предложена методика «гемостатического», или «сухого» кесарева сечения (2000) для снижения контакта ребенка с материнской кровью [2]. Особенности такого оперативного родоразрешения:

— использование продольного разреза передней брюшной стенки с тщательным лигированием кровотокающих сосудов;

— перед вскрытием матки в нижнем сегменте накладываются 4 поперечных гемостатических зажима;

— матка вскрывается в поперечном направлении между зажимами, края разреза обшиваются через зажимы для гемостаза, полость амниона не вскрывается;

— края разреза на матке обкладываются стерильными марлевыми салфетками,

операционная бригада меняет перчатки и инструментарий;

— вскрывается амнион, околоплодные воды удаляются электроотсосом;

— ребенок извлекается «сухим».

При применении этой методики увеличивается продолжительность этапа операции до извлечения плода. Чтобы избежать наркозной депрессии плода оперативное вмешательство производится под эпи- или перидуральной анестезией.

Для профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ использовались различные протоколы ведения беременных и рожениц. Эффективным и безопасным препаратом для монопрофилактики является зидовудин. Согласно протоколу ACTG 076 (Central Disease Control, 1994, США), профилактика зидовудином может быть начата с 14 по 34 неделе гестации по 100 мг 5 раз в сутки на протяжении всей беременности. Продолжается профилактика во время родоразрешения путем внутривенного введения препарата на протяжении 1-го часа 2 мг/кг веса, затем 1 мг/кг/час. Короткий курс профилактики подразумевает применение зидовудина перорально, начиная с 36 недель беременности по 300 мг 2 раза в день, а во время родоразрешения — по 300 мг каждые 3 часа до окончания родов [1, 5].

Для снижения риска передачи вируса иммунодефицита от матери к плоду в Беларуси регламентирован прием беременными азидотимидина (зидовудина, тимазида, ретровира) по двум схемам:

— начиная с 14–34 недель беременности по 100 мг 5 раз в сутки на протяжении всей беременности;

— начиная с 36 недель беременности по 300 мг 2 раза в сутки на протяжении всей беременности;

— в родах по 300 мг каждые 3 часа до окончания родов.

Экстренная медикаментозная профилактика проводится невирапином (вирамуном) от начала родовой деятельности перорально в дозе 200 мг однократно или за 4–6 часов до операции кесарева сечения [4].

Сочетание АРВП с родоразрешением путем операции кесарева сечения значительно снижает материнско-плодовую трансмиссию ВИЧ и улучшает перинатальные исходы. Trinh Duong et al. (1999) обследовали 800 детей, рожденных с 1993 по 1998 годы ВИЧ-

инфицированными матерями. Вертикально ВИЧ-инфекцию получили 19,6% детей, рожденных в 1993 году; этот показатель прогрессивно уменьшался и составил 2,2% к 1998 году благодаря двум главным причинам: с 1995 года широко стала использоваться АРВП; частота кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных беременных возросла от 40% до 62% к 1998 году. Было установлено, что кесарево сечение в сочетании с антиретровирусной профилактикой снижают вероятность инфицирования новорожденного с 31,6 до 4,2% [20].

Исследование 8533 пар «мать-дитя» провели Laura E.Riley and Michael F.Greene (1999), из них 4675 не получали антиретровирусных препаратов ни во время беременности, ни в родах, 1294 получили АРВП только в родах, остальные — полный курс профилактики в ante-, intra- и постнатальном периоде. Установлен факт, что использование кесарева сечения как метода родоразрешения ВИЧ-инфицированных беременных без применения АРВП привело к снижению инфицирования детей до 10,4% по сравнению с другими способами родоразрешения — 19,0%. Применение АРВП в сочетании с кесаревым сечением снижает риск инфицирования детей до 2% по сравнению с вагинальным родоразрешением — 7,3% [11]. Grosh-Worner et al. (2000) проводили анализ частоты вертикального заражения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями путем операции кесарева сечения с применением различных методик АРВП зидовудином. В группе АРВП инфицированных ВИЧ новорожденных диагностировано не было, в группе без АРВП инфицированных новорожденных было 12,6% [9].

В исследовании Brady et al. (2005) не было зафиксировано ни одного случая перинатального заражения ВИЧ, когда женщины получали АРВП во время беременности и некоторые в родах, а новорожденные — после рождения в течение 6 недель. Подавляющее большинство женщин были родоразрешены путем операции кесарева сечения [8]. M.Bernardon et al. (2005) родоразрешали ВИЧ-инфицированных женщин только посредством операции кесарева сечения, АРВП проводилась в индивидуальном режиме. Случай инфицирования новорожденного был единственным (4%) [12].

В исследовании J.S. Lambert et al. (2003) частота передачи ВИЧ от матери ребенку составила 0%. При этом беременные получали антиретровирусную профилактику зидовудином перорально с 20 недель беременности и во время родоразрешения. Рожденные ими дети получали перорально зидовудин в течение 6 недель с момента рождения. Родоразрешение проводилось как путем операции кесарева сечения, так и через естественные родовые пути, безводный период менее 4 часов был у 91,9% всех родоразрешенных [10].

Во многих странах мира ввиду социально-экономических причин проведение длительного курса АРВП, предложенного протоколом АСТГ 076, является неприемлемым. Для определения оптимальной длительности АРВП зидовудином проводились исследования, посвященные изучению взаимосвязей длительности профилактики зидовудином и инфицирования новорожденных.

Mark Lallemand et al. (2003) изучили эффективность различных методик антиретровирусной профилактики: с использованием длинного (с 28 недель беременности) или короткого (с 35 недель) курсов для матери и длинных (в течение 6 недель после рождения) и коротких (в течение 3 дней) — для новорожденного. Кесаревым сечением в плановом порядке было родоразрешено 44% женщин, по экстренным показаниям — 56%. Безводный период составил в среднем 0,7 часа. Установлено, что наиболее оправданными схемами являются длинные для матери и новорожденного (частота вертикальной трансмиссии ВИЧ составила 1,6%) по сравнению с короткими (частота — 5,1%), хотя и применение коротких режимов способствует снижению риска инфицирования новорожденного [13].

Эффективность АРВП увеличивается при использовании высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) для профилактики передачи вируса иммунодефицита от матери к плоду. ВААРТ включает применение нескольких антиретровирусных препаратов различных групп (нуклеозидных и нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, ингибиторов протеаз). При проведении ВААРТ вирусная нагрузка снижается до уровней, неопределяемых современными лабораторными методами, тем самым уменьшается риск инфицирования плода. Начало ВААРТ определяется временным фактором и связано с вероятностью эмбриотоксического

и тератогенного эффекта, препараты назначают после 12 недель беременности.

A. Kowalska et al. (2003) изучали эффективность различных схем ВААРТ с использованием ингибиторов протеаз и сравнивали их с монопрофилактикой зидовудином или с отсутствием профилактики. Было выявлено, что применение ВААРТ может потенцировать преждевременные роды, особенно если она начата до беременности или в первом триместре, но проведение ВААРТ способствует снижению риска инфицирования новорожденного до нуля по сравнению с монотерапией (8,8%) или с отсутствием профилактики (25%) независимо от способа родоразрешения [7].

В исследовании Paivi Lehtovirta et al. (2005), когда женщины получали ВААРТ с целью лечения до беременности или стартовали ВААРТ во время беременности, риск инфицирования новорожденного снизился до 1,5% вне зависимости от срока и способа родоразрешения [15].

На рисунке 1 представлено сравнение методик профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции.

Рисунок демонстрирует, что самый высокий риск передачи вируса иммунодефицита от матери ребенку — при родоразрешении через естественные родовые пути независимо от объема исследования, применения профилактических мероприятий или других факторов. Наименьший риск — при антиретровирусной профилактике и родоразрешении путем операции кесарева сечения.

Анализ приведенных данных указывает, что только путем совместных единовременных действий инфекционистов, акушеров-гинекологов, педиатров можно уменьшить риск инфицирования детей и стабилизировать прирост новых случаев заболеваемости и смертности детей от СПИДа. Главными условиями профилактики являются:

- раннее выявление ВИЧ-инфицированных беременных (до 12 недель беременности);
- раннее (с 14 недель беременности) начало высокоактивной антиретровирусной терапии во время беременности, продолжение ее во время родоразрешения;
- родоразрешение путем операции кесарева сечения, предпочтительнее гемостатического под спинальной анестезией;
- отказ от грудного вскармливания;
- антиретровирусная профилактика новорожденному с первых суток жизни.

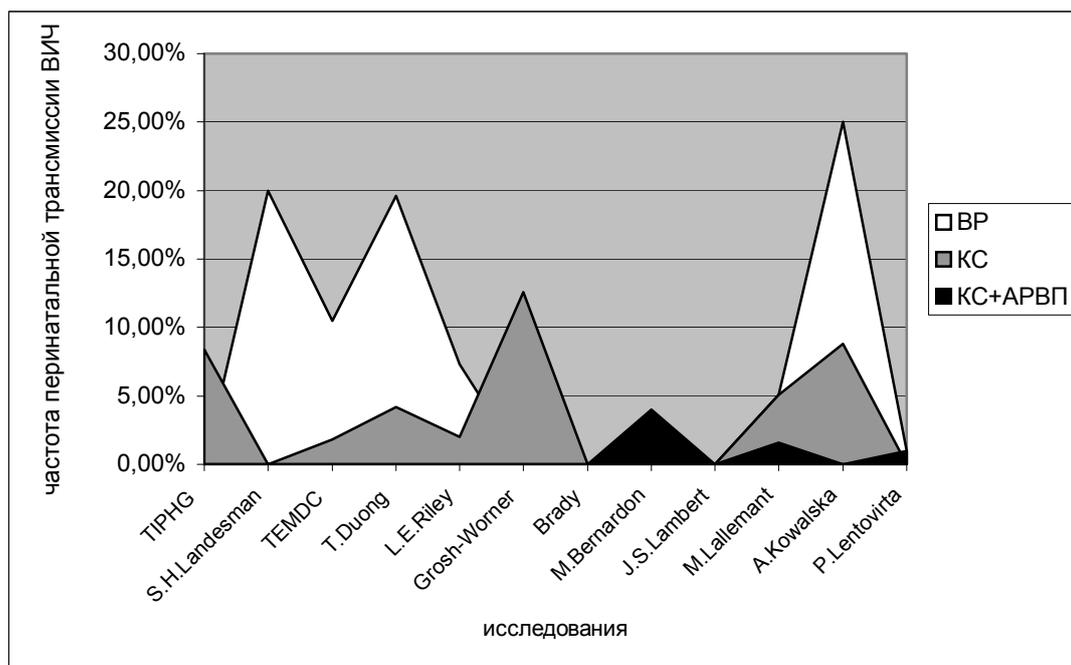


Рис. 1. Эффективность методов профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ

Примечание: ВР — вагинальные роды; КС — кесарево сечение; КС+АРВП — кесарево сечение с антиретровирусной профилактикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ при беременности: Объединенная программа организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу / ЮНЕЙДС/ВОЗ. — 1999. — 236 с.
2. Песареви М., Гермосид С., Терронес С. Гемостатическое кесарево сечение: новый хирургический метод родовспоможения для ВИЧ-инфицированных женщин. 13-я Международная конференция по СПИДу. [Электронный ресурс] — 2000. — Режим доступа: http://www.medadvocates.org/conferences/13th_AIDS_Durban/csection_hemo_po.html
3. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа. — М.: Медицина, 1996. — 246 с.
4. Приказ № 147 «Об утверждении перечня документов по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям». Министерство здравоохранения Республики Беларусь. — 2003. — 18 с.
5. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Пособие для медицинских работников. — М., 2004. — 36 с.
6. Эпидемия СПИДа: «глобальный обзор». Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004. ВОЗ, ЮНЕЙДС. [Электронный ресурс] — 2004. — Режим доступа: <http://www.unaids.com>
7. Kowalska A., Niemiec T., a El Midaoui et al. Effect of antiretroviral therapy on pregnancy outcome in HIV-1 positive women. // *Med Wieku Rozwoj.* — 2003. — Vol. 7, № 4. — P. 459–468.
8. Brady, Sophie K., Monteiro et al. A multi-district audit of the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission. // *International Journal of STD & AIDS.* — 2005. — Vol. 16, № 10. — P. 712–714.
9. Grosh-Worner, Ilse, Schafer et al. An effective and safe protocol involving zidovudine and caesarean section to reduce vertical transmission of HIV-1 infection // *AIDS.* — 2000. — Vol. 14, № 18. — P. 2903–2911.
10. Lambert J.S., Nogueira S.A., Abreu T. et al. A pilot study to evaluate the safety and feasibility of the administration of AZT/3TC fixed dose combination to HIV infected pregnant women and their infants in Rio de Janeiro, Brazil // *Sexually Transmitted Infections.* — 2003. — Vol. 79. — P. 448–452.
11. Riley Laura E., Greene Michael F. Elective Cesarean Delivery to Reduce the Transmission of HIV. // *New English Journal of Medicine.* — 1999. — Vol. 340, № 13. — P. 1032–1033.
12. Bernardon M., De Seta F., Maso G.P. et al. Pregnancy in HIV-positive women: 6 years of activity of the Regional Reference Center // *Minerva Gynecology.* — 2005. — Vol. 57, № 4. — P. 435–445.
13. Lallemant Mark, Jourdain Gonzague, Le Coeur Sophie et al. A Trial of Shortened Zidovudine Regimens to Prevent Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 // *New English Journal of Medicine.* — 2000. — Vol. 343. — P. 982–991.

14. Brocklehurst P. Interventions for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. // Cochrane Database Syst Rev. — 2002. — CD000102.
15. Lehtovirta Paivi, Skogberg Kirsi, Salo Eeva et al. Pregnancy outcome among HIV-infected women in the Helsinki metropolitan area // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. — 2005. — Vol. 84, № 10. — P. 945.
16. Press release EURO/19/04. Injecting drug use drives the HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe and central Asia. Over 80% of those infected are under 30. [Электронный ресурс] — 2004. — Режим доступа: <http://www.unaids.org/wad2004/report.html>.
17. Landesman Sheldon H., Kalish Leslie A., Burns David N. et al. Obstetrical Factors and the Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Child // New English Journal of Medicine. — 1996. — Vol. 334, № 25. — P. 1617–1623.
18. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial // The Lancet. — 1999. — Vol. 353, № 9158. — P. 1035–1039.
19. The International Perinatal HIV Group. The Mode of Delivery and the Risk of Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 — A Meta-Analysis of 15 Prospective Cohort Studies. // New English Journal of Medicine. — 1999. — Vol. 340, № 13. — P. 977–987.
20. Trinh Duong, A E Ades, Diana M. Gibb et al. Vertical transmission rates for HIV in the British Isles: estimates based on surveillance data // British Medical Journal. — 1999. — Vol. 319. — P. 1227–1229.

Поступила 23.02.2006

УДК 616.34

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МОРФОГЕНЕЗЕ, ОСОБЕННОСТЯХ ПРОГРЕССИИ, ПРОГНОЗЕ (литературный обзор)

С.Л. Ачинович, О.А. Голубев

Гомельский областной клинический онкологический диспансер
Гомельский государственный медицинский университет

Рак прямой кишки составляет от 4 до 6% по отношению ко всем злокачественным новообразованиям человека. Во многих индустриально развитых странах отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки. В обзоре представлены современные представления о патологической анатомии, морфогенезе и прогнозе данной опухоли, показаны перспективы изучения паренхиматозного и стромального компонентов рака прямой кишки для уточнения прогноза жизни больных.

Ключевые слова: рак прямой кишки, морфогенез, прогноз

CANCER OF THE RECTUM: MODERN REPRESENTATIONS ABOUT MORPHOGENESIS, FEATURES OF THE PROGRESSION, THE PROGNOSIS (literary review)

S.L. Achinovich, O.A. Golubev

Gomel Regional Clinical Oncological Clinic
Gomel State Medical University

The cancer of rectum makes from 4 up to 6 % under the attitude(relation) to all malignant lesions the person. In many countries growth of disease by a cancer of rectum is marked. In the review modern representations about pathological anatomy are submitted, morphogenesis and the forecast of the given tumour, prospects of studying tumor cells and stromal components of a cancer of rectum for specification of the prognosis of life of patients are shown.

Key words: cancer of rectum, morphogenesis, prognosis.

Введение

Рак прямой кишки (РПК) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований человека и занимает важное место в структуре

онкологической заболеваемости. При этом наиболее значительные показатели заболеваемости РПК отмечаются в экономически развитых странах — США, Канаде, странах Западной Европы и России [11]. В США в