



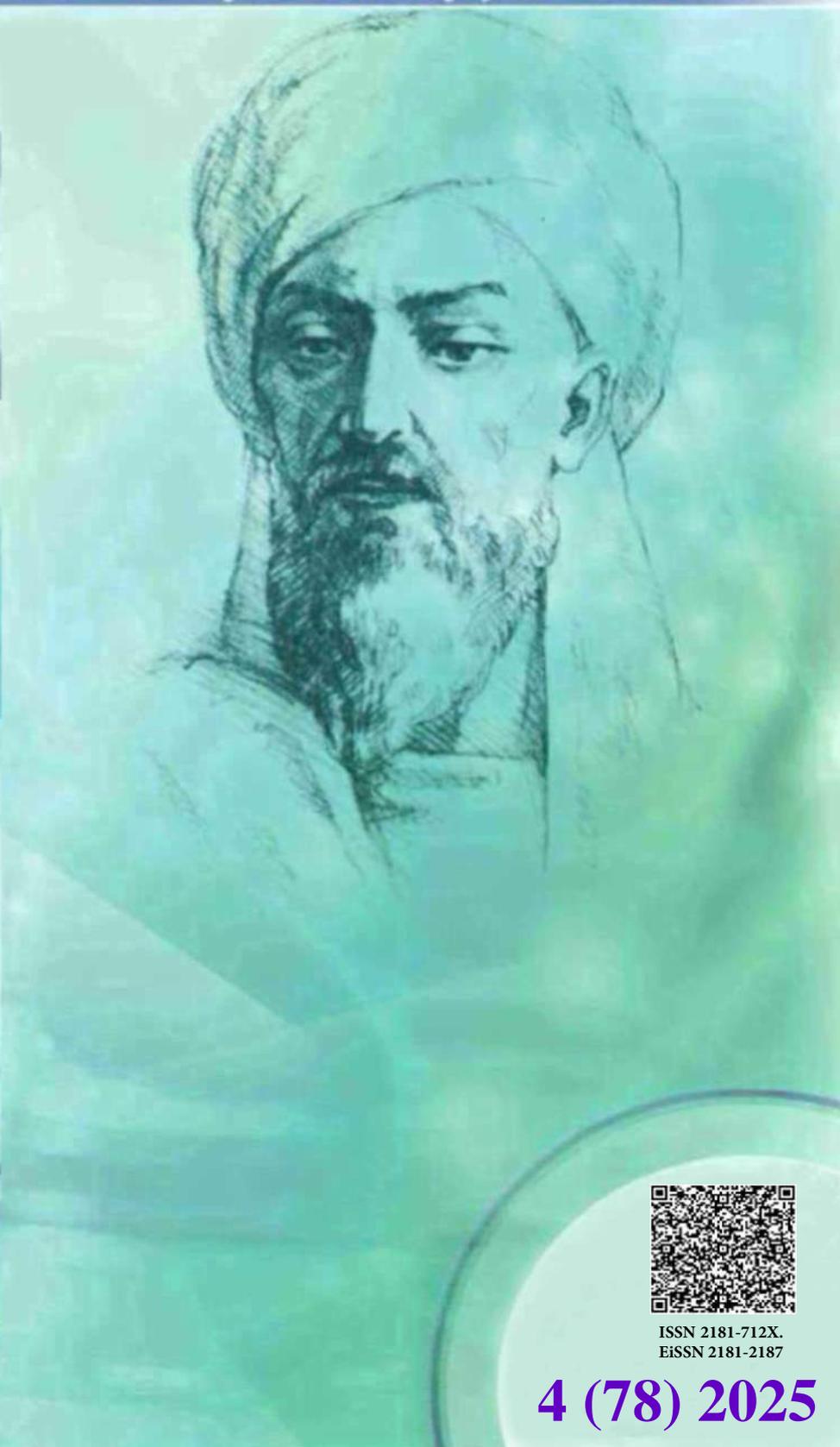
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616-006.66

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО СОЕДИНЕНИЯ

Исламов Хуришид Джамишидович <https://orcid.org/0009-0008-6026-2025>

E-mail: IslamovX@mail.ru

Республика специализированной онкологии и радиологии Научно-практический медицинский центр Узбекистан г. Ташкент, ул. Фароби, 383 тел: +998(71) 246-05-13
E-mail: info@cancercenter.uz

✓ Резюме

Данное исследование выполнено на базе колопроктологического отделения Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии г. Ташкент. Местно распространённый рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения был выявлен у 196 пациентов: 123 мужчины (62,8%) и 73 женщины (37,2%). Все больные диагностированные колоректальным раком II-IV стадии получали хирургическое лечение в отделении колопроктологии Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии. Среди больных местно распространённым раком прямой кишки значимое влияние на показатель общей выживаемости (ОВ) оказывает первичный размер опухоли по категории T ($p=0,026$, 5-ти летняя ОВ при T2 $66,7\pm 27,2\%$, T3 - $65,8\pm 12,3\%$, T4 - $20,8\pm 17,1\%$), ОР=3,575, $p=0,015$.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастаз, лечение, общая выживаемость.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED COLON CANCER AND RECTOSIGMOID JUNCTION

Islamov Khurshid Jamshidovich E-mail: IslamovX@mail.ru

Republic of specialized oncology and radiology Scientific and practical medical center
Uzbekistan g. Tashkent, ul. Farobi, 383 tel: +998(71) 246-05-13 Email: info@cancercenter.uz

✓ Resume

This study was performed on the basis of the coloproctology department of the Republican Medical Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology in Tashkent. Locally advanced colon and rectosigmoid junction cancer was detected in 196 patients: 123 men (62.8%) and 73 women (37.2%). All patients diagnosed with stage II-IV colorectal cancer received surgical treatment in the Department of Coloproctology of the Republican Medical Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology. Among patients with locally advanced rectal cancer, the primary tumor size in the T category has a significant effect on the OS index ($p=0.026$, 5-year overall survival (OS) at T2 $66.7\pm 27.2\%$, T3 - $65.8\pm 12.3\%$, T4 - $20.8\pm 17.1\%$), OS=3.575, $p=0.015$.

Key words: colorectal cancer, metastases, treatment, overall survival.

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН ЙЎҒОН ИЧАК ВА РЕКТОСИГМОИД БИРИКМАСИ САРАТОНИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Исламов Хуришид Джамишидович E-mail: IslamovX@mail.ru

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология Илмий-амалий тиббиёт маркази
Узбекистан г. Ташкент, ул. Фароби, 383 тел: +998(71) 246-05-13 Email: info@cancercenter.uz

✓ Резюме

Ушбу тадқиқот Тошкент шаҳридаги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг колопроктология бўлими базасида амалга оширилган. Маҳаллий тарқалган йўгон ичак ва ректосигмоид бирикма саратони 196 беморда аниқланди: 123 эркак (62,8%) ва 73 аёл (37,2%). Барча колоректал рак (КРР) билан таъхисланган беморлар Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг колопроктология бўлимида жарроҳлик йўли билан. Маҳаллий тарқалган тўғри ичак саратони билан оғриган беморлар орасида Т тоифасидаги ўсманинг бирламчи ҳажми ($p=0,026$, 5 йиллик умумий яшовчанлик (УЯ) Т2 да $66,7\pm 27,2\%$, Т3- $65,8\pm 12,3\%$, Т4 - $20,8\pm 17,1\%$) УЯ=3,575, $p=0,015$).

Калит сўзлар: колоректал рак, метастаз, даволаш, умумий яшовчанлик.

Актуальность

В 2020 году колоректальным раком (КРР) заболели около 1,9 миллиона человек, умерло порядка 900 000, что сделало его вторым по смертности раком после рака легких [4]. Самая высокая заболеваемость в мире наблюдается в Северной Америке, Европе и Океании, но заболеваемость растет и в странах с переходной экономикой, в таких как Россия, Китай и Бразилии [1], что делает болезнь индикатором социально-экономического развитие. КРР поражает мужчин в большей степени, чем женщин. С глобальной заболеваемостью 23,4 на 100 000 мужского и 16,2 на 100 000 женского населения. КРР – это редко встречается в молодом возрасте (до 40 лет) заболевание, большинство случаев приходится на возрастную группу 70 лет и старше [3]. Однако имеются сообщения о росте заболеваемости в младших возрастных группах и о у молодых людей диагностируют более поздние опухоли, что указывает на настоящий рост заболеваемости, а не только следствие более раннего диагноза [2; 6].

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), то есть болезнь Крона и язвенный колит, увеличивают риск развития КРР. Пациенты с ВЗК находятся под колоноскопическим наблюдением, а уровень смертности от КРР у пациентов с ВЗК снижается.

Международное агентство по изучению рака и Американский институт исследований рака опубликовали отчет «Диета, питание, физическая активность и колоректальный рак в 2018 году», в котором они рассмотрели опубликованные исследования, касающиеся факторов образа жизни и КРР. Они заявляют, что потребление красного и обработанного мяса увеличивает риск развития колоректального рака, то же самое можно сказать и о приеме двух или более порций алкоголя в день. Кроме того, ожирение, а также более высокий рост увеличивают риск КРР [7]. Так же, курение сигарет увеличивает риск развития колоректального рака, более того доказано, что риск КРР ассоциированные с курением для прямой кишки, чем для ободочной [5].

Цель исследования: Усовершенствовать мульти дисциплинарный подход для своевременной диагностики метастатического колоректального рака.

Материал и методы

Данное исследование выполнено на базе колопроктологического отделения Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии г. Ташкент.

Местнораспространенный рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения был выявлен у 196 пациентов: 123 мужчины (62,8%) и 73 женщины (37,2%). Доля городских жителей составила 73,0% (143 пациента), сельских – 27,0% (53 пациента). Средний возраст пациентов составил $63,6\pm 7,6$ года медиана – 64 года. Данная патология была отмечена у 51 пациента в возрасте до 40 лет, самый ранний возраст заболевания – 33 года, среди пациентов в возрасте 80 лет и старше – заболевание было выявлено у 4 (2,0%). Все пациенты получали хирургическое лечение в отделении колопроктологии Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии. В исследование не включались пациенты с первично-множественными синхронными/метахронными злокачественными новообразованиями, пациенты, получавшие хирургическое лечение по поводу злокачественного новообразования колоректальной зоны в других лечебных учреждениях Республики Узбекистан.

Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования, морфологического исследования опухолевого материала, данных инструментальных и лабораторных методов обследования. Адьювантное/неоадьювантное лечение пациенты получали в соответствии с действующими алгоритмами диагностики и лечения больных колоректальным раком утверждённых Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Материалом исследования являлись: периферическая кровь больных, парафиновые блоки опухолевой ткани, свежезамороженная опухолевая и нормальная ткани толстой кишки, изолированные циркулирующие опухолевые клетки.

При обработке первичных материалов исследования использовали программы IBM SPSS Statistics 23 (Stat Soft, США) и MedCalc 19.3.0 (MedCalc Software bv, США).

Оценку распределения величин и отличие от нормального распределения анализировали по критерию Шапиро-Уилка. При наличии нормального распределения показателей для оценки статистической значимости различий использовали критерий Стьюдента-Фишера, при отсутствии нормального распределения – критерий Манна-Уитни.

Результат и обсуждения

III стадия заболевания была выявлена у 145 пациентов (74,0%), II – у 51 (26,0%). По степени дифференцировки выделены 1 степень у 16 пациентов (8,2%), 2 – у 119 (60,7%), 3 – у 61 (31,1%). По размеру первичного очага (категория T) более половины опухолей (59,2%) отнесены к T3 (116 пациентов), 38,8% (76 пациентов) – к T4, и лишь 2,0% (4 пациента) – к T2.

Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было отмечено у 145 пациентов (73,0%): N1 – у 119 пациентов (60,7%), N2 – у 26 (13,3%).

Лимфоваскулярная инвазия была выявлена у 165 пациентов (84,2%), перинеуральная – у 78,1% (153 пациентов), АХТ была проведена 69 пациентам (35,2%)

Анализ результатов лечения производился на основе расчета показателей общей выживаемости.

Общая 1-летняя выживаемость в группе пациентов местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения составила $96,9 \pm 1,3\%$, 3-летняя – $83,1 \pm 2,8\%$, 5-летняя – $70,8 \pm 3,7\%$. Медиана общей выживаемости в группе не достигнута, медиана наблюдения – 59,0 месяцев (95% ДИ 54,9-63,1 месяца).

Среди мужчин 1-летняя общая выживаемость составила $92,6 \pm 2,4\%$, 3-летняя – $83,7 \pm 3,4\%$, 5-летняя – $70,3 \pm 4,8\%$, среди женщин – 100%, $82,2 \pm 4,7\%$ и $71,5 \pm 6,1\%$ соответственно. Значимых различий в выживаемости мужчин и женщин не выявлено – $p=0,997$, $OR=1,004$.

Значимых различий в общей выживаемости среди городского и сельского населения также не выявлено ($p=0,561$), $OR=1,196$. Среди городских жителей 1-летняя выживаемость составила $96,4 \pm 1,6\%$, 3-летняя – $84,4 \pm 3,1\%$, 5-летняя – $70,1\%$, среди сельских – $98,1 \pm 1,9\%$, $79,8 \pm 5,7\%$ и $72,3 \pm 6,6\%$ соответственно.

Однолетняя общая выживаемость пациентов с поражением левого фланга ободочной кишки составила $99,0 \pm 1,0\%$, 3-летняя – $83,7 \pm 3,9\%$, 5-летняя – $73,3 \pm 5,1\%$, правого фланга – $94,7 \pm 2,3\%$, $82,5 \pm 4,0\%$ и $68,3 \pm 5,5\%$ соответственно.

Степень дифференцировки не оказала значимого влияния на показатель общей выживаемости ($p=0,166$), несмотря на то, что риск благоприятного исхода ($OR=1,6$) несколько выше для степени дифференцировки ($p=0,064$). При степени дифференцировки 1 однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – $87,5 \pm 8,3\%$, при степени дифференцировки 2 – $94,8 \pm 2,1\%$, $82,8 \pm 3,6\%$ и $75,2 \pm 4,4\%$, при степени дифференцировки 3 – 100,0%, $82,8 \pm 5,0\%$ и $59,0 \pm 7,5\%$ соответственно.

При II стадии заболевания 1-летняя выживаемость составила $91,6 \pm 4,0\%$, 3-летняя – $85,1 \pm 5,2\%$, 5-летняя – $73,3 \pm 6,6\%$, при III стадии – $98,6 \pm 1,0\%$, $82,4 \pm 3,3\%$ и $69,5 \pm 4,9\%$ соответственно ($p=0,843$). Риск исхода ($OR=1,065$) не зависит от стадии заболевания.

При T2 однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – $75,0 \pm 21,7\%$, при T3 – $97,4 \pm 1,5\%$, $86,3 \pm 3,3\%$ и $69,1 \pm 4,9\%$, при T4 – $95,9 \pm 2,3\%$, $78,5 \pm 5,0\%$ и $73,7 \pm 5,7\%$ соответственно. Однофакторный анализ Кокса также не выявил значимого влияния на исход заболевания распространенности опухолевого процесса по категории T ($OR=0,992$).

При T2 однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – $75,0 \pm 21,7\%$, при T3 – $97,4 \pm 1,5\%$, $86,3 \pm 3,3\%$ и $69,1 \pm 4,9\%$, при T4 – $95,9 \pm 2,3\%$, $78,5 \pm 5,0\%$ и $73,7 \pm 5,7\%$

соответственно. Однофакторный анализ Кокса также не выявил значимого влияния на исход заболевания распространенности опухолевого процесса по категории Т (OR=0,992).

Наличие лимфатической инвазии не значимо ухудшает прогноз выживаемости пациентов ($p=0,064$) и риск неблагоприятного исхода (OR=2,539, $p=0,074$). Среди пациентов без лимфатической инвазии 1-летняя общая выживаемость составила 100,0%, 3-летняя – 93,5±4,4%, 5-летняя – 88,4±6,5%; с лимфатической инвазией – 96,3±1,5%, 81,2±3,2% и 67,5±4,2% соответственно.

Наличие периневральной инвазии ухудшает прогноз выживаемости пациентов ($p=0,049$), OR=2,292 ($p=0,057$). Среди пациентов без инвазии 1-летняя общая выживаемость составила 97,6±2,4%, 3-летняя – 92,8±4,0%, 5-летняя – 86,1±5,9%; с периневральной инвазией – 96,7±1,5%, 80,5±3,3% и 66,5±4,6% соответственно.

Благоприятным прогностическим фактором общей выживаемости является проведенная по показаниям АХТ ($p=0,008$), OR=2,518 ($p=0,011$). 1-летняя общая выживаемость, среди пациентов, получивших АХТ составила 98,6±1,4%, 3-летняя – 91,0±3,5%, 5-летняя – 81,7±5,6%; среди пациентов, не получивших АХТ – 98,7±1,3%, 74,5±5,2% и 57,8±7,1% соответственно.

Местнораспространенный рак прямой кишки был выявлен у 35 пациентов: 29 мужчин (82,9%) и 6 женщин (17,1%). Доля городских жителей составила 82,9% (29 пациентов), сельских – 17,1% (6 пациентов). Средний возраст пациентов составил 55,5±11,7 года медиана – 57 лет. Данная патология была отмечена у 4 пациентов в возрасте до 40 лет, диапазон возраста составил от 24 (1 пациент) до 69 лет (3 пациента).

У всех пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки была установлена III стадия заболевания. По степени дифференцировки выделены 1 степень у 2 пациентов (5,7%), 2 – у 25 (71,4%), 3 – у 8 (22,9%). По размеру первичного очага (категория Т) более половины опухолей (65,7%) отнесены к Т3 (23 пациента), 25,7% (9 пациентов) – к Т4, 8,6% (3 пациента) – к Т2.

Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было отмечено у всех пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки: N1 – у 24 пациентов (68,6%), N2 – у 11 (31,4%).

Лимфоваскулярная инвазия была выявлена у 30 пациентов (85,7%), периневральная – у 80,0% (28 пациентов), АХТ получили 13 пациентов (37,1%).

Общая 1-летняя выживаемость в группе пациентов местнораспространенным раком прямой кишки составила 91,4±4,7%, 3-летняя – 80,0±6,8%, 5-летняя – 55,6±10,0%. Медиана общей выживаемости в группе составила 63,0 месяцев, медиана наблюдения – 55,0 месяцев (95% ДИ 46,4-63,6 месяца).

Среди мужчин 1-летняя общая выживаемость составила 89,7±5,7%, 3-летняя – 82,8±7,0%, 5-летняя – 61,6±11,0%, среди женщин – 100%, 66,7±19,2% и 25,0±20,4% соответственно. Значимых различий в выживаемости не выявлено ($p=0,126$), OR=0,642 ($p=0,126$).

Значимых различий в общей выживаемости среди городского и сельского населения также не выявлено ($p=0,488$). Среди городских жителей 1-летняя выживаемость составила 89,7±5,7%, 3-летняя – 75,9±7,9%, 5-летняя – 53,8±11,4%, среди сельских – 100%, 100% и 66,7±19,2% соответственно. OR составил 0,591, $p=0,493$.

Степень дифференцировки не оказала значимого ($p=0,377$) влияния на показатель общей выживаемости. При степени дифференцировки опухоли 1 риск благоприятного исхода выше, чем при степени дифференцировки 3 (OR=2,088, $p=0,160$).

При Т2 однолетняя общая выживаемость составила однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – 66,7±27,2%, при Т3 – 95,7±4,3%, 87,0±7,0% и 65,8±12,3%, при Т4 – 77,8±13,9%, 66,7±15,7% и 20,8±17,1% соответственно. С увеличением размера опухоли, категории Т, риск смерти больного увеличивается (OR=3,575, $p=0,015$).

Однолетняя общая выживаемость пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки с поражением N1 составила 91,7±5,6%, 3-летняя – 75,0±8,8%, 5-ти летняя – 67,5±10,7%, при поражении N2 – 90,9±8,7%, 90,9±8,7 и 34,6±17,6% соответственно ($p=0,170$), OR=2,052, $p=0,179$.

Среди пациентов без лимфатической инвазии общая выживаемость составила 100,0%, с лимфатической инвазией: 1-летняя - 90,0±5,5%, 3-летняя - 76,7±7,7% и 5-летняя – 49,6±10,8% соответственно, OR=2,619.

Наличие периневральной инвазии не повлияло на показатели общей выживаемости, $OR=3,516$ ($p=0,226$), (рисунок 1).

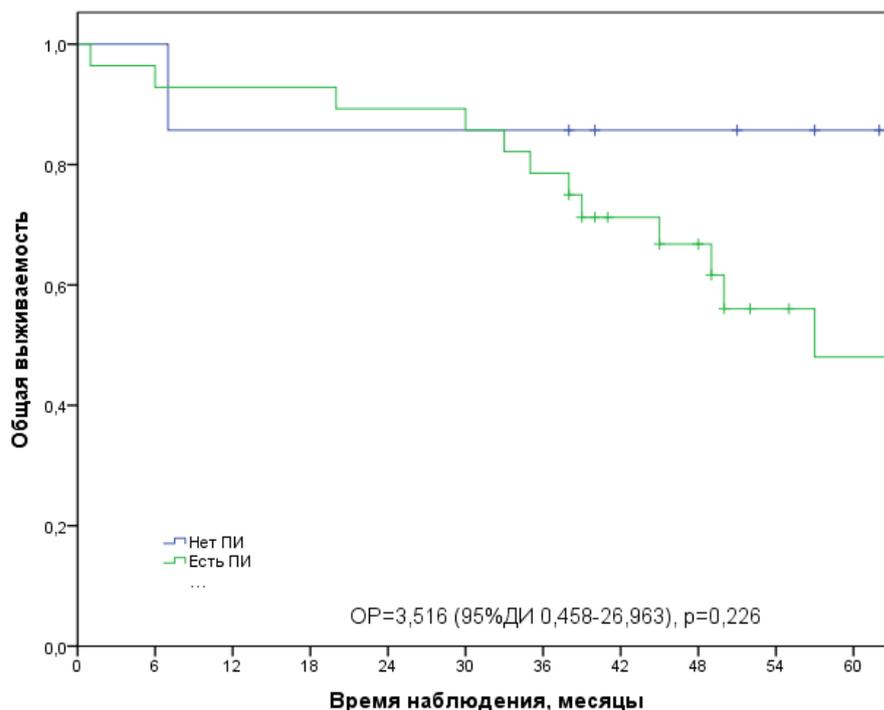


Рисунок 1. Общая выживаемость пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки в зависимости от наличия периневральной инвазии (ПИ)

Среди пациентов с раком прямой кишки получивших АХТ 1-летняя общая выживаемость, составила 100,0%, 3-летняя – $92,3\pm 7,4\%$, 5-летняя – $76,2\pm 12,1\%$; среди пациентов, не получивших АХТ – $86,4\pm 7,3\%$, $72,7\pm 9,5\%$ и $46,4\pm 12,7\%$ соответственно, $OR=2,347$, $p=0,192$ (рисунок 2).

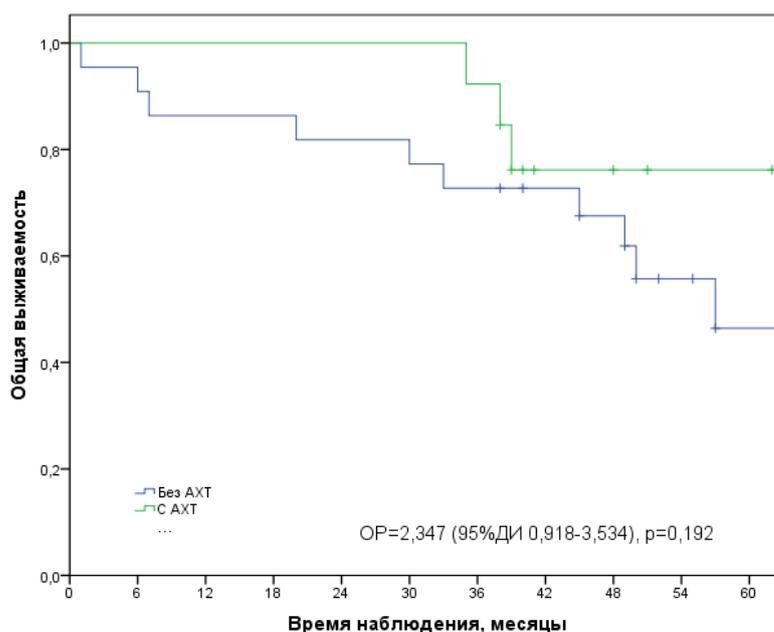


Рисунок 2. Общая выживаемость пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки в зависимости от АХТ

Выводы

1. Местнораспространенный рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения был выявлен у 196 пациентов: 123 мужчины (62,8%) и 73 женщины (37,2%), рак прямой кишки: у 35 пациентов: 29 мужчин (82,9%) и 6 женщин (17,1%). Средний возраст пациентов с местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения составил $63,6 \pm 7,6$ года, медиана – 64 года; прямой кишки – $55,5 \pm 11,7$ года, медиана – 57 лет.
2. Общая 5-летняя выживаемость в группе пациентов местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения составила $70,8 \pm 3,7\%$. Медиана ОБ в группе не достигнута, медиана наблюдения – 59,0 месяцев (95% ДИ 54,9-63,1 месяца). Среди пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки 5-летняя ОБ составила $55,6 \pm 10,0\%$. Медиана ОБ в группе составила 63,0 месяцев, медиана наблюдения – 55,0 месяцев (95% ДИ 46,4-63,6 месяца).
3. Значимое влияние на ОБ больных с местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения оказывают: перинеуральная инвазия ($p=0,049$, 5-летняя ОБ пациентов без ПИ – $86,1 \pm 5,9\%$, с ПИ – $66,5 \pm 4,6\%$), ОР=2,292, $p=0,057$ и проведение курсов АХТ ($p=0,008$, 5-летняя ОБ пациентов без АХТ – $57,8 \pm 7,1\%$, с АХТ – $81,7 \pm 5,6\%$), ОР=2,518, $p=0,011$. Среди больных местнораспространенным раком прямой кишки значимое влияние на показатель ОБ оказывает первичный размер опухоли по категории Т ($p=0,026$, 5-ти летняя ОБ при Т2 $66,7 \pm 27,2\%$, Т3 – $65,8 \pm 12,3\%$, Т4 – $20,8 \pm 17,1\%$), ОР=3,575, $p=0,015$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* 2017;66(4):683. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310912
2. Brenner DR, Heer E, Sutherland RL, et al. National Trends in Colorectal Cancer Incidence Among Older and Younger Adults in Canada. *JAMA Network Open* 2019;2(7):e198090-e90.
3. Cancer i sifror 2018: Socialstyrelsen and Cancerfonden, 2018; Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA: a cancer journal for clinicians* 2020;70(3):145-64.
4. GLOBOCAN 2020 [Available from: <https://gco.iarc.fr/> accessed 2021-06-07 2021
5. Liang PS, Chen T-Y, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer* 2009;124(10):2406-15.
6. Meester RGS, Mannalithara A, Lansdorp-Vogelaar I, et al. Trends in Incidence and Stage at Diagnosis of Colorectal Cancer in Adults Aged 40 Through 49 Years, 1975- 2015. *Jama* 2019;321(19):1933-34.
7. Research WCRFAIoC. Diet, Nutrition, Pshycial Activity and Cancer: a Global Perspicitve. Continous Update, 2018

Поступила 20.03.2025