ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

Д.м.н, профессор, Зуков Руслан Александрович

**РЕФЕРАТ**

на тему:

**Колоректальный рак. Профилактика и лечение.**

Выполнила:

клинический ординатор 1 года специальности ОНКОЛОГИЯ

Комарова Вера Сергеевна

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск

2023

Оглавление

[1.Анатомия 3](#_Toc136936317)

[2. Эпидемиология 3](#_Toc136936318)

[3. Факторы риска возникновения колоректального рака 4](#_Toc136936319)

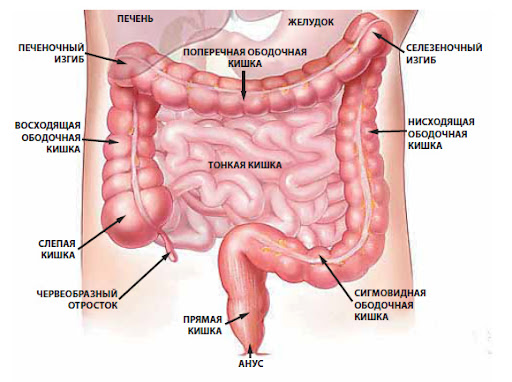
[4. ТNM классификация 5](#_Toc136936320)

[5.Диагностика 12](#_Toc136936321)

[6.Лечение 13](#_Toc136936322)

[7. Прогноз 15](#_Toc136936323)

# 1.Анатомия



# 2. Эпидемиология

Колоректальный рак составляет 15% от всех впервые диагностированных злокачественных опухолей все локализаций, и 30% из этого числа составляет рак прямой кишки. Каждый год в США отмечается около 150 тысяч новых случаев колоректального рака.

Большинство пациентов с раком прямой кишки старше 50 лет. У лиц с семейным полипозом толстой кишки и неспецифическим язвенным колитом рак прямой кишки может развиваться раньше. Средний возраст возникновения рака прямой кишки - 60 лет.

Некоторые авторы указывали, что рак правых отделов толстой кишки встречается чаще, однако по данным Рh.Rubin это связано с тем, что 50% диагнозов колоректального рака ставится на основании ректороманоскопии. 24% колоректального рака приходится на восходящую ободочную кишку, 16% - поперечно ободочную кишку, 7% - на нисходящую кишку, 38% - на сигмовидную, 15% - прямую кишку.

# 3. Факторы риска возникновения колоректального рака

**Диета**

Высокое содержание в рационе мяса (росту случаев колоректальных карцином в развитых странах способствуют увеличение в пищевом рационе содержания мяса, особенно говядины и свинины, и уменьшение клетчатки) и животного жира ускоряет рост кишечных бактерий, вырабатывающих канцерогены. Это процесс способны стимулировать соли желчных кислот. Природные витамины А, С и Е инактивируют канцерогены, а турнепс и цветная капуста индуцируют экспрессию бензпирен гидроксилазы, способной инактивировать поглощенный канцерогены.

Отмечено резкое снижение случаев заболевания среди вегетарианцев.

Высока частота колоректальных карцином среди работников абсестных производств, лесопилок.

**Генетические факторы**

Возможность наследственной передачи доказывает наличие семейных полипозных синдромом и возрастание (в 3-5 раз) риска развития колоректальной карциномы среди родственников первой степени родства больных с карциномой или полипами.

**Прочие факторы риска**

* Язвенный колит, особенно панколит и заболевание давностью более 10 лет (10% риск).
* Болезнь Крона
* Рак, аденома толстой кишки в анамнезе
* Синдром полипоза: диффузный семейный полипоз, одиночные и множественные полипы, ворсинчатые опухоли.
* Рак женских гениталий или молочной железы в анамнезе.
* Синдромы семейного рака.
* Иммунодефициты.

# 4. ТNM классификация

|  |  |
| --- | --- |
| Т | Первичная опухоль |
| ТХ | Недостаточно данных для оценки первичной опухоли |
| Тis | Преинвазивная опухоль не определяется |
| Т1 | Опухоль инфильтрирует стенку кишки до подслизистой |
| Т2 | Опухоль инфильтрирует мышечный слой стенки кишки |
| Т3 | Опухоль инфильтрирует субсерозу или ткань неперитонизированных участков ободочной и прямой кишок |
| Т4 | Опухоль прорастает висцеральную брюшину или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры |

Примечание: прямое распространение при Т4 включает распространение на другие сегменты ободочной и прямой кишок путем прорастания серозы, например, врастание опухоли слепой кишки в сигмовидную.

N Регионарные лимфатические узлы.

|  |  |
| --- | --- |
| NХ | Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов |
| N0 | Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов |
| N1 | Метастазы в 1-3 -х периколических или периректальных лимфатических узлах |
| N2 | Метастазы в 4 и более периколических или периректальных лимфатических узлах |
| N3 | Метастазы в лимфатических узлах, расположенных вдоль любого из указанных сосудов |

М отдаленные метастазы

Группировка по стадиям.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | По Dukes |
| Стадия 0 | Тis | N0 | М0 |  |
| Стадия 1 | Т1 | N0 | М0 | А |
|  | Т2 | N0 | М0 |  |
| Стадия 2 | Т3 | N0 | М0 | В1 |
|  | Т4 | N0 | М0 |  |
| Стадия 3 | Любая Т | N1 | М0 | С1 |
|  | Любая Т | N2, N3 | М0 |  |
| Стадия 4 | Любая Т | Любая N | М1 |  |

Примечание: стадия В по Dukes больше коррелирует с Т3 N0М0 и меньше с Т4 N0М0, так же как стадия С по Dukes (любая Т N1М0 и любая Т N2М0)

Анальный канал.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Т | Первичная опухоль |  |
| ТХ | Недостаточно данных для оценки первичной опухоли |  |
| Т0 | Первичная опухоль не определяется |  |
| Тis | Преинвазивная карцинома |  |
| Т1 | Опухоль до 2-х см в наибольшем измерении | http://ic3.static.km.ru/img/1901_01.gif |
| Т2 | Опухоль до 5 см в наибольшем измерении |  |
| Т3 | Опухоль более 5 см в наибольшем измерении |  |
| Т4 | Опухоль любого размера, прорастающая соседние органы: влагалище, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь (вовлечение одного мышечного сфинктера не классифицируется как Т4) |  |

N Регионарные лимфатические узлы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NХ | Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов |  |
| N0 | Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов |  |
| N1 | Метастазы в периректальных лимфатических узлах |  |
| N2 | Метастазы в подвздошных или паховых лимфатических узлах с одной стороны |  |
| N3 | Метастазы в периректальных и паховых лимфатических узлах и (или) в подвздошных и (или) паховых с обеих сторон. |  |

М - отдаленные метастазы

Группировка по стадиям

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стадия 0 | Тis | N0 | М0 |
| Стадия 1 | Т1 | N0 | М0 |
| Стадия 2 | Т2 | N0 | М0 |
|  | Т3 | N0 | М0 |
| Стадия 3 А | Т4 | N0 | М0 |
|  | Т1 | N1 | М0 |
|  | Т2 | N1 | М0 |
|  | Т3 | N1 | М0 |
| Стадия 3Б | Т4 | N1 | М0 |
|  | Любая Т | N2 N3 | М0 |
| Стадия 4 | Любая Т | Любая N | М1 |

Макроскопические формы рака ободочной и прямой кишки.

Экзофитная - опухоли, растущие в просвет кишки

Блюдцеобразная - опухоли овальной формы с приподнятыми краями и плоским дном.

Эндофитная - опухоли, инфильтрирующие стенку кишки, не имеющие четких границ.

Гистологическая классификация.

|  |  |
| --- | --- |
| Злокачественные опухоли | Встречаемость |
| Аденокарцинома | 90-95% |
| Муцинозная аденокарцинома | 10% |
| Перстневидно-клеточная карцинома | 4% |
| Сквамозно-клеточная карцинома | Менее 1% |
| Аденосквамозная карцинома | Менее 1% |
| Недифференцированная карцинома | Менее 1 % |
| Неклассифицируемая карцинома | Менее 1% |

Метастазирование.

Поражение лимфатических узлов стенки кишки

Поражение внутритазовых лимфатических узлов

Гематогенное метастазирование: чаще в печень и легкие.

Симптоматика ректального рака.

Кровотечение - 65-90%. Кровотечение проявляется примесью крови и слизи в стуле. При геморрое кровотечение, как правило, в конце акта дефекации, "струйкой".

Боль - 10-25%

Кишечный дискомфорт 45-80% и нарушение функции кишки - запор.

Изменение стула и тенезмы.

# 5.Диагностика

* Ректальное исследование помогает установить диагноз ректального рака в 65-80% случаев. Пальцевое исследование позволяет определить наличие опухоли, характер ее роста, связь со смежными органами.
* Ирригоскопия (контрастное исследование толстой кишки с барием) позволяет установить локализацию, протяженность опухоли и ее размеры.
* Эндоскопия с биопсией:
* Ректороманоскопия с биопсией опухоли обязательна для верификации диагноза
* Колоноскопия
* Эндоректальное УЗИ (при раке прямой кишки) позволяет определить прорастание опухоли в смежные органы (влагалище, предстательную железу).
* КТ и УЗИ, сцинтиграфия печени. Проводят для исключения часто встречающихся метастазов в этот орган.
* При подозрении на острую кишечную непроходимость необходима обзорная рентгенография органов брюшной полости.
* Лапароскопия показана для исключения генерализации злокачественного процесса.
* Проба на скрытую кровь. У больных с высоким риском следует часто проводить двойную пробу на скрытую крови в кале и тщательно обследовать при необъяснимой кровопотере.
* Определение Кэаг не применяют для скрининга, но метод может быть использован при динамическом наблюдении больных с карциномой толстой кишки в анамнезе; повышенный титр указывает на рецидив или метастазирование.

***Скрининговые тесты.***

Среди всего населения: ректальное исследование, клинический анализ крови, после 40 лет ректороманоскопия каждые 3-5 лет.

Среди населения с колоректальным раком у родственников: ректороманоскопия каждые 3-5 лет начиная с 35 лет, контрастное исследование толстой кишки каждые 3-5 лет.

Пациенты с язвенным колитом более 10 лет нуждаются в резекции толстой кишки, и ежегодной колоноскопии с биопсией.

Пациенты с семейным полипозом - резекция толстой кишки, исследование кишки через каждые 6 месяцев.

# 6.Лечение

Хирургическое вмешательство при раке толстой кишки - метод выбора. Выбор характера хирургического вмешательства зависит от локализации опухоли, наличия осложнений или метастазов, общего состояния больного. При отсутствии осложнений (перфорация или непроходимость) и отдаленных метастазов выполняют радикальную операцию - удаление пораженных отделов вместе с брыжейкой и регионарным лимфатическим аппаратом.

Виды операций при раке прямой кишки.

При расположении опухоли в дистальной части прямой кишки и на расстоянии менее 7 см от края заднего прохода в любой стадии заболевания (вне зависимости от анатомического типа и гистологического строения опухоли) - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Майлса).

Сфинктеросохраняющие операции можно выполнить при локализации нижнего края опухоли на расстоянии 7 см от края заднего прохода и выше.

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением дистальных отделов ободочной кишки возможна при опухоли, расположенной на расстоянии 7-12 см от края заднего прохода.

Передняя резекция прямой кишки производится при опухолях верхнеампуллярного и ректосигмоидного отделов, нижний полюс которых располагается на расстоянии 10-12 см от края заднего прохода.

При малигнизированных полипах и ворсинчатых опухолях прямой кишки выполняют экономные операции: трансанальное иссечение или электрокоагуляцию опухоли через ректоскоп, иссечение стенки кишки с опухолью с помощью колотомии.

Комбинированное лечение.

Дооперационная радиотерапия рака прямой кишки снижает биологическую активность опухоли, уменьшает ее метастазирование и количество послеоперационных рецидивов в зоне оперативного вмешательства.

Роль химиотерапии в лечении рака толстой кишки до конца не изучена.

# 7. Прогноз

Общая 10-летняя выживаемость составляет 45% и за последние годы существенно изменилась. При раке, ограниченном слизистой оболочкой (часто выявляют при проведении пробы на скрытую кровь или при колоноскопии), выживаемость составляет 80-90%; при опухолях, ограниченных региональными лимфатическим узлами, - 50-60%. Основные факторы, влияющие на прогноз хирургического лечения рака толстой кишки: распространенность опухоли по окружности кишечной стенки, глубина прорастания, анатомическое и гистологическое строение опухоли, регионарное и отдаленное метастазирование.

После резекции печени по поводу изолированных метастазов 5-летняя выживаемость составляет 25%. После резекции легких по поводу изолированных метастазов 5-летняя выживаемость составляет 20%.

**8. Список литературы**

**1.** 52. Гатауллин И.Г., Ильинская О.Н., Зеленихин П.В., Гатауллин Б.И. Анализ микробиома опухолей у пациентов с колоректальным // Исследования и практика в медицине. ― 2018. ― Т. 5, №S2. ― С. 59.

2. [https://www.km.ru](https://www.km.ru/referats/C65C04701455433AA663703DB7735160)

3. <file:///C:/Users/GavrilyukDV/Downloads/kolorektalnyy-rak-epidemiologiya-i-faktory-riska.pdf>

-2023