Ñàíêò-Ïåòåðáóðãñêèé Ãîñóäàðñòâåííûé Ìåäèöèíñêèé Óíèâåðñèòåò èì. Àêàäåìèêà È.Ï.Ïàâëîâà

Êàôåäðà õèðóðãè÷åñêèõ áîëåçíåé

**Ðåôåðàò**

**Òåìà ðåôåðàòà: Ðàê îáîäî÷íîé è ïðÿìîé êèøêè**

**Ïðåïîäàâàòåëü: Ïðîõîäöåâ È.È.**

**Ñòóäåíòêà: Ìåëèõîâà Å.Â.**

**Ñàíêò-Ïåòåðáóðã**

**1998 ãîä**

# Оглавление

Рак ободочной и прямой кишки 2

Клиническая картина и диагноз 2

Лечение и прогноз 4

Оглавление 6

# Рак ободочной и прямой кишки

В странах Запада на рак ободочной и прямой кишки приходится больше новых случаев раковых заболеваний в год, чем для любой другой локализации, за исключением рака легких. В США в 1989 г. от этих опухолей умерли около 75 тыс. человек; примерно у 70% из них был рак прямой или сигмовидной кишки, и у 95% – аденокарциномы. Колоректальный рак является наиболее частой причиной смерти среди злокачественных заболеваний внутренних органов, поражающих лиц обоего пола. Заболеваемость начинает расти к возрасту 40 лет и достигает максимума между 60 и 75 годами. Карцинома ободочной кишки чаше встречается у женщин, а прямой кишки – у мужчин. Сочетанные раки (более чем одна опухоль) отмечаются у 5% больных.

Генетическая предрасположенность к раку толстого кишечника низкая, но описаны семьи (синдром Гарднера, синдром Линча), в которых колоректальный рак отмечается в нескольких поколениях, обычно в возрасте до 40 лет, причем чаще в восходящей ободочной кишке. В числе других предрасполагающих факторов отмечаются хронический язвенный колит, гранулематозный колит и семейный полипоз, при которых риск развития рака связан с возрастом начала основной болезни и ее длительностью.

Для групп населения с высокой заболеваемостью колоректальным раком характерен рацион с малым содержанием волокон и высоким – животных белков, жиров и рафинированных углеводов. Хотя канцерогены могут присутствовать в потребляемых пишевых продуктах, более вероятно, что они образуются из компонентов пищи или желчных и кишечных секретов, возможно при участии бактерий; точный механизм этого неизвестен.

Рак ободочной и прямой кишки распространяется путем 1) прямого прорастания через кишечную стенку, 2) гематогенного метастазирования, 3) метастазирования в регионарные лимфатические узлы, 4) периневрально, 5) метастазирования внутри просвета кишки.

# Клиническая картина и диагноз

Аденокарцинома ободочной и прямой кишки растет медленно, и проходит много времени, прежде чем она станет достаточно большой, чтобы вызвать симптомы. Для ранней диагностики важно регулярно проводить обычное обследование. Развивающиеся симптомы зависят от локализации, типа и протяжённости поражения, а также от осложнений. **Восходящая ободочная кишка** имеет большой просвет, тонкую стенку и жидкое содержимое, поэтому непроходимость бывает лишь на поздних стадиях; карциномы

обычно грибовидные. Опухоли достигают больших размеров и тогда даже пальпируются через стенку живота. Кровотечение, как правило, скрытое. Жалобы могут ограничиваться утомляемостью и слабостью в связи с тяжелой анемией. Просвет **нисходящей ободочной кишки** меньше, фекалии полутвердые, и рак имеет тенденцию охватывать кишку по окружности, вызывая попеременно то запор, то частый стул. Клиническая картина бывает представлена симптомами частичной непроходимости с коликообразной болью в животе или полной непроходимости. В каловых массах может присутствовать кровь, прожилками или перемешанная с калом. **При раке прямой кпшки** наиболее частый симптом – это кровотечение при дефекации. В любом случае ректального кровотечения, дажепри явных геморроидальных узлах или диагностированной дивертикулярной болезни, следует рассмотреть возможность сопутствующего рака. Отмечаются тенезмы или ощущение неполного опорожнения кишечника. Характерно, что боль отсутствует до тех пор, пока не затронута периректальная ткань.

Простое исследование кала на скрытую кровь рекомендуется как часть программ скрининга населения и наблюдения в случаях высокого риска рака ободочной и прямой кишки. При положительных результатах проверки требуются дальнейшие исследования. Для большей надежности данных пациент должен перед анализом 3 дня соблюдать диету с высоким содержанием волокон и без мясных продуктов.

*Примерно в 65% случаях рак ободочной и прямой кишки локализуется в пределах досягаемости**фибросигмоскопии.* При подозрении на рак в любой части толстого кишечника во всех случаях наличия симптомов, которые могут быть связаны с ободочной кишкой, нужна фиброколоноскопия. Если путем сигмоскопии выявлено поражение, делают тотальную колоноскопию и полностью удаляют обнаруженные в ободочной кишке очаги. Эн-доскопическое исследование имеющихся полипов может уменьшить общую протяженность участка кишки, подлежащего обязательному удалению. Фракционная эндоскопическая биопсия полипов в 25% случаев вводит в заблуждение, и ее отрицательный результат не исключает полностью раковога перерождения полила. Если новообразование имеет широкое основание или не может бьпь удалено эндоскопически, прибегают к хирургическому иссечению.

Рентгенологическое исследование с бариевой клизмой ненадежно для выявления рака прямой кишки,но важно как первый шаг в диагностике рака ободочной кишки*.* При исследовании с воздушным контрастом видны более мелкие поражения (меньше 6 мм), чем при использовании бариевой клизмы с за-полнением просвета, но воздух в ободочной кишке (пневмоколон) в 20 – 30% случаев мешает заметить большие поражения (больше 2 см). Перед исследованием ободочной кишки с использованием бария или путем эндоскопии важно хорошо подготовить кишечник, для чего часто требуются слабительные, промывание через рот и неоднократные клизмы. Если есть

подозрения на поражение, обтурирующее просвет ободочной кишки, не следует давать барий через рот, поскольку всасывание воды из бариевой суспензии в толстой кишке может привести к выпадению сульфата бария в осадок и вызвать полную непроходимость толстого кишечника. Даже если рентгенологическая циагностика достаточно надежна, следует сделать колоноскопию; 30% опухолей и 40% полипов не выявляются при исследовании с бариевой клизмой, а колоноскопия позволяет идентифицировать одновременно присутствующие поражения, от которых зависит общая протяженность части кишки, подлежащей резекции.

Увеличение содержания карциноэмбрионального антигена в сыворотке крови не связано специфически с колоректальным раком, но у 70% больных его уровень высокий. Если перед операцией этот показатель высокий, а после удаления опухоли ободочной кишки становится низким, контроль за ним поможет определить рецидив. Может быть также повышен уровень других опухолевых маркеров – СА 19-9 и СА 125.

# Лечение и прогноз

Основным методом лечения является широкая хирургическая резекция пораженного участка ободочной кишки и регионарных лимфатических узлов после подготовки кишечника. Выбор операции при раке прямой кишки зависит от степени удаленности опухоли от анального отверстия и общих ее размеров. В случае брюшнопромежностной резекции прямой кишки требуется постоянная сигмоколостома. Низкая передняя резекция с созданием анастомоза между сигмовидной и прямой кишкой может быть выбрана в качестве радикального лечения, только если можно удалить ниже опухоли полоску нормальной кишки шириной 5 см и если операция технически выполнима. Сшивающие аппараты позволяют выполнить низкую переднюю резекцию с созданием анастомоза ближе к прямой кишке, сохраняя последнюю.

Попытка хирургического лечения возможна у 70% больных, После радикальной операции при раке, ограниченном слизистой, 5-летняя вьживаемость достигает 90%; при пенетрации в мышечный слой – 80%, при поражении лимфатических узлов – 30%. Если риск хирургического вмешательства для больного неприемлим, некоторые опухоли можно подвергнуть местному разрушению путем электрокоагуляции. Предварительные результаты применения вспомогательной лучевой терапии после «радикальной» операции по поводу рака прямой (но не ободочной) кишки свидетельствуют, что при ограниченном вовлечении лимфатических узлов это позволяет сдерживать местный рост опухоли, отдалять рецидив и увеличивать выживаемость.

В тех случаях, когда при раке прямой кишки поражены 1 – 4 лимфатических узла, наилучший результат дает сочетание лучевой и

химиотерапии; если в удалённом материале обнаруживается более 4 лимфатических узлов, комбинированные способы воздействия менее эффективны. В 1990 г. наиболее эффективной схемой лечения была признана комбинация 5-фторурацила с экспериментальным препаратом*,* метил-ССNU

(хлорэтил-метилциклогексилнитрозомочевиной), дополняемая высокими дозами облучения области таза; однако при длительном использовании метил-ССNU в 12 раз возрастает риск вторичного лейкоза или предлейкоза и хронического токсического поражения почек. Необходимо тщательное планирование лучевой терапии специалистом, причем особое внимание следует уделить тому, чтобы избежать повреждения тонкого кишечника.

Использование облучения перед операцией с целью улучшить операбельность неоднозначно: неясно, увеличивает ли это операбельность илиже затрудняет выявление метастазов в регионарных лимфатичсских узлах. Сообщалось, что при ободочной (но не прямой) кишки эффективно вспомогательное лечение 5-фторурацилом и левамизолом. Хотя зта комбинация становится все популярнее, ценность такого лечения требуется ещё подтвердить.

Результаты корректно проведенных исследований по лечению рака ободочной и прямой кишки не свидетельствуют об эффективности методов химио- и иммунотерапии как вспомогательных к хирургическому лечению.

Дискуссионным остается и вопрос о частоте обследований после радикальной операции по поводу колоректального рака. Большинство спе циалистов рекомендуют 2 ежегодных обследования сохранившейся части кишечника путем колоноскопии или ренттенографии; при отрицательных результатах их можно повторятгь с интервалами в 2 – 3 года.

В случаях, когда рядикальная операция невозможна,показано ограниченное паллиативное хирургическое вмешательство; продолжительность жизни после этого составляет в среднем **7** мес. Единственным лекарственным средством, эффективность которого при далеко зашедшем колоректальном раке доказана, является 5-фторурацил, но лишь в 15 – 20% таких случаев его применения отмечается уменьшение размеров опухоли и увеличение прололжителььности жизни. Согласно обшепринятой схеме, этот препарат нужно принимать в течение 5 сут ежедневно каждые 4 – 5 нед, но врачи, не знакомые с опасностями использования химиотерапевтических препаратов и сроками, когда уровни форменных элементов в крови минимальны, не должныназначать эти курсы лечения.Другие лекарства ни сами по себе, ни в комбинации с 5-фторурацилом, как правило, не дают лучших результатв, хотя некоторые онкологи полагают, что 5-фторурацил эффективнее в сочетании с лейковорином или левамизолом. Предварительные данные о применении ленамизола нуждаются в дальнейших подтверждениях. Существует много схем этих комбинаций, которые должны назначаться опытным химиотереапевтом.

Если метастазы ограничиваются печенью, вливание флоксуридина или радиоактивных микросфер в печеночную артерию, в амбулатгорных условиях с помощью подкожно имплантированного насоса или наружного насоса на поясном бандаже может быть полезнее, чем общая химиотерапия; однако эти способы лечения дорого стоят, а их эффективность еще не установлена. Если же имеются и внепечёночные метастазы, введение химиотерапевтических средств в печеночную артерию с помощь, инфузионного насоса не имеет никаких преимуществ по сравнению с системной химиотерапией.