Реферат

на тему: «Прямая кишка: доброкачественные и злокачественные опухоли, патологическая анатомия и клиническая картина»

Доброкачественные опухоли

Доброкачественные опухоли могут исходить из эпителия, выстилающего кишку, из соединительной и мышечной ткани ее стенок, а также из сосудов и нервов, проходящих в стенке. Из соединительнотканных опухолей изредка встречаются фибромы, исходящие из подслизистого слоя и растущие в виде небольших округлых опухолей, свисающих в просвет и покрытых нормальной или несколько утолщенной слизистой оболочкой. На разрезе они беловатого цвета, иногда с признаками миксоматоза. При низком расположении они могут выступать из заднего прохода в виде полипообразной опухоли. Реже встречаются миомы, исходящие из мышечных волокон продольного слоя или подслизистой ткани. Они могут располагаться в толще стенки или свисать в просвет в виде плотных полипов. Клинически фибромы и миомы проявляются выделением слизи; при изъязвлении полипа к ней примешивается кровь. Ощущение инородного тела, учащенные позывы, иногда запоры составляют клиническую картину, обычно нерезко выраженную. Ускорение роста, распад, изъязвление должны вызвать подозрение на злокачественное превращение опухоли. Выявление таких опухолей удается без труда при пальцевом исследовании и ректоскопии, но установить их истинную природу нередко можно лишь после микроскопического исследования.

Липомы прямой кишки встречаются еще реже. Они развиваются в виде одиночных мягких дольчатых опухолей в подслизистом или субсерозном слое. Растут они медленно, редко превращаются в злокачественные и могут причинять беспокойство лишь при достижении значительных размеров или выпадении из заднего прохода.

Лечение доброкачественных соединительнотканных и мышечных опухолей состоит в их иссечении или отсечении при наличии вытянутой ножки из слизисто-подслизистой ткани с обшиванием основания для гемостаза. При более крупных размерах, высокой или внутристеночной локализации приходится иногда прибегнуть к резекции стенки кишки.

Сосудистые опухоли, чаще всего кавернозные гемангиомы, также исходят обычно из подслизистого слоя но захватывают нередко не только мышечные слои, но и окружающую клетчатку и простираются на большом протяжении по прямой и даже сигмовидной кишке. Основной симптом — систематические кровотечения, довольно обильные, которые могут доводить до анемии и даже до смерти. Распознать эти опухоли при помощи ректоро-маноскопии нетрудно, но обычно диагноз устанавливается поздно, т. к. их часто принимают за геморрой. Лечение при небольших ограниченных опухолях состоит в электрокоагуляции, а при более распространенных гемангиомах — в удалении пораженной кишки путем брюшно-анальной резекции или брюшно-промежностной экстирпации. Еще реже встречаются лимфангиомы.

Из эпителиальных доброкачественных опухолей наиболее важное значение имеют аденоматозные полипы, встречающиеся довольно часто то в виде отдельных опухолевых образований, то в виде множественных разрастаний, дающих основание говорить о полипозе прямой или даже всей толстой кишки. Помимо истинных аденоматозных полипов, образующихся за счет разрастаний железистого эпителия слизистой оболочки, встречаются и так называемые псевдополипы — ложные полипозные образования, в которых основу полипа составляет фиброзная или лимфоидная ткань, покрытая неизмененной слизистой оболочкой. Возникновение аденоматозных полипов прямой кишки связано с нарушениями нормального хода регенераторной пролиферации и дифференцировки эпителия слизистой оболочки кишки. Эти нарушения могут быть вызваны рядом неспецифических раздражений, в том числе повторными воспалительными процессами, химическими воздействиями, застоем каловых масс. Существенную роль играет наследственное предрасположение слизистой оболочки кишки к пролиферативным реакциям и образованию полипозных разрастаний (так называемый семейный полипоз). Длительные хронические проктиты и проктоколиты с образованием язвенных и рубцовых изменений в стенке кишки также сопровождаются нередко возникновением в очагах пролиферации эпителия множественных полиповидных разрастаний.

Медленно увеличиваясь, одиночные и групповые полипы могут сравнительно долгое время оставаться незамеченными, т. к. проявляются лишь незначительным отделением слизи и крови, которое расценивают обычно как следствие геморроя. Только в некоторых случаях кровотечение бывает более выраженным, особенно у детей, у которых одиночные полипы встречаются нередко (И. С. Венгеровский).

Множественный полипоз, поражающий одновременно и другие отделы кишечника, может сопровождаться истощающими поносами с потерей веса и анемией. В длительно существующих полипах нередко возникает злокачественное превращение эпителия, приобретающего способность инфильтрирующего роста. По данным различных исследователей, 10—15% полипов превращается в раковые опухоли. Некоторые авторы полагают, что от 60 до 90% всех раков возникает из предсуществовавших полипов. Распознавание полипов сравнительно легко удается при пальцевом ощупывании и ректоскопии. Рентгенологическое исследование позволяет выявить и более высоко расположенные полипы. Биопсия дает возможность уточнить строение полипов и наличие в них признаков озлокачествления.

Лечение одиночных полипов прямой кишки производится путем отсечения электропетлей или электрокоагуляцией через ректоскоп в 1—2 приема. Следует коагулировать не только выстоящую в просвет часть полипа, но и его основание, где нередко имеются очаги пролиферации. Полипы, располагающиеся вблизи анального канала или в самом канале, легко выскальзывают из заднего прохода при натуживании и могут быть иссечены с прилегающей частью слизистой оболочки ножом. Следует произвести гистологическое исследование удаленной ткани. При обнаружении признаков атипизма и инфильтрирующего роста необходимо либо прибегнуть к более широкому вмешательству, либо строго наблюдать за больным и в случае рецидива предпринять более радикальное лечение. Изредка в прямой кишки у женщин наблюдается эндометриоз. Его можно отличить от рака благодаря периодическим кровянистым выделениям из прямой кишки, совпадающим с менструальными циклами. Лечение сводится к удалению пораженной части кишки или к облучению яичников, в результате чего эндометриоз может полностью рассосаться.

Злокачественные опухоли. Рак

Рак прямой кишки составляет приблизительно 2,5—3,0% всех злокачественных опухолей. По частоте рак прямой кишки стоит на втором месте после рака желудка, составляя 15% всех раков желудочно-кишечного тракта (С. А. Холдин). В ряде стран отмечается значительный рост заболеваемости раком прямой кишки, например в США за 30 лет—с 3,2 до 4,2, а в Англии—с 6,8 до 8,3 на 100 000 жителей [ Ранкин и Грэм, 1947]. По данным советских авторов, женщины примерно в 1½раза чаще мужчин болеют раком прямой кишки (И. В. Давыдовский, Н. Г. Позоева).

Наиболее часто раком прямой кишки болеют в возрасте 40—60 лет (57 %, по данным Института онкологии АМН СССР), старше 60 лет— более чем в 20%, в молодом возрасте (до 40 лет) — приблизительно в 20%. С. А. Холдин наблюдал девушек в возрасте 14 и 17 лет, страдавших раком П. к. (коллоидной формой).

Патологическая анатомия

По макроскопическому виду и типу роста различают следующие формы рака: экзофитные, эндофитные, диффузные и плоскостные. Экзофитные раки растут в просвет кишки в виде полипообразных, па-пилломатозных, типа цветной капусты опухолей, нередко с изъязвленной поверхностью. Большинство из них возникло из предсуществовавших полипов. Эндофитные раки представляются в виде язв, более или менее глубоко проникающих в стенку кишки и имеющих плотные, утолщенные, валикообразные края. Диффузные, инфильтрирующие раки распространяются в самой толще стенки кишки, а иногда и в окружающих тканях, что ведет к утолщению и уплотнению стенки, а также к сужению просвета. Опухоли этого типа захватывают стенки кишки на значительном протяжении преимущественно вдоль ампулы и циркулярно (коллоидные, слизистые раки); в других случаях они располагаются в виде фиброзного кольца на небольшом протяжении верхнеампулярного или ректосигмоидного отдела с резким сужением просвета (скиррозные раки). Плоскостные раки, возникающие в области анального канала и прилегающей кожи, имеют вначале вид плоских язв с утолщенными, выступающими краями; с течением времени благодаря травматизации и надрывам при дефекации язвы углубляются. Эти раки плоскоклеточные, чаще всего ороговевающпе, иногда же состоят из скоплений полиморфных клеток по типу солидных раков; они составляют 5% всех раков прямой кишки. Остальные раки прямой кишки происходят из железистого эпителия слизистой оболочки и относятся к цплиндроклёточным ракам.

Рост и распространение рака в толще стенки прямой кишки происходят сравнительно медленно. В соответствии с сегментарным характером расположения лимфатических сосудов в стенке кишки рост опухоли по окружности опережает распространение ее вдоль стенки кишки. Точно так же рост по плоскости в толще стенки идет быстрее прорастания сквозь нее. Поэтому циркулярный тип роста характерен для большинства раков прямой кишки, а проникновение в клетчатку, серозный покров или соседние органы происходит на более поздних этапах развития опухоли. Длительные наблюдения над злокачественными опухолями прямой кишки, не удаленными по тем или иным причинам, показывают, что для захвата опухолью всей окружности прямой кишки требуется в среднем около 2 лет (т. е. быстрота роста составляет примерно ¼ окружности за 6 месяцев).

Прорастание опухоли в толщу клетчатки наступает обычно через длительные сроки, сравнительно долго опухоль остается в пределах собственной фасции прямой кишки, лишь изредка прорастая сквозь нее и переходя на крестец и стенки таза. Высоко расположенные раки, дойдя до серозного покрова кишки, втягивают висцеральную брюшину, но также долго не выходят за пределы кишки. Благодаря этим особенностям местного роста раки прямой кишки сравнительно долго остаются операбильными. Переход на заднюю стенку влагалища у женщин, на предстательную железу и семенные пузырьки у мужчин также не всегда является противопоказанием к радикальному удалению опухоли с частью упомянутых органов. Труднее радикально удалить опухоль при вовлечении стенки мочевого пузыря, что иногда наблюдается при раке передней стенки прямой кишки у мужчин.

Несравненно большее значение имеет распространение рака по лимфатическим и кровеносным путям. Метастазы рака прямой кишки могут распространяться по трем путям оттока лимфы:

1) вверх и кзади в аноректаль-ные узлы, затем в лимфатические узлы по ходу верхней прямокишечной артерии и дальше в забрюшинные, преаортальные и парааортальные лимфатические узлы;

2) в стороны и вверх вдоль средних прямокишечных артерий к подчревным и подвздошным лимфатическим узлам;

3) вниз и в стороны по нижним прямокишечным лимфатическим сосудам к паховым узлам.

Из всех этих путей наиболее важным является первый, т. к. метастазирование по верхним прямокишечным лимфатическим сосудам может иметь место при раке любой локализации. Метастазирование по средним и нижним лимфатическим сосудам может произойти при раках нижней половины ампулы или при более высоко расположенных опухолях, сопровождающихся блокадой верхних путей оттока лимфы. Наступающий ретроградный ток лимфы может привести к образованию ретроградных метастазов, расположенных дистальнее нижнего края опухоли. Они возникают сравнительно редко (в 1—2% всех случаев, по В. Н. Демину) и только при распространенных раках. Вообще же метастазы в лимфатических узлах обнаруживаются довольно часто — более чем у 50% больных, подвергшихся радикальному хирургическому лечению [Дыокс (С. Е. Викев)].

Тщательное исследование околокишечной клетчатки позволяет обнаружить проникновение раковых клеток в венозные сосуды у значительной части больных (от 16 до 30%, по разным авторам), что является указанием на реальность распространения рака по току крови и угроз образования висцеральных метастазов. Большинство таких больных погибает в первые три года от отдаленных метастазов. Точно так же плохим прогностическим признаком следует считать обнаружение раковых комплексов в периневральных промежутках, что резко повышает опасность местных рецидивов.

Отдаленные метастазы чаще всего обнаруживаются в печени, куда они попадают по системе портальной вены. Сравнительно часто наблюдаются метастазы в забрюшинных лимфатических узлах, по брюшине и в легких, иногда в яичниках, костях, надпочечниках и других органах.

Клиническая картина и течение. Локализация опухоли в прямой кишке имеет важное значение для клиники и выбора метода лечения. Не все отделы прямой кишки поражаются раком одинаково часто. Примерно половина всех раков локализуется в среднем и нижнеампулярном отделах, более ¼ располагается в верхнеампулярном и надампулярном (ректо-сигмоидном) отделах. В самой дистальной — промежностной — части кишки раки локализуются реже. Сравнительно чаще раки возникают на передней и задней стенках и относительно реже на боковых стенках. Однако далеко не во всех случаях можно с уверенностью установить место появления опухоли, т. к. к моменту установления диагноза свыше чем у 50 % больных она занимает более полуокружности кишки, а в ½ случаев оказывается уже циркулярной. Это особенно часто наблюдается в верхней части кишки (верхнеампулярный и надампулярный отделы). Для средне- и нижнеампулярного отделов характерны экзофитные или язвенные формы, захватывающие обычно не всю окружность кишки.

Рак прямой кишки отличается довольно выраженными клиническими симптомами. Бессимптомное течение (до лечения) отмечается весьма редко — менее чем в 3% всех случаев (С. А. Холдин). Симптомы рака прямой кишки могут быть разделены на три группы: патологические выделения из кишки, расстройства функции кишечника, болевые или неприятные ощущения в прямой кишке и смежных областях.

Патологические выделения из заднего прохода появляются сравнительно рано, иногда предшествуя возникновению рака, и указывают на полипоз. Чаще всего выделяется кровь (у 85% больных). Она может появляться в чистом виде — капельками или полосками на поверхности быстрота роста составляет примерно ¼ окружности за 6 месяцев).

Прорастание опухоли в толщу клетчатки наступает обычно через длительные сроки, сравнительно долго опухоль остается в пределах собственной фасции прямой кишки, лишь изредка прорастая сквозь нее и переходя на крестец и стенки таза. Высоко расположенные раки, дойдя до серозного покрова кишки, втягивают висцеральную брюшину, но также долго не выходят за пределы кишки. Благодаря этим особенностям местного роста рака прямой кишки сравнительно долго остаются операбильными. Переход на заднюю стенку влагалища у женщин, на предстательную железу и семенные пузырьки у мужчин также не всегда является противопоказанием к радикальному удалению опухоли с частью упомянутых органов. Труднее радикально удалить опухоль при вовлечении стенки мочевого пузыря, что иногда наблюдается при раке передней стенки прямой кишки у мужчин.

Клиническая картина и течение. Локализация опухоли в прямой кишке имеет важное значение для клиники и выбора метода лечения. Не все отделы прямой кишки поражаются раком одинаково часто. Примерно половина всех раков локализуется в среднем и нижнеампулярном отделах, более ¼ располагается в верхнеампулярном и надампулярном (ректо-сигмоидном) отделах. В самой дистальной — промежностной — части кишки раки локализуются реже. Сравнительно чаще раки возникают на передней и задней стенках и относительно реже на боковых стенках. Однако далеко не во всех случаях можно с уверенностью установить место появления опухоли, т. к. к моменту установления диагноза свыше чем у 50 % больных она занимает более полуокружности кишки, а в ½ случаев оказывается уже циркулярной. Это особенно часто наблюдается в верхней части кишки (верхнеампулярный и надампулярный отделы). Для средне- и нижнеампулярного отделов характерны экзофитные или язвенные формы, захватывающие обычно не всю окружность кишки.

Рак прямой кишке отличается довольно выраженными клиническими симптомами. Бессимптомное течение (до лечения) отмечается весьма редко — менее чем в 3% всех случаев (С. А. Холдин). Симптомы рака прямой кишки могут быть разделены на три группы: патологические выделения из кишки, расстройства функции кишечника, болевые или неприятные ощущения в прямой кишке и смежных областях.

Патологические выделения из заднего прохода появляются сравнительно рано, иногда предшествуя возникновению рака, и указывают на полипоз. Чаще всего выделяется кровь (у 85% больных). Она может появляться в чистом виде — капельками или полосками на поверхности фекальных масс, иногда в смеси со слизью или в виде сукровичной или сукровично-гнойной жидкости, поступающей из заднего прохода впереди каловых масс. Почти никогда не наблюдается появление крови в конце акта дефекации, что характерно для геморроя. В отличие от последнего, кровь при раке бывает чаще измененной, иногда дурно пахнущей вследствие разложения и распада инфицированной опухоли. Кровянистые выделения более характерны для экзофитных опухолей, но часто бывают и при эндофитных. Чаще кровоточат ампулярные раки, в отличие от надампулярных, протекающих обычно по скиррозно-стенозирующему типу. Выделение крови при раке прямой кишки носит обычно систематический характер, сопровождая почти каждый акт дефекации. Однократные массивные кровотечения наблюдаются сравнительно редко, но иногда являются первым и единственным симптомом развившегося рака. Слизь в чистом виде выделяется редко, обычно она обнаруживается в виде небольших скоплений и полупрозрачных хлопьев с прожилками крови или в смеси с сукровичной, сукровично-гцойной жидкостью. Гнойные выделения свидетельствуют о распаде и вторичном инфицировании опухоли и сопутствующем ректите. Эти явления характерны для более поздних стадий рака. Выделяющийся при этом гной имеет вид желтоватой или буроватой ихорозной жидкости и отличается сильным зловонным запахом.

Расстройства функции кишечника при раке прямой кишки менее постоянны, чем патологические выделения; указания на нарушения функции имеются примерно у 75% больных. Они могут выражаться изменением ритма и регулярности испражнений, затруднением опорожнения кишечника, перемежающимися запорами и поносами, изменением формы кала. Основными причинами этих нарушений в раннем периоде являются спастические состояния кишечника, периодически возникающие вследствие патологических рефлексов из отдела кишечника, пораженного опухолью и сопутствующим воспалением. В более позднем периоде к ним могут присоединиться и механические препятствия вследствие стеноза или обтурации опухолью просвета кишки. Запоры и особенно чувство неполного опорожнения часто имеются в анамнезе этих больных. Нередко запоры сменяются поносами в виде обильного, жидкого, дурно пахнущего стула. Для высоко расположенных циркулярных опухолей характерны перемежающиеся запоры и поносы и особенно ложные позывы, тенезмы, заставляющие больных по 8—10 раз и более тщетно пытаться опорожнить кишечник. Такие ложные позывы, неправильно принимаемые больными и некоторыми врачами за проявления хронического обостряющегося колита, на самом деле свидетельствуют о прогрессирующем нарастании затруднения проходимости. Они часто сопровождаются расширением нижележащего отдела кишки на почве атонии вплоть до ослабления сфинктера и недержания газов. Изменение формы испражнений возможно не только при раке и потому не должно считаться патогномоничным для этого заболевания. Так наз. лентовидный кал зависит в основном от тонуса кишки и сфинктера. Однако тонкий, карандашевидный кал и сплющивание его с одной стороны должны вызывать подозрение на органическое заболевание прямой кишки, возможно — рак.

Болезненные и неприятные ощущения в прямой кишке или в тазу относятся к сравнительно поздним проявлениям рака. Только при раке анальной части кишки боли наступают рано и усиливаются после каждой дефекации, при раках ампулярной части они наступают после прорастания стенки кишечника и перехода на нервные сплетения. Они локализуются в заднем проходе и прямой кишке, иррадиируют в крестец и копчик, в ягодичную область, а иногда и в нижние конечности. Чем ближе опухоль к заднему проходу, тем интенсивнее боли.

Для опухолей верхнеампулярного и надампулярного отделов характерны боли в нижней половине живота, что объясняется затруднением проходимости, а иногда переходом опухоли на брыжейку или стенки таза. Из других неприятных ощущений следует отметить нередкие жалобы на чувство давления, ощущение постороннего тела в прямой кишке. Изредка при наличии постоянных выделений из заднего прохода возможна мацерация и кожный зуд в аноперинеальной области.