**Геморрой и колоректальный рак**

План реферата:

I Неопухолевые заболевания прямой кишки

* Геморрой:
* определение, основные факторы возникновения
* профилактика
* классификация
* симптоматика
* наружный геморрой
* внутренний геморрой
* осложнения
* лечение
* анальная трещина: симптоматика, диагностика, лечение
* парапроктит: клиника, диагностика, лечение

II Колоректальный рак:

* эпидемиология
* факторы риска возникновения
* классификация по TNM, Dukes
* симптоматика колоректального рака
* диагностика
* лечение
* прогноз

Неопухолевые заболевания прямой кишки.

1. Геморрой.

Геморрой (nodi, noduli, varices haemorrhoidales) представляет собой узловатые расширения в геморроидальных сплетениях под кожей области заднего прохода и под слизистой шейки ампулы прямой кишки. Пещеристые тела прямой кишки располагаются радиально, состоят из внутренней части, покрытой слизистой оболочкой, и наружной, покрытой кожей.

Основные факторы возникновения геморроя:

1. Повышение внутрибрюшного давления в результате затруднения дефекации, мочеиспускания (гипертрофия простаты) или в результате подъема тяжестей;
2. Длительные периоды стояния;
3. Сдавление вен малого таза при ректальном раке, беременности, миоме матки;
4. Портальная гипертензия;
5. Диарея (например, при язвенном колите).

Также возникновению геморроя способствуют:

* врожденная слабость венозных стенок и недоразвитие клапанов (одновременно с изменениями на голенях),
* сидячий или стоячий образ жизни,
* вялость соединительной ткани при старении, при недостаточном питании, при беременности, при эндокринных нарушениях.

Некоторые авторы придают значение инфекции (однако, как фактор возникновения геморроя не доказан) - бактериальная флора может распространяться на периректальную клетчатку и вызывать флебиты в геморроидальном сплетении, эти ослабляется и растягивается сосудистая стенка. Эластическая стенка замещается соединительной тканью и таким способом образуются вариксы, которые в дальнейшем изменяются воспалением, тромбозом и фиброзом.

Профилактика геморроя:

1. Необходимо избегать частых резких увеличений внутрибрюшного давления:

* подъемы тяжестей
* одномоментное опорожнение кишечника во время дефекации
* тщательный туалет перианальной области после дефекации

1. Избегать венозного застоя:

* не находится долго в одном положении (сидя или стоя);
* людям, предрасположенным к варикозной болезни меньше длительно стоять, часто носить тяжести.

Классификация.

По этиологии:

1. Врожденный (или наследственный);
2. Приобретенный: первичный или вторичный (симптоматический).

По локализации:

1. Наружный геморрой (подкожный);
2. Внутренний геморрой (подслизистый);
3. Межуточный (под переходной складкой)

По клиническому течению:

1. Острый;
2. Хронический.

Осложнения:

1. Кровотечение;
2. Выпадение геморроидальных узлов;
3. Тромбоз геморроидальных узлов;
4. Инфекционные осложнения

Степени тяжести внутреннего геморроя:

1. Первая степень - узлы никогда не опускаются ниже наружного сфинктера;
2. Вторая степень - узлы ниже сфинктера, но могут быть вправлены обратно;
3. Третья степень - узлы постоянно находятся наружи.

Основные симптомы:

1. Перианальный зуд;
2. Кровотечения из прямой кишки (особенно в малых количествах - на туалетной бумаге или несколькими каплями в унитазе);
3. Боль и наличие пальпируемого образования в области ануса.

Наружный геморрой.

Клиническая картина.

Геморроидальные узлы покрыты кожей. Связан с застоем в области v. Analis. Узлы располагаются в наружной части заднепроходного канала под кожей анальной и перианальной области. В спокойном состоянии они не вызывают неприятных ощущений, никогда не кровоточат. Как правило, они сопровождают внутренний геморрой и вообще являются скорее показателем патологического состояния в заднем проходе, чем самостоятельным заболеванием. При острых аноректальных нарушениях, например при воспалении внутренних геморроидальных узлов, они гиперемируются: это застойный наружный геморрой - увеличенные узлы фиолетового цвета.

Частым осложнением наружного геморроя является тромбоз, такой узел будет увеличенным, очень болезненным, покрытым напряженной, истонченной кожей. Болезненные ощущения длятся несколько дней, а затем узел сморщивается под влиянием воспаления и подвергается соединительно-тканному перерождению. Так образуются плотные, безболезненные узелки около заднего прохода - анальные выпячивания (фиброзный или слепой геморрой), которые остаются постоянными свидетелями перенесенных тромбозом. Обычно они не беспокоят, но если они слишком большие и многочисленные, то они поддерживают влажность и нечистоту между ягодицами и могут явиться причиной анальной экземы и зуда. Это и является единственным поводом для лечения путем оперативного устранения.

Внутренний геморрой.

Представляет собой застой в сплетениях v. Rectales craniales et caudales; располагаются под слизистой шейки ампулы и покрыты слизистой прямой кишки. При обычно осмотре он заметен только при атонии анальных сфинктеров или при выпадении. Пальцем не прощупывается (если не является фиброзным), и, следовательно, может быть констатирована только путем эндоскопического исследования: введенный в прямую кишку тубус постепенно извлекается и придавливается обратно; в просвете появляются овальные или полипоидные узлы, локализующиеся главным образом на 1, 5, 9 часах.

Спокойный внутренний геморрой - это просто варикозные расширения, клинически латентные. Как заболевание он проявляется лишь тогда, когда появляются какие-нибудь осложнения: чаще всего это кровотечение.

Осложнения.

1. Кровотечение. Возникает при истончении слизистой и гиперемии узла. Кровь изливается из многочисленных эрозий или диффузно. Кровь свежая, жидкая. Кровотечение появляется на туалетной бумаге или капает после дефекации из заднего прохода. Такое кровотечение бывает периодически, преимущественно наблюдается при запоре или при поносе. Этим оно отличается от энтероррагии при карциноме прямой кишки или при язвенном колите, при которых кровь наблюдается при каждой дефекации при тенезмах и бывает свернувшейся. Повторные, даже небольшие геморроидальные кровотечения могут привести к анемии.
2. Воспаление. При воспалении внутренние геморроидальные узлы красные, увеличенные, болезненные, кровоточащие с поверхностных эрозий. Возникают рефлекторные спазмы заднего прохода и пальцевое обследование бывает болезненным.
3. Тромбоз внутренних геморроидальных узлов возникает внезапно: один из узлов становится значительно увеличенным, фиолетовым, очень болезненным при дотрагивании, при дефекации, при ходьбе. Здесь также имеется болезненный спазм сфинктера и рефлекторный запор. Это острое состояние длится 3-5 дней, после чего узле подвергается соединительно-тканному изменению. После этого он при исследовании per rectum прощупывается в виде твердого узелка. Слизистая узла при воспалении или при тромбозе может некротизироваться и образуется изъязвление.
4. Выпадение геморроидальных узлов. Если внутренние геморроидальные узлы достигают больших размеров, то они выходят за аноректальную линию в заднепроходный канал и появляются перед анусом или только при натуживании (опускающийся геморрой) или постоянно (выпадающий геморрой). Вместе с ним часто выпадает и окружающая слизистая прямой кишки (prolapsus recti). Если воспаление и задний проход спастически смыкается, выпавший узел ущемляется, и если своевременно не произвести вправления, он может омертветь.

Межуточные геморроидальные узлы (varices externo-interni). Образуются путем варикозного изменения наружного и внутреннего венозного сплетения в совокупности. Такой узел является вытянутым, располагается по всей длине заднепроходного канала и, следовательно, на внутренней части покрыт слизистой прямой кишки, а на наружной части - кожей области заднего прохода.

Диагностика.

1. Наружный осмотр;
2. Пальцевое исследование;
3. Осмотр в зеркалах;
4. Ректороманоскопия для исключения сопутствующих заболеваний, в том числе проявляющихся кровотечениями.
5. При тромбозе и воспалении геморроидальных узлов все виды внутренних осмотров выполняют после ликвидации острого процесса.

Лечение.

Консервативная терапия направлена на ликвидацию воспалительных изменений и регуляцию стула.

1. Щадящая диета.
2. Сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия.
3. Новокаиновые параректальные блокады по А.В. Вишневскому с наложением масляно-бальзамических повязок- компрессов.
4. Свечи и мазь с гепарином и протелитическими ферментами.
5. Микроклизмы с облепиховым маслом, маслом шиповника и мазью Вишневского.
6. Физиотерапия - УВЧ, ультрафиолеотовое облучение кварцевой лампой.
7. При отсутствии эффекта от описанного лечения, при частых повторных обострениях выполняют оперативное лечение. Лучше выполнять его после проведения противовоспалительной терапии в стационаре в течение 5-6 дней.

Оперативное лечение. Проводится при осложнениях: тромбозах, кровотечении, выпадении внутренних геморроидальных узлов.

1. Склерозирующие инъекции. При хроническом геморрое, проявляющемся только кровотечением, без выраженного увеличения и выпадения внутренних узлов возможно применение инъекций склерозирующих веществ. Инъекция склерозирующих препаратов в ткань геморроидального узла приводит к замещению сосудистых элементов узла соединительной тканью.
2. Лигирование. Если общее состояние больного не позволяет выполнить хирургическое вмешательство, а воспалительные явления не дают возможности провести склерозирующую терапию, а также при выпадении внутренних узлов у соматически ослабленных больных производят лигирование отдельных узлов латексными кольцами с помощью специального аппарата. Данный способ, как правило, не дает радикального излечения.
3. При хроническом геморрое, осложненном выпадением узлов или кровотечениями, не поддающимися консервативному лечению, показано оперативное вмешательство. В основе наиболее часто применяемых методов лежит операция Миллигана-Моргана: удаление снаружи внутрь трех основных коллекторов кавернозной ткани и перевязкой сосудистых ножек. Длительность заживления неушитых ран стенок анального канал, достигающая 2 мес., обусловила появление ряда модификаций этой операции:

* раны стенок анального канала ушивают частично с оставлением узких полосок, обеспечивающих их дренирование (применяют в основном при остром геморрое)
* ушивание послеоперационных ран наглухо (выполняют при хроническом геморрое).

Анальная трещина.

Анальная трещина - дефект стенки анального канала линейной или треугольной формы длиной 1-2 см, расположенный вблизи переходной складки, несколько выше линии Хилтона и доходящий до прямокишечно-заднепроходной складки или распространяющийся выше нее.

Симптоматика:

1. Боли при дефекации значительно выражены; длятся 40-50 минут после дефекации. Из-за боли возникает спазм анальной мышцы.
2. Из-за болей пациент ограничивает прием пищи, задерживает стул, становится нервозным, страдает бессоницей, депрессией.
3. Значительный спазм заднего прохода при попытке осмотреть анус.
4. Анальный зуд

Диагностика.

1. Осмотр: трещина заднего прохода выявляется после глубокого раздвигания ягодиц и заднего прохода; она выступает в виде сердцевидного дефекта, вершина которого направляется в заднепроходной канал. Форма симметричная, края острые, дно свежей трещины ярко-красное, дно хронической трещины грязно-серое, практически никогда не кровоточит. Может сопровождаться внутри гипертрофической папиллой и снаружи - геморроем или выпячиванием заднего прохода;
2. Пальцевое исследование, как правило, произвести не удается из-за резкой боли

Лечение.

Консервативное лечение включает:

1. Диету, преимущественно кисломолочно-растительного характера с исключением острых, соленых, горьких блюд, а также алкогольных напитков;
2. Сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия, свечи с метилурацилом, проктоседиловые, ультрапрокт, микроклизмы с облепиховым маслом.

Оперативное лечение предпринимают в случае хронического течения, когда трещина превращается в незаживающую, окруженную рубцом язву со сторожевым бугорком и пектенозом, сопровождающуюся выраженным спазмом сфинктера, и когда консервативная терапия бесперспективна. Операция заключается в иссечении трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. При необходимости выполняют заднюю дозированную или боковую подкожную сфинктеротомию.

Парапроктит.

Различают острый и хронический парапроктит - абсцессы параректальной области и свищи, идущие от прямой кишки и открывающиеся на коже перианальной области.

Этиология.

Большинство свищей и абсцессов аноректальной области по своей природе бывают криптогландулярными. Острое (криптит, папиллит) или хроническое (при геморрое и анальной трещине) поражение анальных крипт в зоне зубчатой линий прямой кишки ведет к проникновению инфекции (чаще по ходу анальных желез) в клетчаточные пространства таза.

Классификация абсцессов:

По глубине:

1. Глубокие абсцессы, располагающиеся над m.levator ani

* пельвиоректальные
* подслизистые

1. Поверхностные - под m.levator ani:

* подкожные
* ишиоректальные

Симптомы:

1. Постоянные боли
2. Затруднения при дефекации, при ходьбе
3. Пальцевое исследование очень болезненно, часто в связи с болезненным спазмом невозможна
4. Повышенная температура (субфебрилитет) и недомогание

Диагностика:

Пальцевое исследование прямой кишки - основной метод.

После вскрытия или спонтанной перфорации абсцесса образуется свищ, открывающиеся в заднепроходной канал или наружу от заднего прохода.

Классификация:

1. полные свищи - свищи, которые открываются своим внутренним отверстием в прямую кишку и наружным в перианальной области,
2. неполные свищи - открываются только внутренним отверстием в прямую кишку или перианальную области и заканчиваются слепо.

По отношению к сфинктеру:

1. Экстрасфинктерные (канал свища не проходит через анальный сфинктер)
2. Интрасфинктерные (свищ проходит через мышцу)

Симптомы:

1. При полных свищах гнойные выделения из заднего прохода или перианальной области
2. Боли при дефекации, могут быть постоянные боли
3. Иногда субфебрилитет

Диагностика:

1. Симптомы
2. Пальцевое исследование
3. Фистулография

Лечение острого парапроктита.

1. Основное лечение - хирургическое. Операцию необходимо выполнять тотчас после установления диагноза. Промедление ухудшает не только общее состояние больного, но и прогноз, так как чревато опасностью распространения гнойного процесса, разрушением мышечных структур анального сфинктера, тазового дна и стенок прямой кишки.
2. Операция: вскрытие и дренирование абсцесса, ликвидация внутреннего отверстия гнойника, сообщающего его полость с просветом прямой кишки.

Лечение хронического парапроктита и свищей:

1. Иссечение внутреннего свища в виде треугольника основанием наружу - операция Габриэля.
2. При экстрасфинктерных свищах производят иссечение всего свища и низведение слизистой.

Опухолевые заболевания прямой толстой кишки.

## 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.

## Факторы риска возникновения колоректального рака:

Диета

1. 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.
2. Отмечено резкое снижение случаев заболевания среди вегетарианцев.
3. 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.

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

## Классификация по Dukes.

**A**

**B1**

**B2**

**C1**

**D**

Слизистая

Подслизистая

Мышечный слой

Сероза

Лимфатические узлы

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 |  |
| 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.

1. Поражение лимфатических узлов стенки кишки
2. Поражение внутритазовых лимфатических узлов
3. Гематогенное метастазирование: чаще в печень и легкие.

## Симптоматика ректального рака.

1. Кровотечение - 65-90%. Кровотечение проявляется примесью крови и слизи в стуле. При геморрое кровотечение, как правило, в конце акта дефекации, "струйкой".
2. Боль - 10-25%
3. Кишечный дискомфорт 45-80% и нарушение функции кишки - запор.
4. Изменение стула и тенезмы.

Симптоматика рака ободочной кишки.

Клиническая картина зависит от локализации, размера опухоли и наличия метастазов.

Рак правых отделов ободочной кишки:

1. Анемия вследствие медленной кровопотери, а также действия токсических продуктов опухоли, которые всасываются в кровеносное русло в этих отделах.
2. Нередко в брюшной полости определяется определяется опухолевидный инфильтрат и возникают боли в животе, но из-за большого диаметра проксимальных отделов ободочной кишки и жидкого содержимого острая кишечная непроходимость развивается редко и на поздних стадиях заболевания.

Рак левых отделов ободочной кишки:

1. Нарушения функциональной и моторной деятельности кишки: к развитию кишечной непроходимости предрасполагают небольшой диаметр дистальных отделов ободочной кишки, плотные каловые массы и частое циркулярное поражение кишки опухолью.
2. Патогномоничным признаком рака толстой кишки является наличие патологических примесей в стуле (темной крови, слизи).

## Диагностика.

1. Ректальное исследование помогает установить диагноз ректального рака в 65-80% случаев. Пальцевое исследование позволяет определить наличие опухоли, характер ее роста, связь со смежными органами.
2. Ирригоскопия (контрастное исследование толстой кишки с барием) позволяет установить локализацию, протяженность опухоли и ее размеры.
3. Эндоскопия с биопсией:

* Ректороманоскопия с биопсией опухоли - обязательна для верификации диагноза
* Колоноскопия

1. Эндоректальное УЗИ (при раке прямой кишки) позволяет определить прорастание опухоли в смежные органы (влагалище, предстательную железу).
2. КТ и УЗИ, сцинтиграфия печени. Проводят для исключения часто встречающихся метастазов в этот орган.
3. При подозрении на острую кишечную непроходимость необходима обзорная рентгенография органов брюшной полости.
4. Лапароскопия показана для исключения генерализации злокачественного процесса.
5. 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.
6. 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.

1. Среди всего населения: ректальное исследование, клинический анализ крови, после 40 лет ректороманоскопия каждые 3-5 лет.
2. Среди населения с колоректальным раком у родственников: ректороманоскопия каждые 3-5 лет начиная с 35 лет, контрастное исследование толстой кишки каждые 3-5 лет.
3. Пациенты с язвенным колитом более 10 лет нуждаются в резекции толстой кишки, и ежегодной колоноскопии с биопсией.
4. Пациенты с семейным полипозом - резекция толстой кишки, исследование кишки через каждые 6 месяцев.

## 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 ободочной кишки.

1. При раке правой половины ободочной кишки - правосторонняя гемиколэктмия с наложением илеотрансверзоанастомоза.
2. При раке средней трети поперечной ободочной кишки - резекция поперечной ободочной кишки с наложением коло-колоанастомоза конец в конец.
3. При раке левой половины ободочной кишки - левосторонняя гемиколонэктомия с наложением трансверзносигмоанастомоза.
4. При раке сигмовидной кишки - резекция сигмовидной кишки.
5. При неудалимой опухоли или отдаленных метастазах - паллиативные операции с целью предупреждения осложнений (кишечная непроходимость, кровотечение): наложение илеотрансверзоанастомоза, трансверзосигмоанастомоза, двуствольной илео- или колостомы.

## Виды операций при раке прямой кишки.

1. 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).
2. 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.

## 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%.

**Список литературы**

1. Классификация злокачественных опухолей. Издание четвертое, дополненное, исправленное.
2. З. Маржатка. Практическая гастроэнтерология, Прага, 1967 год
3. Ph. Rubin. Clinical Oncology, A Multidisciplinary Approach for Physicians and Students, 7th Edition, 1993
4. Хирургия, руководство для врачей и студентов, под редакцией В.С. Савельева. Геоэтар медицина, 1997 год.
5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., Курск: Литера, 1995.
6. Хирургические болезни 2-е издание, М.И. Кузин ред., М: Медицина, 1978.
7. Патофизиология органов пищеварения. Джозеф М. Хендерсон. Бином и невский диалект, 1997.
8. Барбара Бэйтс, Линн Бикли, Роберт Хекельман и др. Энциклопедия клинического обследования больного, перевод с английского. Москва, Геотар медицина 1997г.