

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ I- III СТАДИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ачинович С.Л., Надыров Э.А., Пригожая Т.И., Нитиш В.Э., Бондаренко В.М.,
Леонков А.Л.

*УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»,
ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии
человека»*

Введение. Среди клиничко-морфологических факторов, которые оказывают влияние на прогноз заболевания при РПК, важную роль играет стадия заболевания по системе TNM, а также отдельно взятые категории T и N, степень дифференцировки G, продольный размер опухоли (ПРО), локализация опухоли (ЛО), возраст [1, 2]. В то же время по данным Mrak K и сотрудников, не было получено достоверных различий между категорией T и выживаемостью при колоректальном раке (КРР) [3]. В исследовании Chen S.L. и сотрудников подчеркивалась необходимость дальнейшего изучения роли метастазов в регионарные лимфатические узлы (ЛУ) в прогнозе КРР[4].

Целью нашего исследования явилось изучение некоторых клиничко-морфологических факторов прогноза при раке прямой кишки (РПК) I-III-й стадии после радикального лечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 154 случая рака прямой кишки (РПК) I-III-й стадии, выявленные у жителей Гомельской области в 1996–2002 гг. и подвергнутые радикальному лечению в ГОКОД. В 64 случаях исследовался операционный материал РПК I-III-й стадии после комбинированного лечения (КЛ): предоперационная лучевая терапия с суммарной дозой на очаг и зону регионарного метастазирования 25 Гр. Операцию проводили через 1–3 дня после окончания лучевой терапии.

Исследовались также 90 случаев РПК I-III-й стадии после хирургического лечения (ХЛ). Все пациенты находились в возрасте от 40 до 70 лет. Медиана возраста составила 63,0 (58,0–67,0) лет. Соотношение между мужчинами и женщинами – 1,3/1,0. Из исследования исключались пациенты, умершие от послеоперационных осложнений (в течение 1-го месяца после проведенной операции). Распространенность опухолевого процесса и гистологическая верификация оценивалась в соответствии с классификацией ВОЗ (2000г.). Распространенность опухолевого процесса оценивалась в соответствии с pTNM 7-го пересмотра 2009 г. В исследование были включены только опухоли, имеющие гистологическое строение аденокарциномы. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы STATISTICA 6.0. Сравнительный анализ между группами проводился с использованием методов

N	0	24	43,6	74	75,0	<0,001	2,2 (1,5-3,4)
	1a-2a	31	56,4	25	25,0		
G	1	0	0	4	4,0	0,326	-
	2	35	63,6	84	85,0	0,005	3,3 (1,7-6,3)
	3	20	36,4	11	11,0	<0,001	
ЛО	в/3 ПК	14	25,5	43	43,0	0,041	0,6 (0,4-1,0)
	с/3 ПК	20	36,4	42	42,0	0,573	0,9 (0,6-1,3)
	н/3 ПК	21	38,1	14	14,0	0,001	2,7 (1,5-4,9)
Возраст	≤ 55 лет	6	14,5	13	13,0	1,0	1,0 (0,9-1,1)
	> 55 лет	47	85,5	86	87,0		

Как видно из таблицы 1, в группе пациентов проживших до 3-х лет преобладали новообразования с ПРО более 4см – 53 случая (96,4%), чаще наблюдалась СПО в стенку ПК, соответствующая Т4 – 21 случай (38,2%); метастазы в регионарных ЛУ (N1a-2a) были выявлены в 31 случае (56,4%), чаще выявлялась умеренная СД, соответствующая G2 – 35 случаев (63,3%). Локализация опухоли в нижней трети ПК наблюдалась в 21 случае (38,1%); реже всего опухоль локализовалась в верхней трети ПК – 14 случаев – (25,5%). Пациенты в возрасте 55 лет и старше были выявлены в 47 случаях (85,5%).

В группе пациентов, проживших более 3-х лет, преобладали новообразования с ПРО менее 4 см – 54 случая, что составило 55,0%, реже наблюдалась СПО в стенку ПК соответствующая Т4 – 8 случаев (8,0%), чаще отмечалось отсутствие регионарного метастазирования (N0) – 74 больных (75,0%). Метастазы в регионарных ЛУ (N1a-2a) были выявлены в 25 случаях (25,0%). Умеренная СД (G2) наблюдалась в 84 случаях (85,0%). Опухоль чаще определялась в верхней трети ПК и наблюдалась в 43 случаях (43,0%); пациенты в возрасте 55 лет и старше были выявлены в 86 случаях (87,0%).

Выводы:

1. Факторами риска неблагоприятного исхода заболевания являются: продольный размер опухоли более 4-х см – (ОР=2,1 (1,7-2,6), $p<0,001$), прорастание опухолью стенки ПК, соответствующее Т4 – (ОР=4,7 (2,2-9,9), $p<0,001$), наличие метастазов в регионарных ЛУ (N1a-2a) – (ОР=2,2 (1,5-3,4), $p<0,001$).

2. Для уточнения влияния других клинико-морфологических факторов на прогноз при РПК необходимы дальнейшие исследования.

Литература:

1. Swedish rectal cancer trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate / J. Folkesson [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2005. – Vol. 23. – P. 5644–5650.

2. Survival of patients with colorectal cancer in Austria by sex, age, and stage / G. Haidinger [et al.] // Wien Med. Wochenschr. – 2006. – Vol. 156. – P. 549–551.

3. Influence of pT3 subgroups on outcome of R0-resected colorectal tumors / K. Mrak [et al.] // South. Med. J. – 2011. – Vol. 104. – P. 722–730.
4. Lymph node ratio as a quality and prognostic indicator in stage III colon cancer / S.L. Chen [et al.] // Ann. Surg. – 2011. – Vol. 253. – P. 82–87.