

## **Частота локализации рака ободочной кишки**

**М. Т. Рахматов, З. У. Кадырова**

*ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан*

**Цель исследования:** Выявление особенностей локализации рака ободочной кишки и методов инструментальной визуализации.

**Материал и методы.** Проведен анализ данных 63 больных, пролеченных по поводу рака ободочной кишки за период 2017-2019 гг. в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Использованы инструментальные методы диагностики: УЗИ органов брюшной полости, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия, бронхоскопия, КТ органов брюшной и грудной полости с контрастированием толстого кишечника, МРТ органов малого таза.

**Результаты и обсуждение.** Возраст больных – от 21 до 78 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 50-65 лет. У 77,8 % больных длительность анамнеза составила от 6 месяцев до 1 года, анемия имела место у 39,6 %. Фиброколоноскопия проведена у 10 больных (16 %), КТ с контрастным усилением – у 29 чел. (46 %), а ректороманоскопия – у 28 больных (44,4 %). Выявлено превалирование местнораспространенного процесса (Т3-4 – 72,6 %). Поражение сигмовидной кишки отмечено у 22 больных (34,9 %), слепой кишки – у 12 чел. (19 %), печеночные и селезеночные углы, соответственно, – 9,5 % и 11,1 %. Диагноз верифицирован у всех больных, при этом у 80% – аденокарцинома. Сигмовидная кишка совместно с раком прямой кишки составляют 65 % от общего количества колоректального рака. При установлении стадийности рака ободочной кишки выявлено значительное превалирование местнораспространенного процесса – III-IV стадии (72,6 %) среди общего количества больных. При этом у 10 чел. (16 %) и 14 чел. (20,2 %) установлены, соответственно, стадии IIА и IVА.

Традиционно после пальцевого исследования проводится ректороманоскопия. Учитывая ограниченную возможность ректороманоскопии (глубина исследования примерно 20 см), возникает необходимость дополнительного исследования фиброколоноскопом. При проведении фиброколоноскопии после пальцевого исследования отпадает двухкратное инструментальное исследование.

**Выводы:**

1. Определено преимущественное поражение сигмовидной кишки (22-34,9 %), а также слепой кишки (12-19 %).
2. Оптимальным методом диагностики рака ободочной кишки с учетом выявленных тенденций является фиброколоноскопия.
3. Точная дооперационная диагностика расположения опухоли и степень ее распространенности позволяют определить адекватный объем операции.