

Колоректальный рак. Некоторые вопросы диагностики и лечения

Появление современных технологий обусловило новый уровень объективной диагностики колоректального рака (КРР), однако при этом сохраняется тенденция поздней диагностики данной патологии в популяции.

Рост заболеваемости КРР (во многих странах эта патология занимает 2-3-е место в структуре онкологической заболеваемости населения) и смертности от него побуждает к поиску путей улучшения исходов заболевания [2, 10].

Основную долю (93-95%) составляет спорадический рак. В поисках причин возникновения наследственного спорадического рака толстой кишки внимание исследователей неизбежно обращается к вопросам влияния экзо- и эндогенных факторов. В настоящее время обсуждается место гормона мелатонина, который обладает способностью контролировать клеточное деление и ингибировать митоз клеток, вызывая задержку на стадии метафазы. Это дает основание считать, что мелатонин является природным онкостатическим нейрогормоном, предотвращающим неопластический рост. С учетом сказанного клинические исследования по изучению секреции этого препарата у онкологических больных приобретают особое значение и могут послужить основой для разработки дополнительных диагностических и прогностических маркеров при опухолевых заболеваниях [4-7, 9].

Прежде чем перейти к диагностике, несколько слов о стадиях и символах, с помощью которых определяют стадию. Т — символ, обозначающий глубину проникновения опухоли в стенку кишки или за ее пределы (соответственно T₁-T₄). По современной классификации, все процессы от T₂ до T₄ относятся ко II стадии, если не выявлены метастазы в лимфатических узлах или в отдаленных зонах. Получается, что всех больных со II стадией надо оценивать и лечить по одному стандарту, однако с такой позицией трудно согласиться. В случаях, когда опухоль проросла все слои стенки кишки или вышла за ее пределы (соответственно T₃ и T₄), диагностика оказывается запоздалой или поздней — к этому сроку опухоль уже может дать отсевы, то есть метастазы, пока не имеющие клинических проявлений.

Появление метастазов в параколической клетчатке в одном или нескольких регионарных лимфатических узлах на разной удаленности от опухоли соответственно обозначается символами N₁-N₃; это всегда III стадия заболевания.

Метастазирование по лимфатическим путям и кровеносному руслу находится в безусловной зависимости от глубины проникновения опухоли в ткани и агрессивности опухоли, которая определяется ее гистологической структурой.

Такая опасность чаще существует при эндодиффитном анаплазированной мелкоклеточном и перстневидноклеточном раке.

О IV стадии болезни свидетельствуют отсевы опухоли в любую отдаленную зону (M₁), распространение по брюшине [2, 3].

Клинический опыт показывает, что преобладает выявление заболевания в поздний период. У большинства пациентов болезнь диагностируют, когда проявляются ее осложнения — непроходимость кишечника, кровотечение, абсцедирование, отдаленные метастазы.

Сегодня у каждого 4-6-го больного КРР сначала выявляют метастазы опухоли в печени и только затем находят опухоль в толстой кишке, то есть во многих случаях метастазы рака в печени оказываются первым обнаруженным признаком первичной опухоли в кишке.

Тридцать лет назад диагностика «от противного» (от метастазов к первичной опухоли) была редкостью. И в этом не было повинно отсутствие ультразвукового исследования

(УЗИ) и других современных дорогостоящих методов объективной диагностики — тогда метастазы в печени не были столь частой даже интраоперационной находкой. Причина сложившейся в настоящее время ситуация иная: и изменившаяся социальная среда в стране, понизившая планку своевременной обращаемости и диагностики, и повторяющиеся стрессовые удары по иммунным системам больших популяций населения страны. По данным стационаров, более чем у 42-45% больных заболевание диагностируется в III-IV стадии, более чем у 70% — когда местное прорастание соответствует T₃-T₄.

Поздняя постановка диагноза зависит от ряда причин; среди них — малая симптоматика на ранних этапах болезни; маски банальных функциональных нарушений; поздняя обращаемость, в том числе вследствие невнимания пациента к появившейся симптоматике; недостаточная врачебная онкологическая настороженность и недооценка имеющейся у пациента симптоматики; отсутствие в лечебных учреждениях современных методик для ранней диагностики; недостаток медицинских кадров, а также отсутствие специальной диспансерной работы в группах риска.

Обеспеченность специальной диагностической аппаратурой значительно улучшилась за последние годы во многих лечебных учреждениях, однако все же резко отстает от фактической потребности (с учетом увеличившейся онкологической заболеваемости и возросших требований по объемам обследования). В то же время очевидно, что объективной диагностике должно предшествовать ее своевременное назначение.

Можно с уверенностью отметить, что более 50% успеха в лечении КРР обеспечивает доктор, к которому пациент обратился впервые и от которого зависит первичная диагностика. Именно на уровне начального врачебного звена начинаются серьезные потери. Вторая половина успеха — в руках тех, кто будет лечить. И если до этого не было сделано все возможное, теперь предстоит решать гораздо более сложные задачи, а суммарный итог всегда будет хуже.

За последние 3 десятилетия медицину вооружили невиданными ранее по эффективности методами объективной диагностики. Применение всего блока новых исследований, к которым относятся эндоскопия, УЗИ, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), вывело объективную диагностику на новый уровень. Однако приходится констатировать, что появление новых диагностических методов не улучшило показатели выявления болезни на ранних стадиях в популяции. Важно внимание к симптоматике, а также то, насколько своевременно, полноценно и в должном объеме осуществляется обследование пациента. И здесь по-прежнему основное место принадлежит врачу.

При всех стадиях КРР прежде всего рассматривается возможность применения хирургической операции как базового метода лечения. Вся остальная (предшествующая или последующая) терапия «наносится» на базовое лечение, а самостоятельным видом лечения становится только в случае, когда отвергается хирургический метод. В то же время ныне границы применения хирургической операции как единственного самостоятельного метода лечения значительно сузились. Уже при II стадии, когда первичная опухоль классифицируется как T₃-T₄, необходима комплексная терапия.

Теоретически зона отдельного хирургического лечения ограничена опухолями I и II стадии при T₂, однако в конкретной ситуации возникают ограничения, связанные

с особенностями состояния больного или материальной обеспеченностью лечебного учреждения, в частности оснащением операционных залов соответствующим оборудованием.

Новые технологии, новые аппараты, инструменты и приспособления продолжают активно наполнять рынок медицинской аппаратуры. Особенно большие перемены в классической хирургии связаны с видеоэндоскопической технологией, которая вызвала волну интенсивных поисков и создания совершенно новых, невозможных в недалеком прошлом предложений и решений. Определенный объем новых технологий становится постоянным атрибутом в классической абдоминальной хирургии, в том числе в хирургии КРР. Упомянем о появлении таких аппаратов, как УЗ-скальпель, новое поколение высокочастотной электроаппаратуры, плазменный и лазерный скальпели, новые сшивающие аппараты, аппараты для работы на тканях паренхиматозных органов.

Отдельная глава в хирургии последних 2 десятилетий и в хирургии КРР в частности — это появление лапароскопической хирургии. Эта удивительная новая технология произвела поистине революционные перемены во всей абдоминальной хирургии, и она же, как было упомянуто, направила инженерную мысль на разработку совершенно новых медико-инженерных технологий, которые входят как в лапароскопическую технологию, так и в классику.

По направленности и целям хирургической операции может быть:

- радикальной (полное удаление процесса при отсутствии отдаленных метастазов);
- условно радикальной (удаление первичной опухоли, местнораспространенной в клетчаточных пространствах, и/или опухоли и всех выявленных очагов распространения; эффективность таких операций порой удивляет не только по ближайшим, но и по отдаленным результатам);
- паллиативной (удаление первичного очага при оставлении других очагов распространения);
- циторедуктивной (вариант паллиативной — удаление первичного очага и части очагов генерализации, которые признано целесообразным ликвидировать). Такие операции улучшают состояние больного и открывают дополнительные возможности для комплексного лечения;
- симптоматической (вариант паллиативной; направлена на ликвидацию только симптомов или осложнений, непосредственно угрожающих жизни).

Поздняя диагностика заболевания оставляет все меньше места для выполнения типичных операций, увеличивая объем оперативного вмешательства. За последние 3 десятилетия резко возросла агрессивность хирургии при КРР как потребность удаления распространенных процессов. Полиорганные операции ныне выполняются у большого числа пациентов с распространенными процессами. Только в отдельных частных случаях складываются показания к выполнению ограниченных по объему, в том числе функционально выгодных, операций у больных при ранней постановке диагноза. Вынужденные в связи с распространением рака обширные операции составляют 20-23% [1, 8].

Говоря об очень важном и объемном разделе хирургии КРР — хирургии острых состояний, — следует отметить, что желанных перемен здесь не произошло: по-прежнему во многих случаях выбор операции неадекватен, сохраняется высокая послеоперационная летальность. Так, из всех больных КРР, поступающих в отделения общей хирургии, по скорой помощи доставляют 71-73%; летальность в этой группе приближается к 21-23%.

Комбинированное лечение КРР, которое включает операцию, лучевое и химиотерапевтическое лечение, позволило во многом

улучшить отдаленные результаты и стало обязательным в различных вариантах. Адьювантная химиотерапия дополняет радикальную (условно радикальную) хирургическую операцию и нацелена на терапию возможно имеющихся отсевов опухоли, находящихся в субклиническом состоянии; лечебная — как отдельный вид лечения или в сочетании с хирургической/лучевой терапией (специальные программы лечения отдаленных метастазов и генерализованных процессов).

Комплексное лечение метастазов является частью общей проблемы при КРР. Новой проблемой — лечением метастазов КРР в печени — вплотную занимаются онкологи, химиотерапевты. Три-четыре десятилетия назад при выявлении метастазов КРР в печени (даже небольших солитарных процессов) выносилось заключение о бесперспективности лечения пациента; операция могла завершиться лапаротомией даже без удаления первичной опухоли. Сегодня лечебные позиции выглядят совершенно иначе. Комплексность атаки на распространенный опухолевый процесс находит яркое выражение при наличии у пациента метастазов в печени (удаление первичной опухоли даже при обширных поражениях печени, удаление метастазов в печени, химиотерапия оставшихся очагов поражения в печени или адьювантное лечение после удаления всех обнаруженных метастазов; наконец, последующий контроль и при необходимости повторные хирургические операции или иные новые инвазивные вмешательства, направленные на деструкцию опухоли). Потребность в такой тактике и таких объемах лечения с годами возросла, с одной стороны, в связи с все большим числом выявляемых поражений печени, с другой — как следствие появления новых методов объективной диагностики и, конечно, новых методов лечения, новых технологий.

Изменилось ли что-нибудь в лечении КРР за последние десятилетия? Да, многое. Это касается концепций и объемов хирургических вмешательств, обеспечения новыми объективными методами диагностики, новыми медико-инженерными технологиями, эффективности химиотерапевтического лечения и комплексного лечения. Однако диагностика на уровне первого звена остается запоздалой и общие результаты лечения в популяции не улучшились.

Хотя все усилия и вложения в лечение колоректального рака делают возможным более эффективное лечение конкретного пациента при конкретном состоянии, в целом в популяции показатели 5-летней выживаемости и летальности в первый год после лечения не улучшились.

Поэтому подчеркнем еще раз, что не менее 50% успеха в лечении КРР зависят от первичной диагностики, остальное — от лечения, однако исправлять допущенные ранее просчеты сложнее, а суммарный итог будет хуже.

Литература

1. Александров В.Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии. — М.: Медпрактика, 2003.
2. Александров В.Б. Рак прямой кишки. — М.: Вузовская книга, 2006.
3. Гарин А.М. Рак толстой кишки. Современное состояние проблемы. — М.: ИЧП Фирма «Рича», 1998.
4. Мусатов С.А., Розенфельд С.В., Того Е.Ф. и соавт. Влияние мелатонина на мутагенность и противоопухолевый эффект цитостатиков у мышей // Вопр. онкол. — 1997; 43: 623-627.
5. Anisimov V. Carcinogenesis and aging. V. 2. Boca Raton, Florida: CRC Press. — 1987. — P. 148.
6. Anisimov V. Melatonin and colon carcinogenesis // In: C. Bartsch, H. Bartsch, D.E. Blask et al. (eds.). The pineal gland and cancer. Neuroimmunoenocrine mechanisms in malignancy. — Berlin: Springer. 2001. P. 240-258.
7. Barni S., Lissoni P., Paolorossi F. et al. A study of the pineal hormone melatonin as a second-line therapy in metastatic colorectal cancer resistant to fluorouracil plus folates // Tumor. — 1990; 76: 58-60.
8. Gall F., Tonak J., Altendorf A. Multivisceral resections in colorectal cancer // Dis. Colon. Rectum. — 1987; 304: 337-341.
9. Hill M. Metabolic epidemiology of dietary factors in large bowel cancer // Cane. Res. — 1975; 35: 3398-3402.
10. Kotake K. et al. Changes in Colorectal Cancer During a 20-year Period // Japan Dis. C&R. — 2003; 46: 32-43.