

размером опухоли и G ($p = 0,010$), наличием регионарных метастазов и количеством пораженных лимфатических узлов ($p = 0,001$), а также между IRS для РЭ и РП ($p = 0,001$) и 3 отрицательные связи — между возрастом и менструальным статусом ($p = 0,001$), G и IRS для РЭ ($p = 0,005$), G и IRS для РП ($p = 0,010$).

Анализируя характер корреляционных связей в группе пациенток с развившимся ранним прогрессирующим, можно отметить значительное уменьшение количества как прямых, так и обратных корреляционных связей. Такой характер зависимости (исчезновение корреляционных связей) характеризует нарушение закономерностей течения опухолевого процесса, отражает прогрессию заболевания и с высокой долей вероятности свидетельствует о возникновении прогрессирующего.

Заключение

Таким образом, по данным проведенного исследования определялась принципиальная разница в характере корреляционных связей между группами больных без прогрессирующего и с развившимся ранним прогрессирующим РМЖ. Характер корреляционных связей между клинико-морфологическими и иммуногистохимическими показателями имеет определенные закономерности, которые отражают особенности течения процесса канцерогенеза и потенциальную способность опухолевой ткани к прогрессирующему заболеванию. Прогрессирующее заболевание характеризуется значительным уменьшением количества корреляционных связей

между клинико-морфологическими и иммуногистохимическими характеристиками опухолевой ткани.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Поляков, С. М. Злокачественные новообразования в Беларуси 1995–2005 гг. / С. М. Поляков, Л. Ф. Левин, Н. Г. Шебеко; под ред. А. А. Граковича, И. В. Залуцкого. — Мн.: БЕЛЦМТ, 2006. — 194 с.
2. Трапезников, Н. Н. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / Н. Н. Трапезников, Е. М. Аксель. — М., 2001. — 72 с.
3. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Мн.: Зорны верасень, 2005. — 207 с.
4. Райхман, Я. Г. Комплексная оценка репродуктивного поведения и профилактики рака молочной железы / Я. Г. Райхман // Международный медицинский журнал [Электронный ресурс]. — 1999. — №№ 3–4. — Режим доступа: <http://medi.ru/doc/7790310.htm>. — Дата доступа: 15.03.2006.
5. Excess breast cancer risk and the role of parity, age at first childbirth and exposure to radiation in infancy / E. Holmberg [et al.] // Br. J. Cancer. — 2001. — № 85 (3). — P. 362–366.
6. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA 1 and BRCA 2 genes in breast cancer families / D. Ford [et al.] // Am. J. Hum. Genet. — 1998. — № 62. — P. 676–689.
7. Боровиков, В. СТАТИСТИКА. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов / В. Боровиков. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 688 с.
8. Волченко, Н. Н. Морфологические факторы прогноза при раке молочной железы: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.14 / Н. Н. Волченко. — М., 1998. — 39 с.
9. Ориновский, М. В. Молекулярно-биологические методы в оценке метастазирования и прогноза рака молочной железы: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.14 / М. В. Ориновский. — М., 2003. — 54 с.
11. Погодина, Е. М. Лечение и факторы прогноза при раке молочной железы II Б стадии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.14 / Е. М. Погодина. — М., 2001. — 45 с.
12. Путьерский, Л. А. Рак молочной железы / Л. А. Путьерский. — Мн.: Выш. шк., 1998. — 156 с.

Поступила 30.06.2008

УДК 616.34-006:616-091.5-071

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

С. Л. Ачинович¹, Э. А. Надыров²

¹Гомельский областной клинический онкологический диспансер

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

Проведен анализ медицинской документации больных, умерших от рака прямой и ободочной кишки в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере. Установлено, что наиболее частой причиной смерти больных колоректальным раком является тромбоэмболия легочных артерий и гнойные осложнения.

Ключевые слова: рак прямой кишки, рак ободочной кишки, аутопсии, клинический анализ, морфологический анализ.

THE CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF THE COLORECTAL CARCINOMA ON DATA AUTOPSY

S. L. Achinovich¹, E. A. Nadyrov²

¹Gomel Regional Oncological Clinical Dispensary

²Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

The analysis of the medical documentation of the patients died of the colorectal carcinoma in the Gomel regional oncological clinical dispensary is carried out. It is established, that the most often reasons of death is pulmonary thromboembolism and pyogenic complications.

Key words: rectum carcinoma, colon carcinoma, autopsy, clinical analysis, morphological analysis.

Введение

Колоректальный рак (КРР) является одной из актуальных проблем в онкологии. В США КРР занимает второе место в структуре женской онкологической заболеваемости, уступая лишь раку молочной железы, и третье место в структуре мужской заболеваемости после рака предстательной железы и легкого. За последние 20 лет КРР переместился в структуре онкозаболеваемости населения Российской Федерации с 6 на 4 место и в настоящее время уступает лишь раку легкого, желудка и молочной железы [1, 3]. В промышленно развитых странах карцинома ободочной кишки регистрируется с частотой 20–37 случаев заболевания на 100 тыс. человек в год [4]. По данным Белорусского канцеррегистра, в структуре онкозаболеваемости всего населения рак прямой кишки (РПК) в 2006 г. составил 4,7% среди мужского населения и 4,6% — среди женского. В то же время в структуре онкозаболеваемости всего населения рак ободочной кишки (РОК) составил 5,0% [5]. В течение последних десятилетий в Республике Беларусь отмечается постоянный рост заболеваемости КРР, которая составила на 100 тыс. населения для РПК в 1980 г. и в 2002 г. — 8,9 и 16,8 соответственно, а для РОК — 6,5 и 17,3 соответственно. С 1976 по 2000 гг. заболеваемость РПК в Беларуси увеличилась в 2,3 раза, РОК — в 2,8 раза. Заболеваемость РОК в Гомельской области в 2006 г. составила 22,4 на 100 тыс., РПК — 19,6. Смертность от злокачественных новообразований ободочной кишки в 1997 и 2006 гг. составила 9,8 и 10,4, а прямой кишки — 11,4 и 10,3 на 100 тыс. населения. В структуре смертности от злокачественных новообразований в 2000 г. у мужчин РПК занял 3 место (после рака легких и желудка), у женщин — 4 место (после рака молочной железы, желудка и яичников) [3, 4, 5]. Своевременность диагностики КРР практически не изменилась. Процент радикально оперированных больных РОК в 1985 г. и в 2000 г. составил 43,9 и 46,1, РПК — 32,4 и 36,3. Об эффективности применяемых методов лечения свидетельствует увеличение числа больных злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза. Удельный вес больных РПК, наблюдающихся 5 лет и более, составил в 1990 г. 34,5%, в 2000 г. — 44,2%, РОК — 41,0 и 48,2% соответственно [3]. Для РПК в отличие от РОК характерны перанальные кровотечения преимущественно небольшой интенсивности в 80% случаев. Симптомы кишечной непроходимости, иногда в сочетании с

перфорацией или массивным кровотечением при РОК в зависимости от локализации, встречаются в 20–40%, а при РПК — лишь в 1,4–4,2% случаев. Отдаленные метастазы после первичной радикальной операции выявляются при КРР чаще всего в печени (59–66%). Для РОК характерна диссеминация по брюшине (25%), бронхопультмональные метастазы (17%) и отдаленные метастазы в нерегионарные лимфоузлы (16%). При РПК легкие вовлекаются в метастатический процесс в 26% случаев [4, 7]. Среди прогностических факторов при РПК большая роль в настоящее время отводится глубине опухолевой инвазии и вовлечению в процесс регионарных лимфатических узлов [1, 6].

Материалы и методы

Произведен анализ медицинской документации 134 пациентов, умерших от КРР и подвергавшихся аутопсии в патологоанатомическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера за период с 1986 по 2006 гг. В 66 случаях (49,3%) был выявлен РПК, в 68 (50,7%) — РОК. При РПК средний возраст составил $64,8 \pm 4,9$ лет, соотношение м : ж = 1,1:1. Преобладали пациенты в возрастной группе старше 50–59 лет, что составило (89,4%). При РОК средний возраст составил $64,4 \pm 5,8$ лет, соотношение м:ж = 1,2 : 1. Преобладали больные в возрасте старше 50–62 лет (91,2%). При РПК опухоли локализовались в нижнеампулярном отделе прямой кишки в 9 случаях (13,6%), в среднеампулярном — в 21 (31,8%), в верхнеампулярном — в 13 (19,7%), одновременное вовлечение нескольких отделов прямой кишки наблюдалось в 13 случаях (19,7%). Новообразования у больных РОК чаще локализовались в правой половине толстого кишечника — 42 случая (61,8%), в левой половине — 26 случаев (38,2%). По частоте встречаемости в различных отделах опухоли располагались следующим образом: слепая кишка — 5 случаев (7,4%), восходящая ободочная кишка — 8 (11,8%), печеночный изгиб ободочной кишки — 8 (11,8%), поперечная ободочная кишка — 4 (5,9%), селезеночный изгиб ободочной кишки — 12 (17,6%), нисходящая ободочная кишка — 7 (10,3%), сигмовидная ободочная кишка — 21 (30,8%). В 3 случаях (4,4%) новообразование распространялось на несколько отделов (восходящая ободочная кишка и печеночный изгиб ободочной кишки, слепая кишка и восходящая ободочная кишка, слепая кишка и червеобразный отросток). При изучении степени злокачественности (таблица 1) установлено, что при РПК чаще встречались более высокодифференцированные формы рака: grade 1 — в 7 случаях (10,6%), grade 2 — в 44 (66,7%), grade

3 — в 15 (22,7%). В то же время при РОК опухолей с дифференцировкой соответствующей grade 1 обнаружено не было, опухоли grade 2

были выявлены в 41 случае (60,3%), низкодифференцированные варианты grade 3 определялись в 27 случаях (39,7%).

Таблица 1 — Гистологическая степень злокачественности КРР

Степень злокачественности	РПК		РОК		χ^2 P = 0,03
	абс. число	%	абс. число	%	
I–II	51	78,3	41	60,3	
III	15	22,7	27	39,7	

При гистологическом исследовании РПК реже встречались такие агрессивные варианты рака, как муцинозная аденокарцинома и солидно-скirroзная аденокарцинома — 10 случаев (15,7%), тогда как при РОК данные вари-

анты были выявлены в 26 случаях (38,2%). Гистологические варианты КРР представлены в таблице 2.

В таблице 3 представлены данные о непосредственных причинах смерти при КРР.

Таблица 2 — Гистологические варианты КРР

Гистологический вариант	РПК		РОК		$\chi^2(p)$
	абс.	%	абс.	%	
Тубулярно-криброзная аденокарцинома	52	77,3	42	61,8	0,051
Солидно-скirroзная аденокарцинома	6	9,1	17	25,0	0,015
Муцинозная аденокарцинома	4	6,1	9	13,2	0,161
Перстневидноклеточная аденокарцинома	2	3,0	0	0	0,463
Мелкоклеточный рак	1	1,5	0	0	0,988
Недифференцированный рак	1	1,5	0	0	0,988

Таблица 3 — Причины смерти при КРР

Причины смерти	РПК		РОК		$\chi^2(p)$
	абс.	%	абс.	%	
Легочно-сердечная недостаточность	4	6,1	2	3,9	0,404
Перитонит	12	18,2	26	38,2	0,010
Сепсис	5	7,6	6	8,8	0,793
Флегмона брюшной стенки	2	3,0	3	4,4	0,673
Пневмония	2	3,0	1	1,5	0,989
Тромбоэмболия легочных артерий	17	25,8	8	11,8	0,038
Тромбоз брюшной аорты и мезентериальных сосудов	3	4,5	0	0	0,232
Кровотечение	4	6,1	4	6,1	0,965
Кахексия	4	6,1	5	7,4	0,765
Острая почечная недостаточность	0	0	1	1,5	0,988
Хроническая почечная недостаточность	2	3	2	3	0,633
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	7	10,5	3	4,4	0,173
Острый инфаркт миокарда	2	3	2	3	0,633
Кровоизлияние в мозг	0	0	1	1,5	0,988
Ишемический инфаркт мозга	1	1,5	1	1,5	0,489
Печеночно-почечная недостаточность	0	0	1	1,5	0,988
Острая коронарная недостаточность	1	1,5	2	3	0,979

Из непосредственных причин смерти в 2 группах пациентов при РПК значимо чаще встречалась тромбоэмболия легочных артерий — 17 случаев (25,8%), при РОК — перитонит в 26 случаях (38,2%). При РПК тромбоэмболические осложнения встретились в 20 случаях (30,3%), из них ТЭЛА — 17 (25,8%), тромбоз мезенте-

риальных сосудов — 2 (3%), тромбоз брюшной аорты — 1 (1,5%). Из данной группы осложнений при РОК встретилась только тромбоэмболия легочных артерий в 8 случаях (11,8%). При РОК чаще встречались гнойно-септические осложнения — 36 случаев (52,9%), из них перитонит — 26 (38,2%), сепсис — 6 (8,8%), флег-

мона брюшной стенки — 3 (4,4%), пневмония — 1 (1,5%). При РПК гнойно-септические осложнения встречались реже — в 21 случае (31,8%), из них перитонит — 12 (18,2%), сепсис — 5 (7,7%), флегмона брюшной стенки — 2 (3%),

пневмония — 2 (4,5%). Причины смерти больных РПК и РОК в группах пациентов, подвергавшихся соответственно радикальному или паллиативному лечению, представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4 — Причины смерти больных КРР после радикального лечения

Причины смерти	РПК		РОК		χ^2 (p)
	абс.	%	абс.	%	
Тромбоэмболия легочных артерий	12	25,5	4	10,0	0,062
Тромбоз брыжеечных сосудов	2	4,3	0	0	0,547
Кровотечение	2	4,3	2	5,0	0,728
Перитонит	8	17,0	16	40,0	0,017
Флегмона брюшной стенки	1	2,1	3	7,5	0,633
Пневмония	2	4,3	2	5,0	0,633
Сепсис	4	8,5	4	10,0	0,965
Кахексия на фоне прогрессирования рака	2	4,3	0	0	0,463
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	5	10,6	2	5,0	0,569
Острый инфаркт миокарда	3	6,4	2	5,0	0,973
Острая коронарная недостаточность	1	2,1	0	0	0,988
Ишемический инфаркт мозга	1	2,1	1	2,5	0,489
Кровоизлияние в мозг	0	0	1	2,5	0,988
Легочно-сердечная недостаточность	2	4,3	0	0	0,547
Почечная недостаточность	2	4,3	2	5,0	0,633
Печеночно-почечная недостаточность	0	0	1	2,5	0,988
Всего	47	100	40	100	

Таблица 5 — Причины смерти больных КРР после паллиативного лечения

Причины смерти	РПК		РОК		χ^2 (p)
	абс.	%	абс.	%	
Тромбоэмболия легочных артерий	5	26,3	4	14,3	0,515
Тромбоз брюшной аорты	1	5,3	0	0	0,844
Кровотечение	1	5,3	2	7,2	0,727
Перитонит	4	21,1	10	35,7	0,281
Флегмона брюшной стенки	1	5,3	0	0	0,843
Пневмония	1	5,3	0	0	0,843
Сепсис	1	5,3	2	7,2	0,727
Кахексия на фоне прогрессирования рака	3	15,8	5	17,9	0,833
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	2	10,5	1	3,6	0,727
Хроническая почечная недостаточность	0	0	1	3,6	0,844
Легочно-сердечная недостаточность	0	0	1	3,6	0,844
Острая коронарная недостаточность	0	0	2	7,2	0,649

Как видно из таблицы 4, наиболее частой причиной смерти больных РОК и РПК после радикального лечения являлся перитонит ($p = 0,017$). На втором месте среди причин смерти у больных РПК после радикального лечения встречалась ТЭЛА, но статистическая значимость данного фактора оставалась на уровне тенденции ($p = 0,062$).

В 3 случаях (4,4%) у больных РОК развился вторичный амилоидоз с поражением почек, селезенки и других органов и осложнившийся развитием почечной недостаточности. В то же время у пациентов РПК амилоидоз не опреде-

лялся. При РОК в 21 случае (30,9%) выявлялись распространенные опухоли 3–4 стадии, а при РПК только в 16 случаях (24,2%).

При изучении особенностей метастазирования установлено, что отдаленными метастазами чаще поражалась печень: РПК — 6 случаев (9,1%), РОК — 12 (17,6%). У больных, страдавших РОК, определялись метастазы в легкие — 4 (5,9%) и плевру — 1 (1,5%), в то же время у пациентов, страдавших РПК, распространения опухоли на легкие и плевру выявлено не было. При РОК неопластическая диссеминация по брюшине была обнаружена в 6 случаях (8,8%),

вовлечение сальника — 5 (7,4%), при РПК соответственно — 1 (1,5) и 1 (1,5%), что согласуется с клиническими данными [7]. При РПК чаще поражались яичники — 5 случаев (7,6%), чем при РОК — 2 (2,9%).

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) при РПК были выявлены в 6 случаях (9,1%) и еще в 2 случаях (3,0%) определялись мультифокальные опухоли — сочетание РПК и РОК. Во всех случаях имело место сочетание 2 ПМЗО. В 2 случаях (3%) РПК сочетался с неэпителиальными злокачественными опухолями, соответственно, лейомиосаркома матки и лейомиосаркома желудка. В 4 случаях (6,1%) определялось сочетание эпителиальных опухолей. В 4 (6,1%) случаях ПМЗО были синхронные, в 2 (3%) — метасинхронные. В 1 случае (1,5%) было сочетание РПК и рака желудка, в 2 случаях (3%) — сочетание РПК и рака поджелудочной железы, в 1 случае (1,5%) — сочетание РПК и рака молочной железы. ПМЗО при РОК были выявлены в 7 случаях (10,3%) и еще в 1 случае (1,5%) были обнаружены две мультифокальные аденокарциномы в ободочной кишке. В 2 случаях (3%) ПМЗО при РОК были синхронные, в 5 случаях (7,4%) при РОК были метасинхронные. В 6 случаях (8,8%) определялось сочетание 2 ПМЗО. В 1 случае (1,5%) имело место сочетание четырех ПМЗО и одной доброкачественной опухоли (рак слепой кишки, рак тела матки, рак желудка, базалиома кожи носа, неврилеммома паравертебрального пространства). В 2 случаях (3%) имело место сочетание РОК с неэпителиальными новообразованиями (лейомиосаркома желудка и хронический лимфолейкоз). В 5 случаях (7,4%) определялось сочетание эпителиальных опухолей. В 1 случае (1,5%) было сочетание РОК и рака предстательной железы, в 1 случае (1,5%) — сочетание РОК и рака мочевого пузыря, в 1 случае (1,5%) — РОК и лейомиосаркомы желудка, в 1 случае (1,5%) — РОК и рака щитовидной железы, в 1 случае (1,5%) — РОК и хронического лимфолейкоза, в 1 случае — РОК и рака желудка. Различные доброкачественные опухоли были обнаружены при РПК в 18 случаях (27,3%), а при РОК — в 16 (23,5%). В 4 случаях (6,1%) РПК сочетался с аденоматозными полипами (АП) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в 2 случаях (3,0%) — с АП сигмовидной ободочной кишки, в 1 случае (1,5%) — с АП поперечной ободочной кишки, в 1 случае (1,5%) — с АП желудка и в 1 случае (1,5%) определялся аденоматозный полипоз ободочной кишки. В 5 случаях (7,4%) РОК сочетался с АП ЖКТ: в 1 случае (1,5%) — с тубулярно-ворсинчатой аденомой прямой кишки, в 1 случае (1,5%) —

с АП восходящей ободочной кишки, в 1 случае (1,5%) — с АП желудка, в 2 случаях (2,9%) — с аденоматозным полипозом ободочной кишки. РПК сочетался с хроническим колитом в 2 случаях (3,0%). РОК сочетался с хроническим колитом в 3 случаях (4,4%), в том числе в 1 случае (1,5%) с неспецифическим язвенным колитом. Из сопутствующих заболеваний при РПК и РОК чаще встречалась ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз, соответственно — 35 (53%) и 40 (58,8%). На втором месте по частоте из сопутствующих заболеваний при РПК и РОК встречался коллоидный зуб, соответственно — 25 (37,9%) и 20 (29,4%). Заболевания легких чаще встречались при РОК — 19 случаев (27,9%), из них: хронический бронхит — 17 (25%), бронхиальная астма — 1 (1,5%), очаговый туберкулез легких — 1 (1,5%). При РПК сопутствующие заболевания легких встретились в 13 случаях (19,7%), из них: хронический бронхит — 7 (10,6%) очаговый туберкулез — 3 (4,5%), большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза — 3 (4,5%). Ожирение встречалось при РПК в 14 случаях (21,2%), а при РОК — в 10 (14,7%).

Хронический калькулезный холецистит был выявлен при РПК в 13 случаях (19,7%), а при РОК в 5 (7,4%). Артериальная гипертензия была выявлена при РПК в 8 случаях (12,1%), а при РОК — в 7 (10,3%). Сопутствующие заболевания почек при РПК встретились в 10 случаях (15,2%), из них: хронический пиелонефрит — 7 (10,6%), туберкулез почки — 1 (1,5%), поликистоз почек — 1 (1,5%). Сопутствующие заболевания почек при РОК встретились в 3 случаях (4,4%), из них: хронический пиелонефрит — 2 (2,9%), поликистоз почек — 1 (1,5%).

Выводы

1. Более высокая степень злокачественности значимо чаще определяется при РОК ($p = 0,03$).
2. Перитонит является наиболее частой причиной смерти при РОК в сравнении с РПК ($p = 0,01$).
3. Аденокарциномы солидно-скirroзного строения значимо чаще встречаются при РОК ($p = 0,014$).
4. Наличие при РОК агрессивных в клиническом плане опухолей солидно-скirroзного строения со сниженной дифференцировкой может служить фактором неблагоприятного прогноза.
5. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости разработки новых методов своевременной диагностики и лечения колоректального рака, а также его осложнений и сопутствующих заболеваний.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Диагностика и лечение рака прямой кишки: современное состояние проблемы / Л. А. Вашакмадзе [и др.] // Рос. онкол. журнал. — 1999. — № 6. — С. 47–54.

2. Залуцкий, И. В. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / И. В. Залуцкий // Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований; под ред. И. В. Залуцкого, Э. А. Жаврида. — Мн., 2007. — Гл. 11. — С. 129–138.

3. Кохнюк, В. Т. Колоректальный рак в Республике Беларусь: заболеваемость, смертность, диагностика / В. Т. Кохнюк, И. В. Ануфреенок // III съезд онкологов и радиологов СНГ: Материалы съезда, Минск, 25–28 мая 2004 г.: в 2 ч. — Мн., 2004. — Ч. 1. — С. 231.

4. Напалков, Н. П. Демографический процесс и злокачественные новообразования / Н. П. Напалков // III съезд онкологов

и радиологов СНГ: материалы съезда, Минск, 25–28 мая 2004 г.: в 2 ч. — Мн., 2004. — Ч. 1. — С. 15–30.

5. Злокачественные новообразования в Беларуси 1997–2006 / С. М. Поляков [и др.] // Злокачественные новообразования в Беларуси 1997–2006: сб. статистич. / БЕЛЦМТ; под ред. А. А. Граковича, И. В. Залуцкого. — Мн., 2007. — С. 43–58.

6. Prognostic significans of clinical and pathomorphological factors in colorectal cancer: a uni — and multivariate analysis / B. Szynglarewicz [et al.] // Pol. Merkurusz Lek. — 2004. — Vol. 17. — P. 586–589.

7. Remmele, W. Kolorektale Tumoren / W. Remmele // Pathologie, Verdauungstrakt / W. Remmele. — Berlin, 1995. — Bd. 2. — P. 630–674.

Поступила 01.08.2008

УДК 616.34-006-071-089.17

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

С. Л. Ачинович¹, Э. А. Надыров²

¹Гомельский областной клинический онкологический диспансер

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

Изучены взаимосвязи между клинико-морфологическими и иммуногистохимическими параметрами у больных раком прямой кишки II–III стадии после предоперационной лучевой терапии. Показано значение иммуногистохимических маркеров, отражающих показатели местного иммунитета в опухолевой ткани, а также маркеров пролиферации и апоптоза для прогноза заболевания.

Ключевые слова: рак прямой кишки, иммуногистохимические маркеры, прогноз.

PROGNOSTIC IMPORTANCE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE CANCER OF RECTUM

S. L. Achinovich¹, E. A. Nadyrov²

¹Gomel Regional Clinical Oncological Dispensary

²Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

We researched correlations between morphological characteristics and immunohistochemical factors of prognosis of the cancer of rectum 2–3 stadium after preoperative radiation therapy. Correlative dependencies between apart prognostic factors were estimated. Prognostic importance of immunogistochemical markers of proliferation and apoptosis and local immunity was revealed.

Key words: cancer, rectum, radiation therapy, factors of prognosis.

Введение

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время занимает в структуре онкологических заболеваний в экономически развитых стран мира одно из первых мест. Рак ректосигмоидной области составляет более 50% всех КРР [5]. В последние десятилетия в Республике Беларусь отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки (РПК). В 1993 году заболеваемость РПК здесь составила 13,7 на 100 тыс. жителей, а в 2002 году — 16,8. В структуре онкологической заболеваемости всего населения в 2002 году РПК составил 4,8%. В Гомельской области заболеваемость РПК для всего населения в 2006 году составила 19,6 на 100 тыс. жителей [4]. В

2005 году в Республике Беларусь РПК заболело 1334 человека: 658 мужчин и 676 женщин. Из вновь выявленных больных у 172 пациентов (12,9%) была установлена I стадия заболевания, у 685 (51,3%) — II [3]. Значительная часть больных уже при первичном обращении имеют местнораспространенный характер заболевания. Применение в этих условиях изолированного хирургического лечения дает большое число (10–20%) местных и регионарных рецидивов [1]. Лучевая терапия как компонент комбинированного лечения больных РПК показана, если опухоль распространяется за пределы мышечной оболочки кишечной стенки и/или при имеющихся метастазах в регионарных лимфати-