

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО



РЕФЕРАТ

Тема: Рак прямой кишки

Выполнил:
Ординатор кафедры
Онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Зоидов Ф.Ф
Проверил:
КМН Гаврилюк Д.В

Красноярск 2018

Оглавление:

- 1) анатомо –морфологические особенности
- 2) этиология и патогенез опухоли
- 3) классификация
- 4) клиническая картина
- 5) этиология рака прямой кишки
- 6) классификация рака прямой кишки
- 7) клиническая картина
- 8) диагностика:
- 9) пальцевое исследование
- 10) ректоромскопия
- 11) колоскопия
- 12) лечение
- 13) прогноз
- 14) список литературы

Анатомо-морфологические особенности.

Толстая кишка (*inteslinum crassum*) подразделяется на *слепую кишку, восходящую ободочную, поперечную ободочную, нисходящую ободочную, сигмовидную ободочную кишки и прямую кишку*. Толстая кишка располагается в брюшной полости и в полости малого таза, ее длина колеблется от 1,5 до 2 м. Ширина (диаметр) слепой кишки достигает 7 см, затем просвет толстой кишки постепенно уменьшается до 4 см у нисходящей ободочной кишки.

Из тонкой кишки в толстую поступают жидкие непереваренные остатки, которые подвергаются воздействию бактерий, населяющих толстую кишку. В толстой кишке всасываются вода, минеральные вещества, выделяются кальций, магний, фосфаты, соли тяжелых металлов. В конечном итоге в толстой кишке скапливаются непереваренные остатки пищи, из которых образуется кал, удаляемый из организма через прямую кишку.

Толстая кишка отличается от тонкой диаметром, отростками брюшины длиной 4-5 см, заполненными жиром, типичными вздутиями (гаустры), отделенными друг от друга глубокими бороздами, и тремя продольными мышечными лентами шириной около 1 см каждая, образованными наружным продольным слоем мускулатуры. Ленты идут от основания червеобразного отростка, отходящего от слепой кишки, и до начала прямой кишки. *Брыжеечная лента (taenia mesocolica)* соответствует месту прикрепления брыжейки к поперечной и сигмовидной ободочным кишкам или линии прикрепления восходящей и нисходящей ободочных кишок к задней брюшной стенке. *Сальниковая лента (taenia omentalis)* проходит по передней поверхности поперечной ободочной кишки, там, где к ней прикрепляется большой сальник и где от ободочной кишки отходят сальниковые отростки. *Свободная лента (taenia libera)* располагается на передней (свободной) стороне восходящей и нисходящей ободочных кишок и на нижней стороне поперечной ободочной кишки. *Гаустры* образуются в результате несоответствия длины лент и участков.

Слизистая оболочка толстой кишки покрыта однослойным цилиндрическим эпителием, в котором различают три вида клеток (кишечные эпителиоциты с исчерченной каемкой, бокаловидные энтероциты и кишечные бескаемчатые энтероциты, не имеющие щеточной каемки). Микроворсинки у *эпителиальных клеток* короткие. В апикальной части этих клеток находятся секреторные гранулы. Клетки выделяют мукоид, содержащий иммуноглобулин А. Количество *бокаловидных клеток* в эпителиальном покрове значительно больше, чем у тонкой кишки. Очень редко встречаются *кишечные энтероэндокриноциты* и *энтероциты* с *ацидофильными*

гранулами (клетки Панета). Такие клетки имеются лишь у детей, а у взрослых только у червеобразного отростка. Восстановление эпителия толстой кишки происходит путем митотического деления мелких незрелых цилиндрической формы (*бескаемчатых*) клеток, расположенных в области дна толстокишечных крипт. У нисходящей сигмовидной, ободочных и прямой кишок в апикальных отделах незрелых клеток имеется большое количество секреторных вакуолей. Это так называемые *вакуолизированные клетки*, вакуоли которых вблизи поверхности.

эпителия выделяются и клетки превращаются в каемчатые. Свободная поверхность слизистой оболочки толстой кишки выполняет преимущественно всасывательную функцию, эпителиальная выстилка крипт - секреторную и регенераторную функции. Толстая кишка не имеет ворсинок, но у нее много образованных слизистой оболочкой и подслизистой основой *складок* полулунной формы, которые располагаются между лентами на границах между гаустроми. У толстой кишки значительно больше крипт, расположенных равномерно. Длина каждой крипты достигает 0,4-0,7 мм. В слизистой оболочке и подслизистой основе залегают одиночные лимфоидные узелки, а также **групповые лимфоидные узелки**. *Мышечная пластинка* слизистой оболочки более развита, чем у тонкой кишки. В ней различают внутренний циркулярный слой и наружный, в котором пучки миоцитов лежат частично продольно, частично - косо.

Подслизистая основа образована рыхлой неоформленной соединительной тканью, в которой проходят кровеносные сосуды и нервные волокна. **Мышечная оболочка** сформирована циркулярно расположенными гладкими миоцитами. Продольный слой концентрируется в виде мышечных лент.

Содержимое тонкой кишки проходит в толстую (в слепую кишку) через узкое щелевидное *подвздошно-слепокишечное отверстие* (*ostium ileocaecale*). В месте впадения подвздошной кишки в толстую имеется сложное анатомическое устройство - *подвздошно-слепокишечный клапан* (баугиниева заслонка) (*valva ileocaecalis*), снабженный мышечным круговым сфинктером. Этот клапан, замыкающий подвздошно-слепокишечное отверстие, имеет вид воронки, обращенной узкой частью в просвет слепой кишки (рис. 31). Клапан периодически открывается, пропуская содержимое небольшими порциями из подвздошной кишки в слепую кишку. При повышении давления в слепой кишке подвздошно-слепокишечный клапан смыкается (закрывается), препятствуя обратному затеканию содержимого толстой кишки в тонкую кишку.

Прямая кишка (*rectum*) является конечной частью толстой кишки, в ней накапливаются, а затем выводятся из организма каловые массы. Прямая кишка расположена в полости малого таза. Ее длина у взрослого человека

составляет, в среднем, 15 см, а диаметр колеблется от 2,5 до 7,5 см. Позади прямой кишки располагаются крестец и копчик. Спереди от нее у мужчин находятся предстательная железа, мочевого пузыря, семенные пузырьки и ампулы семявыносящих протоков, у женщин - матка и влагалище.

Прямая кишка образует два изгиба. Верхний *крестцовый изгиб (flexura sacralis)* в передне-заднем направлении (крестцовый) соответствует вогнутости крестца, к передней поверхности которого прилежит прямая кишка. У копчика прямая кишка поворачивает кзади и вниз, огибая его верхушку, где образует второй изгиб, *промежностный (flexura perinealis)*, обращенный вогнутостью назад. Верхний отдел прямой кишки, соответствующий крестцовому изгибу, расположен в полости таза (*тазовый*). Книзу кишка расширяется, образуя *ампулу (ampula recti)*, диаметр которой при наполнении может увеличиваться. Конечный отдел прямой кишки, который направляется кзади и вниз, называется *заднепроходным каналом (candalis andalis)*. Он проходит сквозь тазовое дно и заканчивается задним проходом (*anus*). Длина верхней части прямой кишки 12-15 см, заднепроходного канала (анальной части) - 2,5-3,7 см.

Слизистая оболочка прямой кишки образует в верхнем отделе поперечно расположенные складки (рис. 32). В нижнем отделе прямой кишки имеются продольные складки - *заднепроходные столбы (columnae andales)*. Между этими складками расположены углубления - *заднепроходные пазухи (sclinus andales)*, хорошо выраженные у детей. Эпителий тазового отдела и ампулы прямой кишки - однослойный цилиндрический, крипт меньше, чем у вышележащих отделов толстой кишки. Слизистая оболочка заднепроходного канала не имеет крипт. Здесь однослойный цилиндрический эпителий слизистой оболочки сменяется многослойным кубическим. У анального канала совершается резкий переход от многослойного кубического к многослойному плоскому неороговевающему эпителию. Продольные пучки миоцитов мышечной оболочки.

расположены у прямой кишки не в виде трех лент, а сплошным слоем. Внутренний циркулярный мышечный слой, утолщаясь в области заднепроходного канала, образует *внутренний (непроизвольный) сфинктер заднего прохода*. Непосредственно под кожей лежит образованный исчерченными (поперечнополосатыми) мышечными волокнами кольцеобразный *наружный (произвольный) сфинктер*, который входит в состав мышц промежности. Оба сфинктера (внутренний непроизвольный и наружный произвольный) замыкают задний проход и открываются при акте дефекации.

Слепая кишка, поперечная ободочная и сигмовидная ободочная кишки покрыты брюшиной со всех сторон (лежат внутрибрюшинно -

интраперитонеально). Восходящая и нисходящая ободочные кишки, покрытые брюшиной спереди и с боков, занимают среднее положение по отношению к брюшине - лежат мезоперитонеально, их задняя поверхность серозной оболочки не имеет. Верхняя часть прямой кишки лежит интраперитонеально, средняя - мезоперитонеально, а нижняя брюшиной не покрыта, находится вне брюшины, т. е. лежит экстраперитонеально.

Кровоснабжение толстой кишки. Слепая, ободочная и прямая кишка кровоснабжается ветвями верхней и нижней брыжеечных артерий. К слепой кишке направляются подвздошно-ободочная артерия и ее ветви (восходящая артерия, передняя и задняя слепокишечные артерии). К червеобразному отростку подходит артерия червеобразного отростка. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается ветвями правой ободочной артерии, поперечная ободочная кишка - ветвями средней ободочной артерии. Ветви нижней брыжеечной артерии направляются к нисходящей ободочной кишке - левая ободочнокишечная артерия, к сигмовидной ободочной кишке - сигмовиднокишечные артерии, к прямой кишке – верхняя.

Рак прямой кишки .

Опухоль — это патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки. По характеру роста опухоли подразделяются на доброкачественные и злокачественные.

Рак прямой кишки.

Рак прямой кишки составляет 4-6% всех злокачественных новообразований, 20-25% опухолей ЖКТ и 35-40% колоректального рака; по темпам прироста он вышел на 1-е место в большинстве развитых стран. Наибольший рост заболеваемости отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и в России. Рак прямой кишки в России в среднем диагностируется с частотой 14-15 на 100 тыс. населения. Преимущественно заболевают люди в возрасте 60-75 лет; мужчины - чаще, чем женщины.

Этиология и патогенез рака прямой кишки.

Нет какой – либо одной причины, которая приводила бы к возникновению рака прямой кишки. Скорее всего, можно предположить о сочетании нескольких неблагоприятных факторов , ведущими из которых являются диета, внешняя среда, хронические заболевания толстой кишки и наследственность.

Роль диетических факторов в патогенезе рака прямой кишки находится в центре внимания многих исследователей. Колоректальный рак чаще наблюдается в областях, где в диете преобладает мясо и ограничено

потребление растительной клетчатки. Мясная пища вызывает увеличение концентрации жирных кислот, которые в процессе пищеварения превращаются в канцерогенные агенты. Меньшая частота рака прямой кишки в сельской местности и в странах с традиционной растительной диетой (Индия, Центральная Африка) демонстрирует роль растительной клетчатки в профилактике рака прямой кишки. Теоретически большое количество клетчатки увеличивает объем фекальных масс, разбавляет и связывает возможные канцерогенные агенты, уменьшая время транзита содержимого по кишке, ограничивая тем самым время контакта кишечной стенки с канцерогенами.

У больных с хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки особенно с язвенным колитом или болезнью Крона, частота рака прямой кишки значительно выше, чем в общей популяции. На степень риска развития рака влияют длительность и клиническое течение заболевания.

Колоректальные полипы достоверно увеличивают риск возникновения злокачественной опухоли. Индекс малигнизации одиночных полипов составляет 2-4 % множественных (более 2) -20 %, ворсинчатых образований –до 40 %. Полипы прямой кишки относительно редко встречаются в молодом возрасте, но у лиц старшего возраста наблюдаются достаточно часто. Наиболее точно о чистоте полипов прямой кишки можно судить по результатам патологоанатомических вскрытий. По данным литературы, частота выявления полипов при аутопсиях для экономически развитых странах составляет в среднем около 30 %.

Определенную роль в патогенезе рака прямой кишки играет наследственность. Лица первой степени родства с больными колоректальным раком имеют высокую степень риска развития злокачественной опухоли. К факторам риска следует относить как злокачественные опухоли толстой кишки, так и наличие злокачественных опухолей других органов. Такие наследственные болезни, как семейный диффузный полипоз, синдром Гарднера, синдром Тюрко, сопровождаются высоким риском развития рака прямой кишки. Если не удалять у таких больных полипы толстой кишки или саму кишку, то почти у всех из них развивается рак, иногда появляются сразу несколько злокачественных опухолей.

Рак прямой кишки развивается в соответствие с основными законами роста и распространением злокачественных опухолей, т. е. относительная автономность и нерегулируемость роста опухоли, утрата органо- и гистотипичного строения, уменьшение дифференцировки ткани. В тоже время имеются и свои особенности. Так рост и распространение

рака прямой кишки происходит относительно медленнее, чем, например, рака желудка. Более длительный период опухоль находится в пределах органа, не распространяясь в глубине стенки кишки, более чем на 2-3 см.

от видимой границы. Медленный рост опухоли нередко сопровождается местным воспалительным процессом, переходящим на соседние органы и ткани. В пределах воспалительного инфильтрата в соседние органы постоянно прорастают раковые комплексы, что способствует появлению так называемых местнораспространенных опухолей без отдаленного метастазирования.

В свою очередь отдаленное метастазирование также имеет свои особенности. Наиболее часто поражаются лимфатические узлы и (гематогенно) печень, хотя наблюдаются поражения и других органов, в частности легкого.

Особенностью рака прямой кишки являются довольно часто встречающийся его мультицентрический рост и возникновение одновременно (синхронно) или последовательно (метакронно) нескольких опухолей, как в толстой кишке, так и в других органах.

Классификация. Разнообразие характера роста и гистологического строения способствовало появлению многочисленных классификаций рака прямой кишки по различным параметрам.

По локализации:

- в анальном отделе кишки - 2-3%
- нижеампулярном - 20-25%
- среднеампулярном отделе - 25-30%
- вышеампулярном отделе - 20-25%
- ректосигмоидном отделе - 12-15%.

По типу роста:

- эндофитный (45%)
- экзофитный (55%).

По гистологическому строению:

- аденокарцинома
- слизистая аденокарцинома
- перстневидный
- плоскоклеточный
- железисто-плоскоклеточный
- базально-клеточный
- недифференцированный
- неклассифицируемый рак.

Среди злокачественных эпителиальных опухолей самой распространенной является аденокарцинома- на ее долю приходится более 80 % всех раковых опухолей толстой кишки.

По распространенности рак прямой кишки в отечественной практике классифицируется на 4 стадии:

I стадия- опухоль локализуется в слизистой оболочке и подслизистом слое кишки;

IIa стадия- опухоль занимает не более полуокружности кишки, не выходит за пределы кишечной стенки, без регионарных метастазов в лимфатических узлах;

IIб стадия- опухоль занимает не более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, но не выходит за пределы кишки, метастазов в регионарных лимфатических узлах нет;

IIIa стадия- опухоль занимает более полуокружности кишки прорастает всю ее стенку, поражения лимфатических узлов нет;

IIIб стадия- опухоль любого размера при наличии множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах;

IV стадия- обширная опухоль, прорастающая в соседние органы с множественными регионарными метастазами, или любая опухоль с отдаленными метастазами.

Наиболее информативной, позволяющей всесторонне оценить стадии развития опухоли является международная система TNM.

T – первичная опухоль.

Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

To - первичная опухоль не определяется.

Tis – интраэпителиальная опухоль или с инвазией слизистой оболочки.

T1 – опухоль инфильтрирует до подслизистого слоя.

T2 – опухоль инфильтрирует мышечный слой кишки.

T3 – опухоль прорастает все слои кишечной стенки.

T4 – опухоль прорастает серозный покров или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры.

N – регионарные лимфатические узлы.

No - нет поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 - метастазы в регионарные лимфатические узлы.

N 2 – метастазы в отдаленные лимфатические узлы.

M – отдаленные метастазы.

Mo – отдаленных метастазов нет.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

Определение стадии заболевания должно основываться на результатах дооперационного обследования, данных интраоперационной ревизии и послеоперационного изучения удаленного участка прямой кишки, в том числе и со специальной методикой исследования лимфатических узлов.

Патолого-анатомическая картина

Экзофитные опухоли имеют четкие контуры, растут в просвет прямой кишки. К ним относят полиповидный рак (опухоль на широком или узком основании, выступает в просвет кишки), бляшковидный (опухоль на широком основании, с плоской поверхностью, незначительно выступает в просвет кишки), ворсинчато-папиллярный рак (бугристая опухоль дольчатого строения).

Эндофитные опухоли характеризуются внутристеночным ростом; опухоль поражает стенку прямой кишки на большем или меньшем протяжении, в разной степени проникая в ее толщу (диффузно-инфильтративный рак) и сужая просвет кишки. Границы опухоли четко не определяются. На отдельных участках могут возникать изъязвления (эндофитно-язвенный рак). Стенка кишки становится ригидной.

Гистологическая структура рака прямой кишки различна, однако у преобладающего большинства больных (80-85%) опухоль является аденокарциномой.

Рак прямой кишки, разрастаясь, распространяется в просвет кишки и в толщу кишечной стенки (поражая подслизистую основу и мышечный слой), выходя затем за ее пределы и врастая в окружающие органы (влагалище, матка, мочевого пузырь, семенные пузырьки, мочеточники) и ткани. Одновременно с ростом опухоли в толщу кишечной стенки идет ее распространение по окружности прямой кишки. Инфильтрация раковыми клетками стенки кишки не превышает обычно 4-5 см от видимой на глаз границы опухоли. Метастазирование рака прямой кишки может идти лимфогенным (в регионарные и отдаленные лимфатические узлы), гематогенным (чаще всего в печень) и имплантационным (карциноматоз тазовой брюшины, распространение раковых клеток по поверхности слизистой оболочки) путями.

Клиническая картина

Клинические симптомы рака прямой кишки и степень их проявления определяются размерами, степенью инвазии, формой роста и локализацией опухоли, а также сопутствующими осложнениями и характером метастазирования. По мере роста и метастазирования опухоли симптомы заболевания становятся все более разнообразными, а степень их

выраженности возрастает. На ранних стадиях развития опухолевого процесса местные (первичные) признаки чаще выражены нерезко, могут проявляться лишь эпизодически и не привлекают к себе должного внимания больного и врача.

Первичные симптомы - патологические выделения из кишки в виде крови и слизи. Кровь в кале первоначально появляется в виде прожилок. По мере роста и травматизации опухоли количество выделяемой крови может увеличиться. Кровь при этом темная или черная (измененная), почти всегда перемешана с каловыми массами либо предшествует калу. На поздних стадиях болезни может приобретать зловонный запах или выделяться в виде сгустков. Слизь при раке прямой кишки в чистом виде выделяется очень редко. Более характерно выделение слизи с прожилками крови, чаще - с сукровичными выделениями либо, на более поздних стадиях, с примесью гнойно-кровянистой жидкости или гноя со зловонным запахом. Появление крови - прямое показание к пальцевому исследованию прямой кишки и ректоскопии.

С ростом опухоли локальная симптоматика становится более выраженной: выделение крови из прямой кишки усиливается, часто появляются сгустки, однако, как правило, профузного кровотечения не бывает. Может измениться форма испражнений - лентовидный кал; появляется ощущение инородного тела в прямой кишке.

Вторичные симптомы, обусловленные ростом опухоли, проявляются, когда опухоль достигает значительных размеров, и патогенетически обусловлены сужением просвета прямой кишки и ригидностью стенок, в редких случаях бывают первыми и единственными симптомами заболевания. При раке, локализуемом в ректосигмоидном отделе прямой кишки, преобладают симптомы обтурационной кишечной непроходимости разной степени выраженности, вплоть до завершённой. Прежде всего это нарушение пассажа каловых масс по кишечнику: запор, вздутие живота, урчание в животе, усиленная перистальтика, в запущенных случаях сопровождающееся спастической болью в животе. Часто стойкий запор сменяется эпизодическим поносом. Механизм развития этого явления таков: плотные каловые массы не проходят через суженный просвет прямой кишки, что, в свою очередь, приводит к уменьшению всасывания воды, повышению секреторной деятельности и усилению перистальтики толстой кишки.

При прорастании опухоли кишечной стенки и врастании в соседние структуры и органы появляются другие симптомы. Опухоль, расположенная в нижних отделах прямой кишки, может распространяться на заднепроходный канал (рис. 13.6), на предстательную железу у мужчин и на влагалище у женщин. В этих случаях могут возникнуть боли в области анального прохода, копчика, крестца и даже в поясничной

области. При раке верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки опухоль может прорасти в стенку мочевого пузыря. Клинические проявления в этом случае возникают лишь при образовании ректовезикального свища. У таких больных отмечают лихорадку в связи с развитием восходящей инфекции мочевых путей. При мочеиспускании через уретру выделяются газы, иногда кал. При прорастании задней стенки влагалища может образоваться ректовагинальный свищ, при этом из влагалища выделяются кал и газы.

Метастазы рака прямой кишки в печени встречаются наиболее часто и не имеют характерных клинических проявлений. Лишь при значительном поражении печени можно видеть увеличение этого органа. При локализации узлов в области ворот печени в ряде случаев бывает желтуха. При абсцедировании метастазов развивается клиническая картина абсцесса печени.

Общие симптомы чаще появляются на III-IV стадии болезни - это нарушение общего состояния: похудение, слабость, снижение трудоспособности, утомляемость, анемия, землистый цвет лица и сухость кожи - возникают лишь при распространенном опухолевом процессе. В начальных же стадиях самочувствие практически не изменяется.

При раке анального канала ведущим и довольно ранним симптомом болезни является тупая постоянная боль в области заднего прохода, которая усиливается при дефекации. В связи с эндофитным ростом опухоли этой локализации часто наступает изъязвление новообразования, что проявляется в виде патологических примесей к калу: вначале крови, затем слизи и гноя. При прорастании опухоли в анальный сфинктер на большом протяжении наблюдается недержание газов, кала. Вместе с тем опухоль за счет сужения наиболее узкого отдела прямой кишки быстро приводит к развитию кишечной непроходимости. При раке анального канала метастазы распространяются в паховые лимфатические узлы.

Диагностика.

В настоящее время имеется возможность выявить рак прямой кишки практически во всех случаях заболевания. Необходимо лишь следовать двум условиям:

- 1) соблюдать диагностический алгоритм;
- 2) полностью использовать возможности применяемых диагностических методов.

Алгоритм диагностики рака прямой кишки:

- анализ жалоб и анамнеза (следует помнить, что у лиц старше 50 лет риск возникновения рака прямой кишки очень высок);
- клиническое исследование;

- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия;
- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- колоноскопия;
- ирригоскопия (при сомнительных данных колоноскопии или их отсутствии);
- ультразвуковое исследование органов живота и малого таза;
- эндоректальное ультразвуковое исследование;
- биопсия обнаруженной опухоли.

При анализе жалоб и анамнеза необходимо обращать внимание на особенности кишечной симптоматики.

Для заболеваний толстой кишки характерна некоторая монотонность симптоматики. Большинство из них проявляются либо нарушениями дефекации, либо примесью крови и слизи к стулу, либо боль в животе или дискомфорт в области заднего прохода, виде зуда. Часто эти симптомы сочетаются между собой. Те же симптомы и даже в тех же сочетаниях наблюдаются и у больных раком прямой кишки. Нет ни одного специфического признака этого заболевания.

Пальцевое исследование, ректороманоскопия играют важную роль диагностике рака прямой кишки. Например для выделения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки практически достаточно одного пальцевого исследования. Для использования всех диагностических возможностей применяемых методик очень важна правильная подготовка толстой кишки к исследованию. В противном случае возможны грубые диагностические ошибки.

Важным методом диагностики распространенности опухолевого процесса является ультразвуковое исследование. С его помощью устанавливается не только наличие отдельных метастазов, в частности в печени, но и степень местного распространения опухоли, а также наличие или отсутствие перифокального воспаления. Целесообразно использовать 4 вида ультразвукового исследования: чрескожный, эндоректальный, эндоскопический, интраоперационный.

В сложных случаях прорастания опухоли в окружающие органы и ткани рекомендуются компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс.

Осложнения.

Наиболее частыми осложнениями рака прямой кишки являются нарушения кишечной проходимости, вплоть до острой кишечной

непроходимости, кишечные кровотечения, перифокальные воспаления и перфорация кишки либо опухоли, либо так называемые дилататические из-за перерастяжения кишечной стенки при непроходимости.

Все осложнения требуют соответствующего лечения, иногда срочных и даже экстренных оперативных вмешательств для спасения жизни больных, например, при диффузном кровотечении, острой кишечной непроходимости и перфорации.

У больных с запущенной формой рака перечисленные осложнения могут сочетаться, значительно увеличивая риск и ухудшая прогноз хирургического лечения. Профилактика осложнений состоит в своевременной ранней диагностике рака прямой кишки.

Лечение.

Клинико-анатомические исследования показали, что для соблюдения принципов радикальности операции на прямой кишке достаточно отступить от нижнего полюса опухоли на 2-5 см, а от верхнего полюса - на 12-15 см. Следовательно, одним из главных факторов, влияющих на выбор способа операции при раке прямой кишки, является уровень расположения нижнего полюса опухоли. С учетом этих факторов весь спектр оперативных вмешательств на прямой кишке условно можно разделить на 2 категории - с сохранением и без сохранения сфинктерного аппарата органа. Выбирая метод радикальной операции при раке прямой кишки, следует учитывать также конституциональные особенности больного, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний.

При подготовке кишечника к предстоящей операции применяют слабительные средства - макрогол (фортранс, флит), ортоградное промывание кишечника. Реже используют бесшлаковую диету и подготовку кишечника очистительными клизмами.

При раке ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки, если размеры опухоли не превышают 5 см (локальный опухолевый процесс) и отсутствуют данные о метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов, хирургический метод является методом выбора, и оперативное вмешательство выполняется в объеме чрезбрюшной (передней) резекции прямой кишки. При размерах опухолевого узла более 5 см и подозрении на метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов показано комбинированное лечение с неоадьювантной (предоперационной) лучевой терапией.

При раке среднеампулярного отдела прямой кишки методом выбора при любой степени местного распространения опухолевого процесса является комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией.

Особенно показан комбинированный метод лечения при планировании сфинктеросохраняющих операций (низкая передняя резекция прямой кишки, брюшно-анальная резекция

прямой кишки). Хотя, как указывают ряд авторов, предоперационная лучевая терапия не влияет на 5-летнюю выживаемость.

Переднюю резекцию прямой кишки выполняют из нижней срединной лапаротомии. После мобилизации прямой кишки ее пересекают на 4-5 см ниже опухоли. Пересекают сигмовидную ободочную кишку (удаляя тем самым подлежащий резекции участок кишки) и накладывают анастомоз между сигмовидной ободочной кишкой и культей прямой кишки

При брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной, нисходящей или поперечной ободочной кишки производят нижнюю срединную лапаротомию. Мобилизуют прямую, сигмовидную и нисходящую ободочную кишку. Рану брюшной стенки зашивают. После растяжения заднего прохода стенку кишки рассекают по прямокишечно-заднепроходной линии, низводят прямую и сигмовидную ободочную кишку через задний проход и отсекают сигмовидную ободочную кишку на уровне, определенном при брюшном этапе операции. Края низведенной кишки фиксируют по окружности анального канала.

При раке нижеампулярного отдела (не более 5-7 см от переходной складки) при любой степени местного распространения опухолевого процесса показано включение в состав комбинированного лечения предоперационной лучевой или термолучевой терапии (при наличии аппаратов для проведения локальной СВЧгипертермии). Хирургическое лечение выполняется в объеме экстирпации прямой кишки.

Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Кеню-Майлса) заключается в удалении всей прямой кишки и части сигмовидной ободочной кишки с наложением одноствольной колостомы в левой половине подвздошной области. Операция состоит из 2 этапов - брюшного и промежностного. Брюшной этап операции выполняют из нижней срединной лапаротомии. Перевязывают и пересекают нижнюю брыжеечную артерию (и вену) ниже отхождения от нее левой толстокишечной артерии, рассекают брыжейку сигмовидной ободочной кишки, а саму кишку перевязывают. Мобилизуют сигмовидную и прямую кишку. Сигмовидную ободочную кишку прошивают аппаратом и выводят в левой подвздошной области на брюшную стенку, формируя одноствольную колостому. Рану брюшной стенки зашивают. Переходят к промежностному этапу. Вокруг заднего прохода накладывают и затягивают кисетный шов. На расстоянии 2-3 см от заднего прохода окаймляющим разрезом рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, пересекают заднепроходно-копчиковую связку и мышцы, поднимающие

задний проход. Завершив мобилизацию прямой кишки, ее удаляют. Промежностную рану зашивают, оставляя дренаж в пресакральном пространстве.

Обструктивную резекцию прямой кишки выполняют при острой кишечной непроходимости. В этом случае из нижней срединной лапаротомии мобилизуют сигмовидную ободочную и прямую кишку, пересекают прямую кишку ниже опухоли, культю кишки ушивают наглухо. Отсекают пораженный отдел кишки и накладывают одноствольную колостому в левой подвздошной области.

Цель паллиативных (циторедуктивных) операций в объеме резекции или экстирпации прямой кишки - лишь продление жизни больного и уменьшение его страданий. Их выполняют при невозможности полного удаления отдаленных метастазов. Симптоматические операции колостомии заключаются в наложении двуствольной колостомы либо сигмостомы на передней брюшной стенке в левой подвздошной области при явлениях кишечной непроходимости и невозможности радикального или циторедуктивного удаления основного опухолевого узла.

При малых размерах рака анального канала проводят лучевую терапию, при больших размерах опухоли и рецидиве заболевания после облучения показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Комбинированное лечение. В настоящее время считают целесообразным при местно-распространенном раке прямой кишки применение предоперационной лучевой терапии и адъювантной химиотерапии, что позволяет увеличить операбельность и улучшить результаты хирургического лечения, повышая частоту 5-летней переживаемости больных. Как самостоятельные виды лечения лучевую и химиотерапию используют только с паллиативной целью.

Прогноз

5-летняя переживаемость после радикального хирургического лечения при раке прямой кишки составляет 40-50%. Она зависит прежде всего от стадии заболевания, гистологической структуры и формы роста опухоли. Прогноз благоприятнее в случае, если операция произведена в I-II стадию заболевания, при экзофитной опухоли, особенно если она имеет высокую степень дифференцировки.

Список литературы

1. Калмин О.В. Лекции по анатомии человека. Часть II. – Пенза: Изд-во ПГУ, 2005. – 166 с.
2. Материалы VIII Российского онкологического конгресса. 2004. – 358 с
3. Тексты тезисов VIII Съезда РОЭХ. – М.: Изд-во РОЭХ, 2002. – 264 с.
4. Хирургические болезни / Под ред. М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1999. – 704 с.
5. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, Кн. изд-во, 1971, т.2.
6. Анатомия человека : учебник в 3 т. - изд. 3-е испр., доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 496 с. : ил.
7. Пальцев М. А. , Аничков Н. М. Патологическая анатомия. Учебник. В 2-х т. Т. 2, ч. I.- М.: Медицина, 2001.- 736 с.: ил.- (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов). – ISBN 5-225-04625-8
8. Патологическая анатомия. Курс лекций. Учебное пособие /Под ред. В.В. Серова, М. А. Пальцева. – М.: Медицина, 1998.- 640 с.: ил.- (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов).ISBN 5-225-02779-2
9. <http://www.proktologia.com.ua/polip.htm>