

# Колоректальний рак: опыт, идеи, разработки

**18-20 мая в г. Одессе при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной академии медицинских наук Украины, Ассоциации колопроктологов Украины, Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца и Одесского национального медицинского университета состоялся II съезд колопроктологов стран СНГ и III съезд колопроктологов Украины с участием колопроктологов стран Центральной и Восточной Европы.**

Приняв эстафету от узбекских коллег (I съезд колопроктологов стран СНГ состоялся в г. Ташкенте и объединил свыше 500 специалистов из стран СНГ, Европы и Азии), делегатов и гостей практически из всех государств постсоветского пространства встречала гостеприимная Одесса.

География мероприятия действительно поражала: в работе съезда приняли участие ученые из ведущих научных учреждений России (г. Москвы, Санкт-Петербурга, Белгорода, Красноярска, Новосибирска, Краснодара, Нижнего Новгорода, Уфы, Благовещенска, Самары, Волгограда, Ставрополя, Ростова-на-Дону); Беларуси (г. Минска и Витебска); Узбекистана (г. Ташкента), Казахстана (г. Алматы), Молдовы (г. Кишинева), Армении (г. Еревана), Азербайджана (г. Баку), а также авторитетные украинские специалисты практически из всех регионов страны (г. Киева, Харькова, Одессы, Днепрпетровска, Донецка, Львова, Ужгорода, Запорожья, Луцка, Хмельницкого, Винницы и др.).

В течение 3 дней специалисты имели возможность поделиться накопленным опытом, принять участие в интересных секциях «Хронические воспалительные заболевания кишечника», «Доброкачественные опухоли толстой кишки. Колоректальный рак», «Реконструктивно-восстановительная хирургия толстой кишки. Медицинская и социальная реабилитация больных со стомами», «Проблемы общей и неотложной колопроктологии», «Лапароскопические и миниинвазивные вмешательства в колопроктологии», «Современные проблемы хирургии органов малого таза и промежности», «Функциональные заболевания толстой кишки»; обсудить актуальные вопросы в рамках 2 круглых столов, посвященных стратегиям консервативного и хирургического лечения больных с язвенным колитом и болезнью Крона, а также современному состоянию оказания медицинской помощи больным колоректальным раком; всесторонне обсудить актуальные проблемы, достижения и дискуссионные вопросы современной колопроктологии с акцентом на сотрудничество и взаимодействие врачей различных специальностей. Хотелось отметить очень высокий уровень представленных докладов и активность участников (в рамках некоторых секций дискуссии продолжались даже после официального завершения).

В фокусе внимания как украинских, так и зарубежных исследователей находилась проблема колоректального рака (КРР).

## Состояние проблемы КРР в Украине

На достижениях и недоработках в области диагностики и лечения КРР в Украине остановился **заведующий отделом организации противораковой борьбы Национального института рака МЗ Украины, кандидат медицинских наук Андрей Владимирович Гайсенко** (г. Киев) (Доклад подготовлен совместно с **главным онкологом МЗ Украины, директором Национального института рака МЗ Украины, доктором медицинских наук, профессором Игорем Борисовичем Щепотиним**.) Выступающий отметил, что КРР, одна из наиболее актуальных проблем современной медицины, занимает 2-е место по частоте в структуре онкопатологии, уступая только раку легкого, а в ряде стран (Чехии, Словакии, Германии, Италии и др.) по количеству зарегистрированных случаев находится на лидирующей позиции. Что касается Украины, то КРР можно назвать «раком № 1» по количеству выявленных случаев заболевания и «раком № 2» по количеству случаев смерти. Подобная тенденция наблюдается с 2006 г. Следует подчеркнуть, что заболеваемость и смертность среди украинских мужчин выше, чем среди женщин; существенный рост заболеваемости отмечается среди пациентов старше 50 лет.

Наблюдается определенная географическая зависимость: более значимое повышение уровня заболеваемости отмечается в южных и восточных областях страны. 5-летняя выживаемость больных КРР в Украине составляет 32%, что значительно ниже средневропейского показателя. Вариабельность показателя годичной выживаемости в различных регионах страны небольшая (менее 10%), тогда как 5-летняя выживаемость колеблется от 14% в Тернопольской до 40% в Киевской областях. Сложившаяся ситуация требует оптимизации оказания медицинской помощи данной категории больных.

В настоящее время медицинской помощью охвачено приблизительно 70% пациентов с КРР, что, по мнению специалистов, является крайне неудовлетворительным показателем. Стандарты лечения данной категории пациентов регламентированы Унифицированным клиническим протоколом медицинской помощи больным раком толстой кишки (утвержден

приказом Министерства здравоохранения Украины от 29.04. 2011 г. № 247). В период с 2000 по 2004 год в Украине было зарегистрировано 90 540 больных КРР, из которых специализированное лечение получили только 57 667 (63,7%) пациентов. Наряду с этим наблюдается тенденция к увеличению количества проведенных в специализированных учреждениях радикальных хирургических вмешательств. Только оперативное лечение было проведено у 58,9% пациентов, в сочетании с химиотерапией – 18,6%, лучевой терапией – 13,5%, комбинированное применение 3 методов – у 9,1% пациентов (по данным Национального канцер-регистра). Анализ выживаемости пациентов свидетельствует, что и 1-летняя, и 5-летняя выживаемость больных, пролеченных в условиях специализированных стационаров, приблизительно на 10% выше соответствующих показателей у получавших лечение в учреждениях общей медицинской сети.

Докладчик акцентировал внимание на ряде упущений, выявленных по результатам аудита стандартов диагностики и лечения КРР в регионах Украины (24 области; 2008-2011 гг.): не выполняется эзофагогастродуоденоскопия, ирригоскопия; не проводится трансректальное ультразвуковое исследование (УЗИ) с целью предоперационной диагностики распространенности первичной опухоли; не используется компьютерная томография (КТ) для оценки распространенности процесса и эффективности неoadъювантного лечения; в большинстве учреждений общелечебной сети стадирование опухоли по системе TNM производится неправильно. Подобные пробелы в диагностике не могут не отразиться на качестве проводимой терапии: значительное количество больных не получают специализированного лечения; плановые и urgentные хирургические вмешательства осуществляются врачами, не имеющими соответствующей специализации; наблюдается недостаточное обеспечение отделений химиопрепаратами, лекарственными средствами для терапии сопровождения (для сравнения: в США на 1 жителя страны для проведения химиотерапии выделяется 38 евро, в Польше – 9 евро, в Украине – приблизительно 2 евро). По мнению ученых, причиной низких показателей выживаемости больных КРР являются прежде всего неэффективные профилактические мероприятия учреждений первичного и вторичного уровня оказания помощи, отсутствие государственной скрининговой программы, проведение терапии в недостаточном объеме, несоответствие лечения принятым стандартам.

Улучшить ситуацию может выполнение следующих мероприятий: следование стандартам и клиническим протоколам диагностики и лечения КРР, внедрение программы популяционного скрининга с использованием международного опыта; улучшение материально-технической

базы эндоскопических отделений и кабинетов, обеспечение функционирования смотровых кабинетов; выявление групп риска относительно КРР и диспансерный учет лиц из групп риска (для учреждений первичного и вторичного уровней оказания медицинской помощи); утверждение положения об обязательном лечении КРР в высокоспециализированных учреждениях, обеспечение выполнения стандартов и клинических протоколов; подготовка специалистов по специальности «Онкопроктология», мониторинг качества оказания медицинской помощи больным КРР (Национальный канцер-реестр) и регулярный аудит выполнения стандартов диагностики и лечения (для учреждений третичного уровня оказания помощи).

## Современные представления о роли прогностических факторов в лечении больных КРР

Данная тема изучалась группой российских ученых (ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург) и была освещена в докладе **старшего научного сотрудника хирургического отделения абдоминальной онкологии, заведующего курсом онкологии кафедры хирургии СПбГУ, доктора медицинских наук, профессора Игоря Витальевича Правосудова**. Он отметил, что значимым фактором развития местного рецидива является расстояние между опухолью и собственной фасцией прямой кишки (классификация по системе TNM не учитывает локализацию опухоли и ее отдаленность от собственной фасции, поэтому опухоли, классифицируемые как стадия T<sub>3</sub>, характеризуются различным риском развития рецидива и требуют различного подхода к лечению). Если расстояние от опухолевого очага до собственной фасции у пациентов с T<sub>3a</sub> стадией опухоли >1 мм, то прогноз классифицируют как неудовлетворительный; <1 мм или вращение у пациентов с T<sub>3b</sub> стадией опухоли – как критический. Согласно данным Merkel (2003), местный рецидив развился у 10,4% больных раком прямой кишки стадии T<sub>3a</sub> и 26,3% – T<sub>3b</sub>; 5-летняя выживаемость составила 85,4 и 54,1% соответственно.

Исследование количества метастатических лимфоузлов и определение уровня ракового эмбрионального антигена (РЭА) позволяют не только оценить качество проведенного лечения, но и являются независимыми прогностическими факторами. По данным Lindebjerg и соавт. (2009), при полном регрессе опухоли и отсутствии метастазов в лимфоузлах после проведения пролонгированного курса химиолучевой терапии выживаемость составляла 100%, при наличии метастазов – 60%. На отдаленные результаты терапии влиял и уровень РЭА: 3-летняя выживаемость у пациентов, уровень РЭА у которых до начала неoadъювантной химиолучевой терапии не превышал



3,5 нг/мл, составляла 94,7%; у больных с уровнем РЭА >3,5 нг/мл до начала терапии и ≤2,7/≥2,7 нг/мл после ее окончания — 88 и 52,6% соответственно.

И.В. Правосудов также подчеркнул, что краеугольным камнем при выборе лечебной тактики является локализация опухоли относительно собственной фасции прямой кишки.

#### Значение мутаций в гене K-ras в клиническом течении КРР

Данная проблематика была затронута в докладе **Анны Валерьевны Беляевой** (отделение проктологии и комбинированного лечения опухолей ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург).

Докладчик обратила внимание присутствующих на то, что спорадический КРР (более 90% всех случаев злокачественных опухолей толстой кишки — ТК) определяется мутациями, возникающими в процессе жизни. Ген K-ras является протоонкогеном, он кодирует одноименный белок, который играет важную роль в процессе деления и дифференцировки клеток. При мутации в гене K-ras теряется самостоятельная способность белка к инактивации (он постоянно запускает сигнал к делению клетки независимо от сигнала с рецепторов эпидермального фактора роста). Существование этого механизма определяет устойчивость к таргетным препаратам (цетуксимабу и панитумумабу). При «диком» типе гена K-ras они блокируют каскад делений, при мутации в данном гене подобный механизм отсутствует. Частота мутаций в гене K-ras колеблется в различных странах — от 27 (во Франции) до 53% (в Германии).

В рамках работы была проанализирована информация о 135 больных раком ТК (РТК); на основании этих данных частота мутации в РФ составила 37,8%. Определение мутаций в гене K-ras можно осуществлять путем исследования крови, кала и образцов опухоли (в работе использовался последний).

По наблюдениям российских ученых, совпадающих с данными литературы, наиболее часто мутации выявляются в 12-м и 13-м кодоне, редко — в 61-м и 146-м. Роль локализации мутации в настоящее время представляет собой предмет множества исследований. В некоторых испытаниях выявлено, что мутация в 13-м кодоне предопределяет лучший ответ на терапию иринотеканом, однако эти данные требуют дальнейшего изучения.

Результаты исследования взаимосвязи мутации в гене K-ras и факторов риска развития КРР довольно противоречивы. По данным А.В. Беляевой, указанная мутация чаще наблюдалась у женщин (почти в 50% случаев); отмечена прямая зависимость частоты мутации от возраста.

Анализ частоты мутации и онкологической заболеваемости в семье показал, что у пациентов с мутацией в гене K-ras семейный анамнез в отношении онкопатологии был отягощен гораздо реже. Также было выявлено, что мутации при опухоли в прямой кишке выявлялись в 2 раза чаще (в 42,4% случаев), чем при опухоли ободочной кишки (в 25% случаев).

Докладчик подчеркнула, что, по данным В.Д. Федорова (1987), вероятность озлокачествления полипов характеризуется прямой зависимостью от их размера и морфологической структуры; в исследовании Vogelstein и соавт. выявлено, что частота мутации в гене K-ras в аденомах размером <1 см составляет 9%, >1 см — 58%.

Также ученые сопоставили частоту мутации в злокачественных опухолях с таковой в синхронных доброкачественных новообразованиях ТК: было обнаружено, что у пациентов с мутацией частота развития полипов значительно выше по сравнению с таковой у больных с «диким» типом гена K-ras. Прослеживается подобная зависимость и в отношении частоты развития регионарных метастазов: у пациентов с мутацией в гене K-ras она составляет 44,2%, у больных с «диким» типом гена — 28,2% (вероятно, опухоли с мутацией K-ras более склонны к лимфогенному метастазированию); в то же время в отношении отдаленных метастазов достоверных различий не выявлено. По мнению исследователей, мутация в гене K-ras влияет только на местный рост опухолей.

Полученные данные имеют большое значение в практической деятельности: уже на диагностическом этапе можно предположить наличие микрометастазов в регионарных лимфатических узлах у пациентов с мутацией в гене K-ras и с учетом этого планировать лечение; кроме того, следует осуществлять более пристальное динамическое наблюдение за данной группой больных после проведенной терапии.

Следует отметить, что использовать данный метод как скрининговый нельзя.

#### Эндоскопия: вчера, сегодня, завтра

Эндоскопические методы исследования и возможности их применения при КРР попали в поле зрения сразу нескольких ученых.

**Кандидат медицинских наук Артем Владимирович Седнев** (Санкт-Петербургский научно-практический центр колопроктологии, РФ) охарактеризовал роль эндоскопических методов в хирургическом лечении РТК, подчеркнув, что в современных условиях их совершенствование является одним из наиболее актуальных направлений онкоколопроктологии. Наряду с необходимостью совершенствования технической базы эндоскопического оборудования следует решить ряд организационно-тактических вопросов, имеющих принципиальное значение, а именно: в каких учреждениях должны проводиться диагностические полипэктомии; могут ли эти вмешательства проводиться амбулаторно; в каких ситуациях необходимо проводить биопсию выявленных полипов, а когда сразу же удалять их; какой метод — эндоскопический или традиционное вмешательство — следует выбрать для удаления полипа?

Докладчик подчеркнул, что при удалении полипов во время эндоскопии следует оценивать размеры и характер роста, наличие и выраженность основания,

смещаемость относительно подслизистого слоя. В ходе анализа данных 930 пациентов (2139 полипэктомий) было выявлено, что малигнизация наблюдалась в 55 полипах у 48 больных (чаще у мужчин; в возрасте 60–75 лет; в полипах среднего размера; при локализации в сигмовидной кишке). В 93% случаев очаги озлокачествления были выявлены в верхушке полипа. После удаления полипов следует проводить эндоскопическое обследование (каждые 3 мес на протяжении 1-го года, каждые 6 — на протяжении 2-го, каждые 12 мес — на протяжении 3-го года) и определение уровня РЭА (1 раз в 3 мес на протяжении 1-го года, в дальнейшем — 1 раз в 6 мес).

На основании данных литературы и собственных наблюдений учеными был сформулирован тактический алгоритм лечения больных с малигнизированными полипами ТК: при отсутствии макроскопических признаков малигнизации в полипе следует выполнить эндоскопическую полипэктомию по типу тотальной биопсии, затем провести гистологическое исследование; при выявлении аденокарциномы интраэпителиальной локализации проводится динамическое наблюдение; если присутствует инвазивный рост аденокарциномы в подслизистый слой, показано проведение резекции ТК. Если при выявлении полипа наблюдаются отчетливые макроскопические признаки малигнизации, то следует провести исследование наиболее подозрительных участков и в случае выявления аденокарциномы провести оперативное вмешательство по принципам онкологии.

**Заведующий отделом клинической диагностики и отделением эндоскопии клиники ЛІСОД Сергей Валерьевич Музыка** (г. Киев) посвятил выступление возможностям современной эндоскопии при КРР. Он отметил, что эндоскопия КРР — это не только диагностика и биопсия, это и скрининг, и стадирование, и лечение, и профилактика.

Положительный результат любого из методов скрининга — показание к проведению колоноскопии; результаты исследований свидетельствуют, что проведение колоноскопии с эндоскопической полипэктомией приводит к снижению заболеваемости КРР на 66–90%. Докладчик подчеркнул, что перед проведением скрининговой колоноскопии требуется специальная подготовка пациента, и порекомендовал вместо фиброволоконных использовать видеоэндоскопы.

С.В. Музыка также остановился на проблеме неточностей в диагностике (по данным Henesbach и соавт. (2008), аденомы размером >5 мм не выявляют в 9% случаев, <5 мм — в 27%), акцентировав внимание присутствующих на том, что эффективность диагностики повышается при правильном проведении исследования (в частности, время извлечения колоноскопа из купола слепой кишки должно составлять как минимум 6 мин), и рассказал о новом для украинских врачей методе — аутофлуоресцентной эндоскопии (с использованием процессорной обработки изображения).

#### Современные принципы диагностики и лечения

Вопросам, касающимся тактики ведения пациентов с КРР, было посвящено выступление **академика НАМН Украины, Героя Украины, директора Донецкого областного противоопухолевого центра (ДОПЦ), заведующего кафедрой онкологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктора медицинских наук, профессора Григория Васильевича Бондаря**.

Заболеваемость РТК в Украине составляет 40 случаев на 100 тыс. населения; в структуре онкологических заболеваний данная патология уверенно входит в тройку лидеров.

Профессор Г.В. Бондарь поделился практическим опытом и отметил, что с 1967 по 2010 год в ДОПЦ было проведено 14 842 оперативных вмешательства по поводу РТК (8376 — по поводу рака прямой кишки и 6466 — по поводу рака ободочной кишки), резекции и восстановительные симптоматические операции были проведены в 76,6 и 23,4% и 83,1 и 16,9% случаев соответственно.

Он также подчеркнул, что в настоящее время приоритетными являются отказ от многоэтапности хирургических вмешательств в пользу первично-восстановительных операций, разработка новых вариантов комплексного лечения рака. Перспективное направление лечения рака ободочной и прямой кишки — неoadьювантная химиолучевая терапия с использованием крупных фракций, что позволяет повысить 5-летнюю выживаемость пациентов. Специальная программа химиолучевой терапии ограничено подвижных и иммобильных опухолей прямой кишки с использованием крупных фракций позволяет достичь резектабельного состояния в 54% случаев.

В другом докладе группы ученых из ДОПЦ (**Г.В. Бондаря, В.Х. Башеева, Н.Г. Семикоза, С.Э. Золотухина** и др.) рассматривались непосредственные результаты лечения больных КРР, осложненным прорастанием в мочевоу пузырь. Они отметили, что заболеваемость КРР в мире значительно варьирует (максимальная — 87,5 случая на 100 тыс. жителей — наблюдается в США, минимальная — 3,8 случая 100 тыс. — в Сенегале; в Украине данный показатель сопоставим со среднеевропейским — 40 случаев на 100 тыс.). В настоящее время количество больных КРР в Украине достигло 120 тыс. (в Донецкой области — 13 тыс.). В структуре осложненных форм рака на долю КРР приходится 32–35%, частота послеоперационных осложнений у данной категории больных составляет 38,6–80%, показатель ежегодной летальности — 16,3–52%. Чаще всего КРР осложняется кишечной непроходимостью, перифокальным воспалением (больные с этим осложнением представляют группу риска относительно прорастания опухоли в соседние органы), перфорацией, кровотечением, анемией. Частота прорастания опухоли в мочевоу пузырь составляет 30%.

Продолжение на стр. 34.



# Колоректальний рак: опыт, идеи, разработки

Продолжение. Начало на стр. 32.

Учеными были проанализированы данные 186 больных РТК, осложненным прорастанием в мочевой пузырь, получавших лечение в ДОПЦ с 1970 по 2006 г. (около 70% – мужчины, приблизительно 50% – пациенты пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией). У 59% больных опухоль локализовалась в ободочной, у 41% – в прямой кишке. Были выявлены и другие осложнения: в 25% случаев – частичная и полная кишечная непроходимость, в 36,6% – перифокальное воспаление (57 пациентам была проведена предоперационная эндолимфатическая антибактериальная терапия). В связи с повышенным риском образования свищей комбинированная терапия назначалась редко – всего в 9,7% случаев. При проведении резекций ТК и мочевого пузыря руководствовались следующими принципами: проводили мобилизацию ТК вместе с опухолью («чистый» этап); резекцию мочевого пузыря в едином блоке с ТК («грязный» этап); объем резекции мочевого пузыря определялся глубиной и площадью прорастания; линия резекции проходила минимально на 1,0-1,5 см от пальпируемого инфильтрата; проводили максимальное восстановление париетальной брюшины. У 20,9% вмешательства провели без вскрытия мочевого пузыря, в 79,1% – с резекцией стенки (4 пациентам были вынуждены провести гемирезекцию мочевого пузыря, 5 – удалить 2/3 его стенки). Завершающим этапом операции в 61,8% случаев являлось внутрибрюшное формирование анастомоза, в 28% – формирование колоректальных и колоанальных соустьев с низведением на промежность ободочной кишки,

в 10,2% – 1-2-стовольной стомы на передней брюшной стенке. Выполнены следующие вмешательства – правосторонняя гемиколэктомия (n=3), операция Микулича (n=3), операция Дюамеля (n=1), операция Гартмана (n=16), резекция сигмовидной кишки (n=99), чрезбрюшинная резекция (n=14), брюшнонаданальная резекция (n=5), брюшноанальная резекция (n=46). В 31,2% случаев, помимо резекции ТК и мочевого пузыря, была проведена резекция других органов. Первично-восстановительные операции выполнены в 89,8% случаев. Послеоперационные осложнения наблюдались у 22% пациентов, показатель летальности составил 5,3% (7 из 10 случаев смерти отмечены после паллиативных операций).

Ученые отметили, что разработанная активная тактика комбинированных первично-восстановительных и сфинктеросохраняющих резекций ТК и мочевого пузыря с применением дубликатурного анастомоза и низведением ободочной кишки на промежность позволила выполнить первично-восстановительные операции, сохранить естественный пассаж кишечного содержимого и целостность мочевыводящих путей в 89,8% случаев. 5-летняя выживаемость после радикальных вмешательств (2-3 стадия процесса) составляет 67%, после паллиативных (4 стадия рака) – 26,4%.

### Криодеструкция в лечении КРР с синхронными и метакронными метастазами в печени

С докладом, посвященным данной проблеме, выступил **Игорь Владимирович Шарапов (Одесский национальный медицинский университет, Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной**

**железы)**. Он подчеркнул, что приблизительно у 35% пациентов с КРР выявляют метастазы уже при первом обращении к специалисту.

Целью проведенной работы являлось улучшение результатов хирургического и комбинированного лечения больных с метастазами в печени путем применения открытой и лапароскопической криодеструкции. Был проведен ретроспективный анализ данных 85 пациентов с метастазами в печени, проходивших лечение в последние 5 лет. Они были разделены на 2 группы – с синхронными (n=42) и метакронными (n=54) метастазами; объем поражения I ст. по Gennari наблюдался у 36, II ст. – у 53, III ст. – у 7 больных. Пациентам с синхронными метастазами в печени проводили комбинированное лечение с использованием химиотерапии. В качестве альтернативы хирургическому вмешательству использовали криодеструкцию (наибольшее повреждение вызывает быстрое охлаждение со скоростью -100±10 °C в мин и медленное оттаивание со скоростью 20 °C в мин). Среди преимуществ метода – эффективное удаление метастатических очагов, отсутствие формирования грубого рубца, ограниченность очага деструкции, воспроизводимость, отсутствие негативного воздействия на организм, минимальный риск развития перифокального воспаления. Время воздействия при криодеструкции варьирует от 5 до 15 мин, при необходимости проводится повторный цикл. 32 из 54 пациентов с метакронными метастазами выполнена лапароскопическая, а 22 – открытая криодеструкция (во время реконструктивно-восстановительных операций).

Среди больных с синхронными метастазами умерли 9 пациентов, частота осложнений в раннем послеоперационном периоде среди пациентов, которым проводилось традиционное лечение, составила 19,5%, послеоперационная летальность – 12,2%; среди пациентов, перенесших криодеструкцию, – 13 и 2% соответственно. В группе больных, перенесших открытую криодеструкцию, летальных случаев не было. С профилактической целью пациентам назначались цефалоспорины III поколения.

3-летняя выживаемость среди всех больных, подвергшихся резекции печени по поводу метастазов КРР, составила 51,3%, 5-летняя – 29,1%. Медиана жизни у больных, перенесших криодеструкцию, составила 48 мес при синхронных одиночных метастазах и 27 мес при синхронных множественных; при метакронных метастазах – 34 и 18 мес соответственно.

Исследователи подчеркнули, что в некоторых случаях у пациентов с метакронными метастазами метод лапароскопической криодеструкции является предпочтительным. В качестве контроля проводят КТ печени каждые 6 мес.

**Всестороннее рассмотрение проблемы КРР, оптимизация диагностических и терапевтических подходов, сотрудничество специалистов различного профиля, внедрение в практику последних мировых разработок способствуют повышению эффективности лечения, улучшению выживаемости пациентов с КРР и цифр статистики, за каждой из которых – чья-то спасенная жизнь.**

Подготовила **Ольга Радучич**  
Фото автора

3

## ПЕРЕДПЛАТА НА 2011 РІК!

### Шановні читачі!

Передплатити наше видання Ви можете у будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України 2011 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 391-54-76

**«Медична газета «Здоров'я України».**  
**Тематичний номер «Онкологія»**  
**Онкологія, гематологія, хіміотерапія**

Передплатний індекс – 37634  
Періодичність виходу – 6 разів на рік  
Вартість передплати – 300 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ◆ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку. Наші реквізити:  
р/р 26009067020101 Київська філія АБ «Київська Русь», МФО 300108, код ЄДРПОУ 25276619
- ◆ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- ◆ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: **«Медична газета «Здоров'я України», 03151, м. Київ, вул. Народного ополчення, 1**  
Телефон відділу передплати (044) 391-54-76  
e-mail: [podpiska@health-ua.com](mailto:podpiska@health-ua.com)

## Здоров'я України

Дата здійснення операції		Сума:		ТОВ «Здоров'я України»		Київська філія АБ «Київська Русь»		МФО банку:	
Платник:		Платник:		Розрахунковий рахунок:		Розрахунковий рахунок:		МФО банку:	
Місце проживання:		Місце проживання:		2 6 0 0 9 0 6 7 0 2 0 1 0 1		2 6 0 0 9 0 6 7 0 2 0 1 0 1		3 0 0 1 0 8	
Отримувач:		Отримувач:		Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		2 5 2 7 6 6 1 9		2 5 2 7 6 6 1 9		3 0 0 1 0 8	
Платник:		Платник:		Контролер:		Контролер:		Контролер:	
Дата здійснення операції		Дата здійснення операції		Бухгалтер:		Бухгалтер:		Касир:	
Сума:		Сума:		Касир:		Касир:		Касир:	
Платник:		Платник:		Касир:		Касир:		Касир:	
Місце проживання:		Місце проживання:		Касир:		Касир:		Касир:	
Отримувач:		Отримувач:		Касир:		Касир:		Касир:	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		Касир:		Касир:		Касир:	
2 5 2 7 6 6 1 9		2 5 2 7 6 6 1 9		Касир:		Касир:		Касир:	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		Касир:		Касир:		Касир:	
Платник:		Платник:		Касир:		Касир:		Касир:	
Платник:		Платник:		Касир:		Касир:		Касир:	