Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. Академика И.П.Павлова

Кафедра хирургических болезней

**Реферат**

**Тема реферата: Рак прямой кишки**

**Преподаватель: Проходцев И.И.**

**Студент: Мелихов Е.А.**

**Санкт-Петербург**

**1997 год**

**РАК ПРЯМОЙ КИШКИ**

В структуре всех онкологических заболевний рак прямой кишки в нашей стране находится на 8-м месте, составляя 2,5 -3,5% от всех злокачественных опухолей, а в некоторых странах (США, Англия,Франция) он занимает 2-3-е место. Рак прямой кишки в среднем встречается у 10 человек на 100000 населения. Преимущественно поражаются люди в возрасте 50 - 60 лет, одинаково часто мужчины и женщины. В последние десятилетия отмечено достоверное увеличение заболеваемости раком прямой кишки, причем эта тенденция сохраняется и в настоящее время. В возникновении рака прямой кишки большую роль принадлежит предраковым заболеваниям, к которым относятся полипы, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронический дивертикулит. Некоторое значение в возникновении рака прямой кишки придают характеру принимаемой пищи (легкоусвояеыая пища, содержащая много шлаков, большое количество консервантов).

**Классификация рака прямой кишки:**

1. По локализации: в анальном отделе кишки (10%) нижнеампулярном и верхнеампуларном отделах (60%), ректосипоидном отделе (30%).

1. По типу роста: Эндофитный (30%) Экзофитный(20%) смешанный(50%).
2. По гистологическому строению: аденокарцинома, слизистый,солидный,плоскоклеточный, недифференцированный, фиброзный рак.
3. По стадии процесса: (от 1 до 4) или распространённости заболевания(ТХМ).

В наше стране принята следующая классификация рака прямой кишки:

**Стадия 1** - небольшая подвижная опухоль (диаметром менее 2 см), не прорастающая стенку кишки и распространяющаяся не глубже подслизистой основы; метастазов нет.

**Стадия 2а** - опухоль занимает не более полуокружности кишки, не прорастает все слои ее стенки (но прорастает в мышечный слой); метастазов нет.

**Стадия 2б** - опухоль таких же размеров, не прорастает кишечную стенку, имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы.

**Стадия 3а** - опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает её стенки, может быть сращена с окружающими органами и тканями.

**Стадия 3б** - то же с наличием множественных метастазов в регионарные лимфатические узлы.

**Стадия 4** - обширная неподвижная опухоль, врастающая в органы малого таза и окружающие ткани с множественными мстастазами в регионарные лимфатическиеузлы или подвижная опухоль при наличии отдаленных метастазов.

**Клиническая картина и диагностика.** Рак прямой кищки развивается постепенно, клинические проявления возникают лишь при достижении опухолью значительных размеров и сводятся к болевым ощущениям, патологическим выделениям (кровь, слизь, гной) из прямой кишки и нарушению функции кишечника. Выраженность симптомов зависит от стадии заболевания, типа роста опухоли и ее локализации.Болевые ощущения обычно не являются ранним симптомом рака прямой кишки. Они возникают в начале заболевания лишь при раке, локализующемся в анальном канале, так как обусловлены прорастанием опухолью зоны, богатой нервными окончаниями, растяжением пораженного анального канала при дефекации. При других локализациях опухоли появление болей свидетельствует о распространение её за пределы кишечной стенки и поражении окружаюших органов и тканей. Причиной возникновения схваткообразных болей может быть растяжение стенки кишки вследствие непроходимости, вызванной обтураций просвета опухолью. Боли при раке прямой кишки постоянны.Они локализуются внизу живота, в крестцово-копчиковой области,области заднего прохода, могут быть в области поясницы. Патологические выделения часто являются симптомом, заставляюùèì бîëüíîãî îáðàòèòüñÿ ê âðà÷ó. Ýòî ïîñòîÿííûé ñèìïòîì çàáîëåâàíèÿ. Êðîâîòå÷åíèå èç ïðÿìîé êèøêè ïðè ðàêå âûçâàíî èçúÿçâëåíèåì îïóõîëè è òðàâìîé åå êàëîâûìè ìàññàìè. Îíî ïðîÿâëÿåòñÿ â âèäå ïðèìåñè òåìíîì, ðåæå àëîì öâåòà êðîâè â êàëå. Íåðåäêî ïðè äåôåêàöèè âíà÷àëå âûõîäèò íåáîëüøîå êîëè÷åñòâî êðîâè, à çàòåì êàë ñ ïðèìåñüþ êðîâè. Àíåìèçàöèÿ áîëüíûõ íàñòóïàåò ïîñòåïåííî, òàê êàê ñèëüíûõ êðîâîòå÷åíèé îáû÷íî íå áûâàåò.*Â ðåçóëüòàòå ðàñïàäà îïóõîëè è ïðèñîåäèíåíèì èíôåêöèè íà÷èíà*åòñÿ âîñïàëåíèå, ïðîÿâëàþùååàÿ âûäåëåíèåì èç ïðÿìîé êèøêè çëîâîííîãî ãíîÿ è ñëèçè â íà÷àëå äåôåêàöèè. Ãíîé è ñëèçü ìîãóò áûòü ñìåøàíû ñ êàëîâûìè ìàññàìè èëè íàõîäèòüñÿ íà èõ ïîâåðõíîñòè. Íàëè÷èå ãíîÿ è ñëèçè ÿâëÿåòñÿ ïðèçíàêîì äàëåêî çàøåäøåãî ïðîöåññà. Âûäåëåíèå êðîâè, ãíîÿ è ñëèçè ïðè ýêçîôèòíûõ îïóõîëÿõ íà÷èíàåòñÿ ðàíüøå, ÷åì ïðè ýíäîôèòíûõ.Íàðóøåíèÿ ôóíêöèè êèøå÷íèêà ïðîÿâëÿþòñÿ ïîíîñîì, çàïîðîì, òåíåçìàìîñ è åãî ñìåíà çàïîðîì âîçíèêàþò â ðåçóëüòàòå ïðîêòîñèãìîèäèòà, ñîïóòñòâóþùåãî ðàêó ïðÿìîé êèøêè, è ìîãóò áûòü ðàííèìè ñèìïòîìàìè çàáîëåâàíèÿ. Ïî ìåðå èíôèëüòðàöèè ñòåíêè êèøêè îïóõîëüþ èëè îáòóðàöèè ïðîñâåòà êèøêè ïðåîáëàäàþùèì ñèìïòîìîì ñòàíîâÿòñÿ çàïîðû. Ó íåêîòîðûõ áîëüíûõ âîçíèêàþò чàñòûå ïîçûâû íà äåôåêàöèþ, êîòîðûå, îäíàêî, íå ñîïðîâîæäàþòñÿ îòõîæäåíèåì êàëà (òåíåçìû). Ïðè ýòîì èç ïðÿìîé êèøêè îòäåëÿåòñÿ íåáîëüøîå êîëè÷åñòâî ãíîÿ, ñëèçè, êðîâè. Èíîãäà ïåðâûì ñèìïòîìîì çàáîëåâàíèà ÿâëÿåòñÿ èçìåíåíèå ôîðìû êàëà (ëåíòîâèäíûé). Ó íåêîòîðûõ áîëüíûõ èìååòñÿ ÷óâñòâî íåïîëíîго îïîðîæíåíèÿ ïðÿìîé êèøêè ïîñëå äåôåêàöèè è îùóùåíèå íàëè÷èÿ èíîðîäíîãî òåëà â íåé.Â ñâÿçè ñ ñóæåíèåì ïðîñâåòà êèøêè ðàçâèâàþùåéñÿ îïóõîëüþ ïîÿâëÿþòñÿ ñèìïòîìû êèøå÷íîé íåïðîõîäèìîñòè: âçäóòèå æèâîòà, íåîòõîæäåíèå êàëà è ãàçîâ, óð÷àíèå è ñõâàòêîîáðàçíûå áîëè â æèâîòå, ðâîòà. Îïóõîëü àíàëüíîì êàíàëà, ïðèâîäÿ ê ðàçðóøåíèþ ñôèíêòåðà, ìîæåò ñîïðîâîæäàòüñÿ íåäеðæàíèåì êàëà è ãàçîâ. Â çàâèñèìîñòè îò ëîêàëèçàöèè ðàêà ïðåîáëàäàþò òå èëè èíûå ïåðå÷èñëåííûå âûøå ñèìïòîìû.Ïðè ðàêå àíàëüíîãî êàíàëà âåäóùèì è äîâîëüíî ðàííèì ñèìïòîìîì áîëåçíè ÿâëÿåòñÿ òóïàÿ ïîñòîÿííàÿ áîëü â îáëàñòè çадíåãî ïðîõîäà, êîòîðàÿ óñèëèâàåòñÿ ïðè äåôåêàöèè. Â ñâÿçè ñ ýíäîôèòíûì ðîñòîì îïóõîëè çãîé ëîêàëèçàöèè ÷àñòî íàñòóïàåò èçúÿçâëåíèå íîâîîáðàçîâàíèÿ, ÷òî ïðîÿâëÿåòñÿ â âèäå ïàòîëîãè÷åñêèõ ïðèìåñåé ê êàëó: âíà÷àëå êðîâè, çàòåì ñëèçè è ãíîÿ. Ïðè ýòîì çà ñ÷åò ïðèñîåäèíåíèÿ âîñïàëèòåëüíîãî ïðîöåññà áîëè óñèëèâàþòñì. Ïðè ðàñïðîñòðàíåíèè âîñïàëåíèÿ íà ïàðàðåêòàëüíóþ êëåò÷àòêó âîçíèêàþò ñâèùè, ÷åðåç êîòîðûå âûäåëÿþòñè êðîâü, ñëèçü, ãíîé. Ïðè ïðîðàñòàíèè îïóõîëè â àíàëüíûé ñôèíêòåð íà áîëüøîì ïðîòÿæåíèè íàáëþäàåòñÿ íåäåðæàíèå ãàçîâ, êàëà. Âìåñòå ñ òåì îïóõîëü çà ñ÷åò ñóæåíèÿ íàèáîëåå óçêîãî îòäåëà ïðÿìîé êèøêè áûñòðî ïðèâîäèò ê ðàçâèòèþ êèøå÷íîé íåïðîõîäèìîñòè. Ïðè ðàêå àíàëüíîãî êàíàëà ìåòàñòàçû ðàñïðîñòðàíÿþòñÿ â ïàõîâûå ëèìôàòè÷åñêèå óçëû, î ÷åì íóæíî ïîìíèòü ïðè îáüåêòèâíîì èññëåäîâàíèè áîëüíîãî.

При раке ампулярного отдела прямой кишки симптоматика более скудная. Первым симптомом болезни являются патологические примеси к калу. В это же времм или несколько позже возникают симптомы нарушения функции кишечника. Боли появляются лишь при прора-стании опухоли через все слои стенки кишки. При прорастании опухоли в мочевой пузырь возникают частые позывы на момеиспускание, лейкоцитурия, микрогематурия, позднее могут сформироваться пузырно-прямокишечные свищи, характеризующиеся выделением кала и газов при мочеиспускании. При формировании влагалищно-прямокишечных свищей наблюдается выделение кала из влагалища. В связи с тем что ампула является наиболее широкой частью прямой кишки, кишечная непроходимость при данной локализации опухоли развивается редко.

Ðàê ðåêòîñèãìîèäíîãî îòäåëà ïðÿìîé êèøêè ïðîÿâëÿåòñÿ ïðîãðåññèðóþùèìè çàïîðàìè ñ ïîñëåäóþùåé ïîëíîé êèøå÷íîé íåïðîõîäèìîñòüþ.Îáùèìè ñèìïòîìàìè ðàêà ïðÿìîé êèøêè ÿâëÿþòñÿ àíåìèÿ, îáùàÿ ñëàáîñòü, ïîõóäàíèå, ãèïåðòåðìèÿ; îíè ïîÿâëÿþòñÿ â ïîçäíèå ñðîêè çàáîëåâàíèÿ.

**Диагностика рака прямой кишки** основывается на данных анамнеза, анализе жалоб больного и проведении специальных методов обследования: осмотра промежности,пальцевого исследования прямой кишки (можно определить около 50% опухолей прямой кишки), ирригографии, ректороманоскопии с биопсией.

Учитывая скудность клинических проявлений рака прямой кишки в ранних стадиях заболевания, следует придавать важное значение жалобам больных на нарушения функции кишемника и при их наличии прибегать к специальным методам обследования. При диспансерном обследовании больных всегда необходимо производить пальцевое исследование прямой кишки.

Пальцевое исследование прямой кишки-наиболее простой и доступный метод, нередко позволяющий установить факт наличия заболевания и в известной мере определить его распространенность. Оно может быть выполнено в коленно-локтевом положении больном, в положении на спине, на корточках, на боку. Наиболее целесообразно сочетать пальцевое исследование прямой кишки в коленно-локтевом положении с исследованием в положении больного на корточках. Последнее положение дает возможным достижение опухолей, расположенных на расстоянии 10 - 12 см от заднего прохода. У женщин, кроме пальцевого исследования прямой кишки, обязательно выполняют исследование через влагалище.

Пальцевое исследование прямой кишки при раке проводят с целью определения налиндия опухоли, ее локализации (расстояние от сфинктера), размеров, протяженности, подвижности, наличия изъязвлений, степени сужения просвета кишки, характера отделяемого из прямой кишки.

Рак прямой кишки при пальцевом исследовании определяют в виде опухолевого узла, выступающею в просвет кишки, или язвы с плотными краями, ригидности и уплотнения стенки кишки. Установив наличие опухоли при пальцевом исследовании прямой кишки необходимо провести пальпацию паховых областей для определения состояния лимфатических узлов.

Следующим методом исследования прямой кишки является ректороманоскопия. Она позволяет уточнить данные,полученные при пальцевом исследовании, выполнить биопсию,т.е. верифицировать диагноз путем получения сведений о гистологической структуре опухоли. Кроме того, ректороманоскопия делает возможной диагностику опухолей,

недостижимых при пальцевом исследовании прямой кишки, расположенных на расстоянии более 15 см от заднего прохода. Ректороманоскопию выполняют в коленно-локтевом положении больного, предварительно хорошо подготовив ем кишечник. Осмотр слизистой оболочки прямой кишки производят как при введении ректоскопа, так и при его извлечении.

Ректороманоскопия, как и пальцевое исследование, не всегда дает ответ на все вопросы, так как ректоскоп нередко удается провести лишь до опухоли. Протяженность опухоли и состояние расположенных выше нее отделов толстой кишки могут остаться неизвестными. В такой ситуации большую ценность приобретает рентгенологический метод исследования, провододимый с помощью введения в кишку бариевой взвеси (контрастная клизма). Ирригоскопия и колоноскопия позволяют выявить первично-множественное поражение ободочной и прямой кишки.

Для обнаружения отдаленных метастазов, которые наиболее часто возникают в печени, применяют ангиографию (целиакографию), сканирование печени, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, лапароскопию. Из этих методов наиболее информативны компьютерная томография и лапароскопия.

**Осложненнения.** Наиболее частыми осложнениями рака прямойкишки являются острая непроходимость кишечника, перфорация кишки, свищи (пузырно-прямокишечный,влагалищно-прямокишечный, параректальный).

Перфорация кишки возникает при непроходимости вследствие чрезмерного растяжения ее стенки выше опухоли. Возможна также перфорация кишки в зоне самой опухоли (особенно часто при ее распаде).

Перфорация я в брюшную полость ведет к каловому перитониту, перфорация в параректальную клетчатку - к развитию абсцесса или флегмоны.

**Дифференциальная диагностика.** Рак прямой кишки

дифференцируют от геморроя, полипов, сифилиса, туберкулеза. Как для рака прямой кишки, так и для геморроя характерным симптомом является выделение крови, однако при раке кровь темного цвета, измененная, иногда со сгустками, появляется перед выделением кала или смешивается с ним, а при геморрое кровь алого цвета, выделяется в конце акта дефекации.

Гистологическое исследование позволяет дифференцировать рак прямой кишки от полипов, туберкулеза и сифилиса. При сифилисе серологические реакции, а при туберкулезе бактериологические методы исследования способствуют разрешению диагностических трудностей,

**Лечение.** Основным методом является хирургическое лечение.

Его могут дополнять химиотерапия и лучевой метод.

**Хирургическое лечение.** Во время предоперационной подготовки за 2 - 3 дня до операции больному назначают бесшлаковую диету, слабительные препараты, производят очистительные клизмы (дважды в день).При наличии частичной непроходимости кишечника подготовку к операции проводят на протяжении 7 - 8 дней. Нередко в комплекс предоперационной подготовки включают назначение препаратов бактсриостатического действия для подавления кишечной микрофлоры

(левомицетин, норсульфазол, трихопол). В последние годы с успехом применяют предоперационную подготовку с помощью ортоградного промывания кишечника .

Радикальные операции при раке прямой кишки направлены на излечение больного путем удаления опухоли и регионарных лимфатических узлов. Наиболее часто используют брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, переднюю резекцию прямой кишки; брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной ободочной (или поперечной ободочной) кишки, операцию Хартманна (обструктивная резекция).

Выбор метода радикальной операции при раке прямой кишки определяется главным образом расстоянием опухоли от заднепроходного отверстия. При локализации опухоли на расстоянии менее 6-7 см от заднего прохода прибегают к брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Расположение опухоли на расстоянии более 6-7 см от заднего прохода делает возможным выполнения сфинктеросохратеряющих операций (брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки). При расположении опухоли выше 10 - 12 см от заднего прохода целесообразна передняя резекния прямой кишки. **Операцию Хартманна** (обструктивную резекцию прямой кишки) производят при расположении опухоли выше 10 - 12 см от заднего прохода и невозможности выполнения по тем или иным причинам передней резекции прямой кишки «например, при экстренной операции, выполняемой в

связи с непроходимостью кишечника, когда вмешательство производят на неподготовленной кишке».

Выбирая метод радикальной операции при раке прямой кишки, следует учитывать также конституциональные особенности больного, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний.

**Операция Кеню** -брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки заключается в удалении всей прямой кишки и части сигмовидной ободочной с наложением одноствольного противоестественного заднего прохода в левой половине подвздошной области.

Операция состоит из двух 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 кишки, а саму кишку перевязывают. Мобилизуют сигмовидную и прямую кишку. Сигмовидную кишку перевязывают и выводят в левой подвздошной области на брюшную стенку,формируя противоестественный задний проход. Рану брюшной стенки зашивают. Переходят к промежностному этапу. Вокруг заднего прохода накладывают и затягивают кисетный шов. На Расстоянии 2- 3 см от заднего прохода 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. Целесообразно выполнение операции двумя бригадами хирургов, синхронно выполняющих оба этапа, что более полно отвечает требованиям абластики.

**Переднюю резекцию прямой кишки** выполняют из нижней срединной лапаротомии, После мобилизации прямой кишки её 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. В пресакральное пространство вводят дренаж, а в кишку через задний проход - зонд, проводя его выше линии анастомоза - для декомпрессии 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 кишки. Рану брюшной стенки зашивают. После растяжения заднего прохода стенку кишки рассекают по прямокишечно-заднепроходной линии и отсепаровывают слизистую оболочку до верхнего края анального канала, перфорируют мышейную оболочку прямой кишки над анальным каналом и отсекают прямую кишку. 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.

**Операцию Хартманна** выполняют из нижней срединной лапаротомии. Мобилизуют сигмовидную и прямую кишки. Пересекают прямую кишку ниже опухоли, культю кишки ушивают. Отсекают пораженный отдел кишки и накладывают одноствольный противоестественный задний проход в левой подвздошной области.

Паллиативные операции преследуют целью лишь продление жизни больного и уменьшение его страданий. Их выполняют при развитии выраженных симптомов кишечной непроходимости и невозможности выполнения радикальной операции. Они заключаются в наложении двуствольного противоестественного заднего прохода на передней брюшной стенке в левой подвздошной области, для чего выводят и

вскрывают сигмовидную ободочную кишку. Комбинированное лечение:Применение предоперационной лучевой терапии в настоящее время считают целесообразным при местно распространенном раке прямой кишки. В этом случае оно позволяетувеличить операбельность и улучшить результаты хирургического лечения, повышая частоту пятилетней выживаемости больных. Для химиотерапии рака прямой кишки после радикальных операми

использовали фторурацил и фторафур, однако данных, которые убедительно свидетельствовали бы об увеличении пятилетней выжив,

мости больных при таком лечении, не получено.

Прогноз: 5-Летняя выживаемость после радикального хирургического лечения при раке прямой кишки составляет около 40-50% Она зависит прежде всего от стадии заболевания, гистологической структуры и формы роста опухоли. Прогноз благоприятнее в случае если операция произведена в 1-2 стадиях заболевания, при экзофитной опухоли, особенно если она имеет высокую степень дифференцирования. Прогноз менее благоприятен у молодых больных, особенно при анальном раке.