

Байкова П. Е., Грецкая Е. А.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА СЕЛЕЗЕНОЧНОГО ИЗГИБА В СРАВНЕНИИ СО СМЕЖНЫМИ ОТДЕЛАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Каравай А. В.

Кафедра онкологии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Рак ободочной и прямой кишки вместе занимают третье место в мире по частоте среди всех злокачественных опухолей. Причем рак ободочной кишки встречается чаще, чем рак прямой кишки в соотношении 2:1 в популяции высокого риска, в популяции низкого риска – 1:1. Самая высокая заболеваемость колоректальным раком на 100 тыс. населения в странах Европы отмечается в Словакии (89,8), Венгрии (87,2), Чехии (81,9), а самая низкая – в Сербии (55,0), Швеции (56,8) и Франции (60,1). На американском континенте наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в Канаде (87,2) и США (59,1), низкие – в Колумбии (21,3), Гайане (22,3) и Парагвае (23,0). В Европе ежегодно регистрируются около 250 тысяч новых случаев колоректального рака, что составляет 9% от всех пациентов со злокачественными новообразованиями. У почти 70% пациентов колоректальный рак диагностируется в возрасте свыше 65 лет.

Цель: сравнить результаты лечения рака селезеночного изгиба со смежными отделами ободочной кишки (поперечно-ободочным и нисходящим отделом ободочной кишки).

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные из онкологического реестра г. Гродно и Гродненской области с 2004 по 2013 год.

Результаты и их обсуждение. За период с 2004 по 2013 год было выявлено 545 пациентов со злокачественными новообразованиями поперечно-ободочной кишки, селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки. 54,70% (298) составляют женщины, а 45,30% (247) мужчины. У 32,84% (179) пациентов выявлен рак селезеночного изгиба, 40,55% (221) пациентов обнаружен рак поперечно-ободочной кишки и 22,93% (125) составляет рак нисходящего отдела ободочной кишки. Рак нисходящего отдела ободочной кишки на I стадии выявили у 10 пациентов (8%), рак селезеночного изгиба у 11 (6,14%), рак поперечно-ободочной кишки 14 пациентов (6,30%). На II стадии у 67 человек (53,60%) выявлен рак нисходящей кишки, у 106 (59,20%) рак селезеночного изгиба и у 116 человек (52,48%) рак поперечно-ободочной кишки. Рак нисходящей кишки на III стадии выявлен у 26 человек (20,80%), рак поперечно-ободочной кишки у 59 пациентов (26,69%), рак селезеночного изгиба 35 (19,55%). На IV стадии у 22 пациентов (17,60%) выявлен рак нисходящей кишки, рак селезеночного изгиба у 26 человек (14,50%), рак поперечно-ободочной кишки у 31 пациента (14%). Максимальная пятилетняя выживаемость I стадии - 11 лет при раке нисходящей кишки и селезеночного изгиба, 33 года при раке поперечно-ободочной кишки, II стадии - 12 лет при раке нисходящей ободочной кишки, 14 лет при раке селезеночного изгиба, 11 лет при раке поперечно-ободочной кишки, III стадии 12 лет при раке поперечно-ободочной и нисходящей кишки, 13 лет при раке селезеночного изгиба, IV стадии - 1 год при раке селезеночного изгиба, 3 года при раке поперечно-ободочной кишки, 5 лет при раке нисходящего отдела ободочной кишки.

Выводы. Чаще рак ободочной кишки локализуется в поперечно-ободочной кишке. Наибольшая выживаемость отмечается в I стадии рака поперечно-ободочной кишки (33 года), во II (14 лет) и III (13 лет) стадии - рак селезеночного угла, в IV стадии – рак нисходящей кишки (5 лет). У женщин чаще встречается рак ободочной кишки. После проведенного хурургического лечения выживаемость пациентов увеличивается.