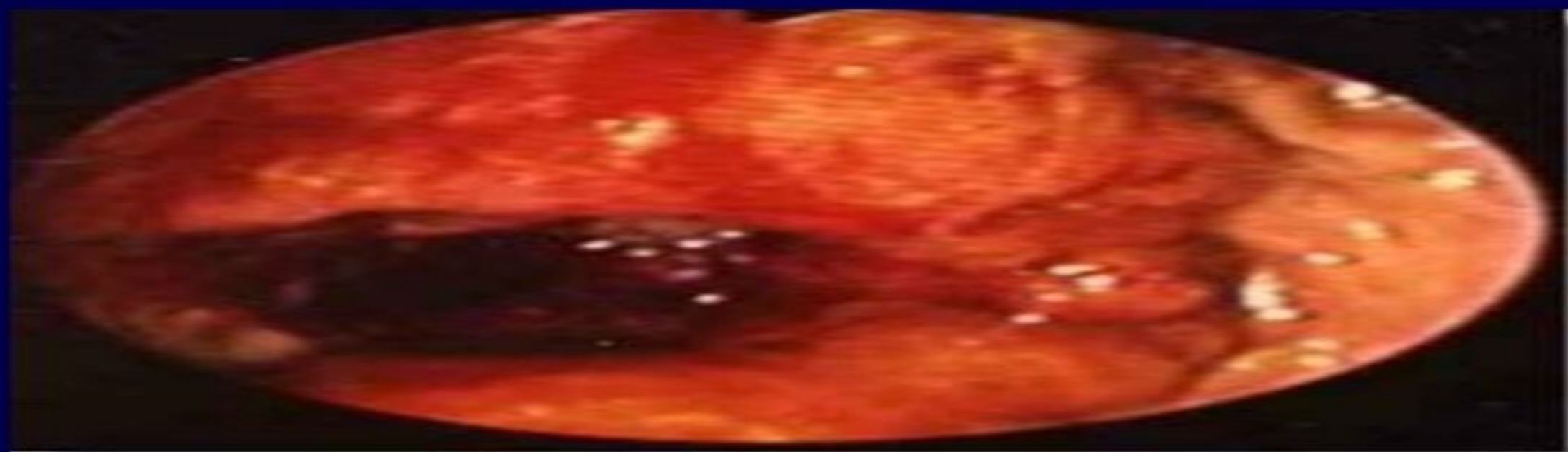


Рак ободочной кишки



- Ежегодно **в мире** выявляется около 950 тысяч новых случаев колоректального рака и 500 тысяч смертей от него
- На долю КРР приходится 10% всех онкологических заболеваний, и 8% случаев смерти от него

Факторы риска развития коло-ректального рака

- Питание
- КРР у родственников
- Наследственный неполипозный КРР
- Ранее перенесенный КРР или аденома
- Семейный полипоз толстой кишки
- Неспецифический язвенный колит
- Болезнь Крона

Наследственная предрасположенность к РТК, связанная с полипозом

Семейный аденоматозный полипоз

- 0,4% всех случаев злокачественных опухолей ТК
- к 40 годам у 90-100% больных развивается РТК
- 60% больных умирают от РТК
- прямая кишка интактна в 10% (70% РТК – дист. отделы)

Синдром Гарднера

- полипы ТК (малигнизируются в 100%)
- остеомы черепа (избыток зубов)
- опухоли мягких тканей (дермоидные кисты, атеромы)

Синдром Турко – полипоз + опухоли ЦНС

Синдром Пейтца-Егерса-Турена –

- полипоз кишечника (малигнизация у 5% больных) с диспепсическими явлениями
- пигментация губ, слизистой полости рта
- в 20 раз чаще развивается рак яичников

Ювенильный полипоз – появление полипов в детском возрасте (малигнизация 0-5%)

Классификация полипов

Генез

- Врожденные

- Приобретенные

Распространенность

- Одиночные

- Множественные

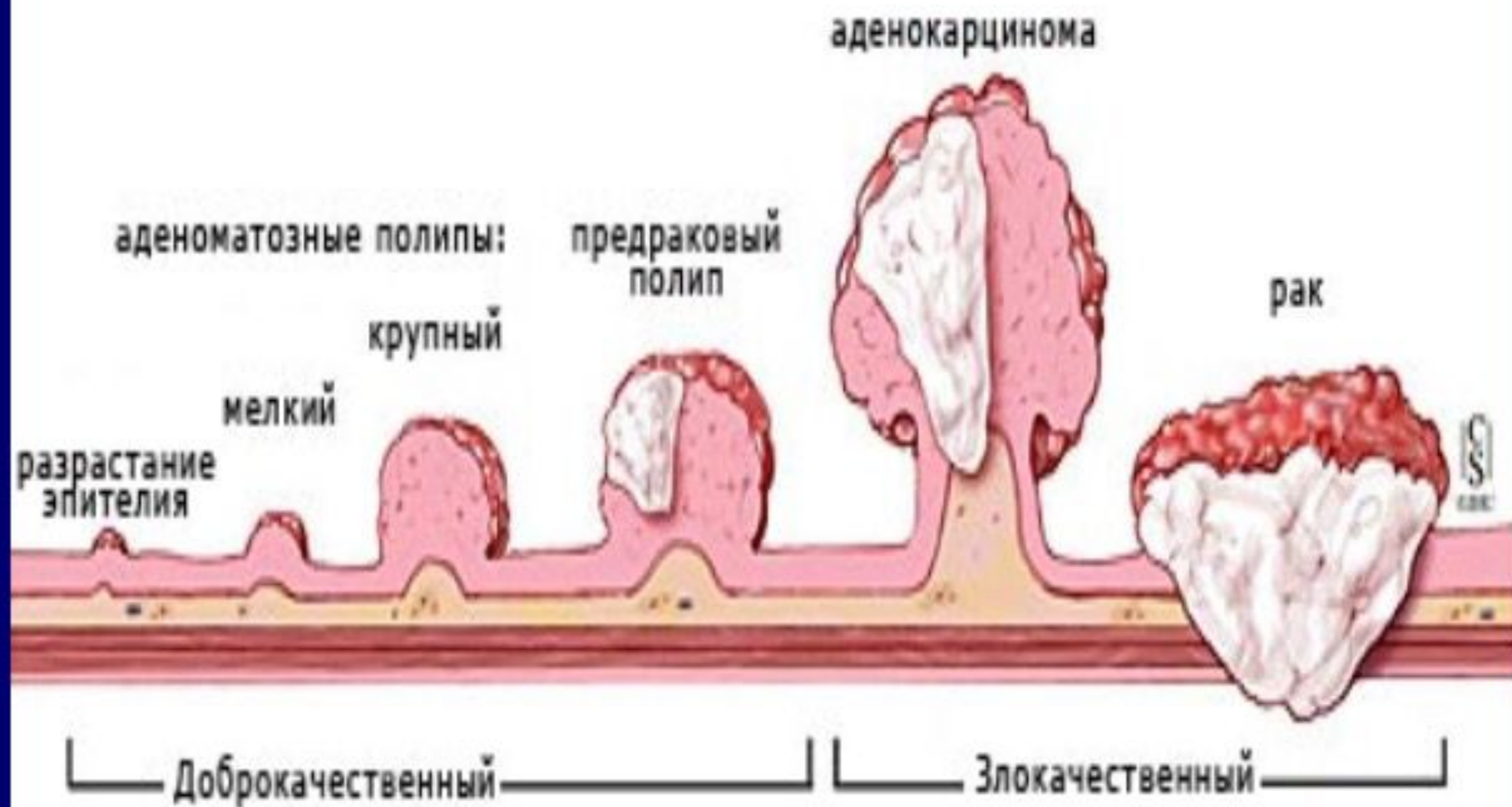
- Полипоз

Морфология

- Аденоматозные полипы или аденомы

- Ювенильные

- Гиперпластические



Достоверно установленные факторы риска развития КРР

- Продолжительность заболевания > 10 лет
- Тотальный колит (в большей степени) и левосторонний колит (только проктит не связан с достоверным повышением риска)
- Первичный склерозирующий холангит (ПСХ)
- Начало заболевания в возрасте до 15 лет
- Случаи колоректального рака в семье

Предполагаемые факторы риска КРР

- Рефлюкс-илеит (backwash ileitis)
- Активный воспалительный процесс

Хронические воспалительные заболевания ТК

Болезнь Крона (гранулематозный колит)

Развивается вследствие иммунных нарушений и хронического воспаления слизистой ТК

РТК развивается в более молодом возрасте

Чаще поражаются илеоцекальная область и проксимальные отделы ТК

Особенно неблагоприятны клинические формы с образованием межкишечных свищей

Хронический парапроктит

При длительности течения заболевания более 10 лет у 1% больных развивается РТК

Группы риска развития рака толстой кишки
(американское проктологическое общество,
1999)

Группа низкого риска – лица старше 50 лет с отрицательным семейным анамнезом. ПРИ и проба на скрытую кровь в кале раз в год, раз в 5 лет – фиброколоноскопия или ирригоскопия

Группа среднего риска – лица, имеющие одного или нескольких родственников, страдающих РТК. Скрининг начинается с 40 лет по указанной схеме

Группа высокого риска – больные семейным полипозом, язвенным колитом, болезнью Крона. Ежегодная фиброколоноскопия с 12-14 лет

Международная гистологическая классификация опухолей кишечника (WHO, 1989)

эпителиальные	неэпителиальные
А. Доброкачественные	
Аденома тубулярная ворсинчатая тубулярно-ворсинчатая	Липома Лейомиома Желудочно-кишечная стромальная опухоль (GIST)

Б. Злокачественные

Аденокарцинома Слизист.аденокарцинома Перстневидно-клет. рак Мелкоклеточный рак Плоскоклеточный рак Железисто-плоскокл. рак Медуллярный рак Недифференциров. рак Смешанная карциноид- аденокарцинома Другие	Лейомиосаркома Ангиосаркома Саркома Капоши Злокачественная меланома Другие Злокачественные лимфомы (0,2%) Карциноид (высокодифференциро- ванная эндокринная опухоль
---	--

Гистологические формы РТК

- **Аденокарцинома**
 - высокодифференцированная**
 - умереннодифференцированная**
 - низкодифференцированная**
- **Слизистая аденокарцинома**
- **Перстневидно-клеточный рак**
- **Плоскоклеточный рак**
- **Железисто-плоскоклеточный рак**
- **Базально-клеточный рак**
- **Недифференцированный рак**

Правые отделы ТК – 60% экзофитные формы РТК

Левые отделы ТК – 65% эндофитные формы РТК

Клинические проявления рака ободочной кишки

- Боли в животе – отмечаются у 80% больных при правосторонней локализации встречаются в 2-3 раза чаще
- Нарушение моторно-эвакуаторной функции ТК – 85% больных: чувство тяжести в животе, потеря аппетита, тошнота, запоры, вздутие живота, приступообразные боли
- Патологические выделения из прямой кишки – слизь, гной, кровь, опухолевые массы. При левосторонней локализации опухоли 60%, правосторонней – 18%.
- Изменение общего состояния больного – 75% больных: слабость, недомогание, потеря веса, быстрая утомляемость
- Наличие пальпируемой опухоли – 40-60% больных

Клинические формы рака ободочной КИШКИ

- Токсико-анемическая — анемия, боли в правой половине живота, кишечные расстройства, интоксикация, гипертермия
- Обтурационная — нарушения проходимости кишечника, приступообразные боли в животе, усиление перистальтики,
- Энтероколитическая — вздутие живота, чередование поносов и запоров, наличие патологических примесей в кале
- Псевдовоспалительная — малая выраженность кишечных расстройств на фоне признаков воспалительного процесса в брюшной полости
- Опухолевая (атипичная) — нехарактерны общие симптомы и нарушение проходимости кишечника при пальпируемой опухоли в брюшной полости
- Диспепсическая — симптомы желудочного дискомфорта (тошнота, отрыжка, чувство тяжести в эпигастрии), боли в верхних отделах живота

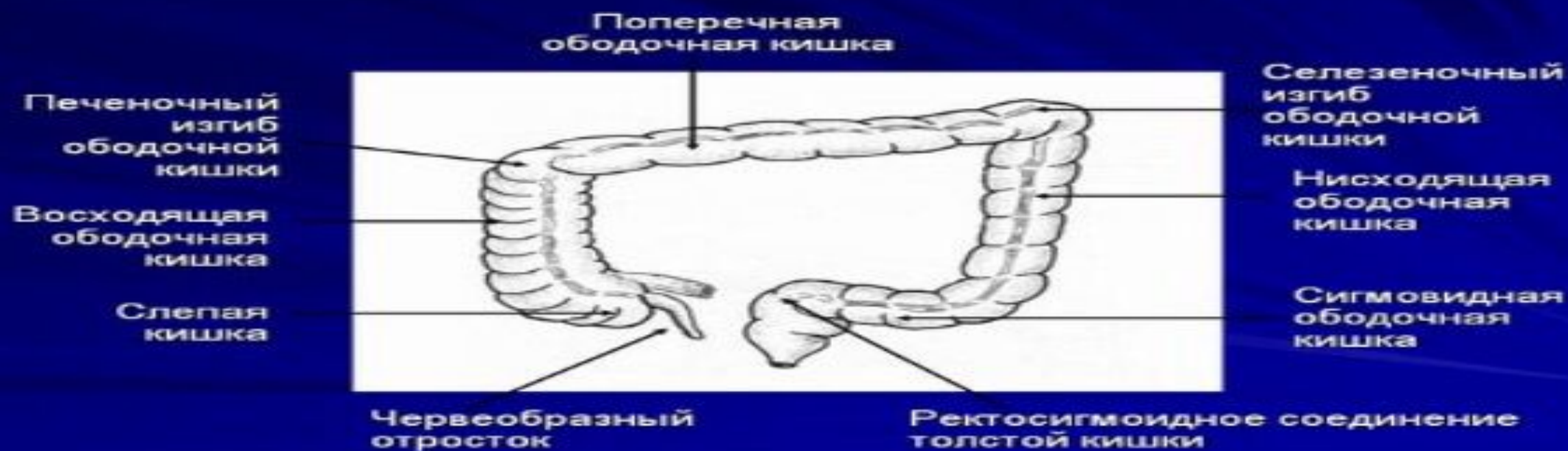
Частота расположения опухоли в различных отделах ободочной кишки

Правая половина – 25-30%

Поперечно-ободочная кишка – 2-8%

Левая половина – 8-11%

Сигмовидная кишка – 55-65%



Диагностика рака ободочной кишки

У 5% больных РТК на момент установления диагноза имеется более одного первичного очага, а 30% пациентов имеют аденоматозные полипы

Физикальный осмотр – 60-70% опухолей пальпируются

Эндоскопическое исследование – получение материала для морфологического исследования, возможность удаления полипов, (осложнения: кровотечение, перфорация – 0,1-0,2%)

Рентгенологическое исследование

- ирригоскопия с двойным контрастированием повышает информативность метода в 2 раза
- ангиография – выявление метастазов в печень, метастатические опухоли до 2 см в 97% случаев контрастируются лучше окружающей ткани печени, при размерах метастазов более 5 см – только 38%
- КТ – диагностика метастазов в печень и в забрюшинные лимфоузлы, (с целью контрастирования петель тонкой кишки – за 2-3 часа до исследования прием 200 мл 0,5-1% верографина)

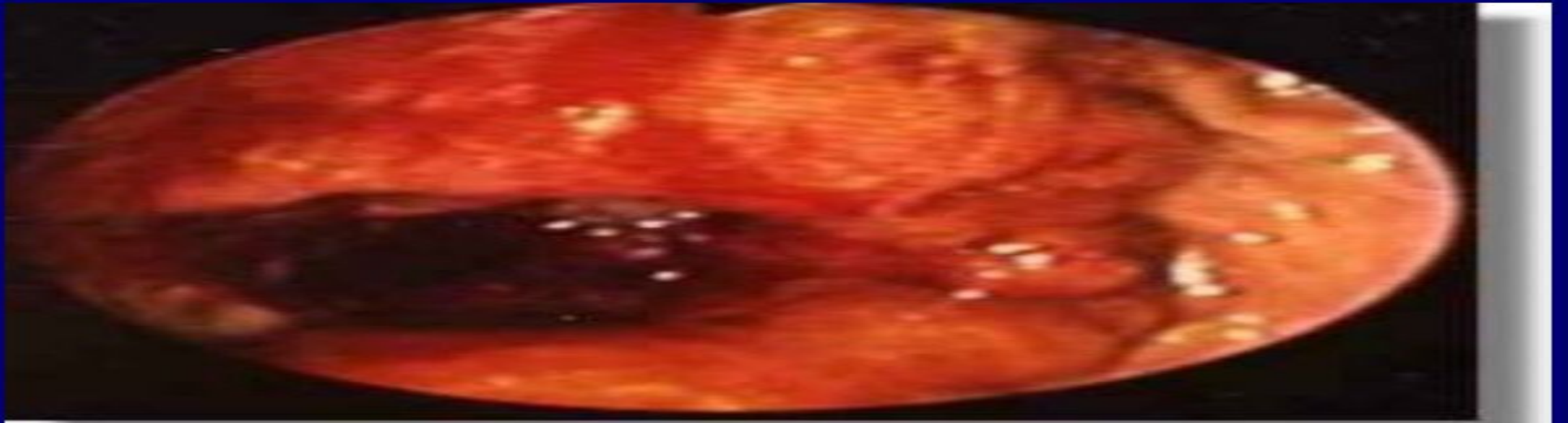
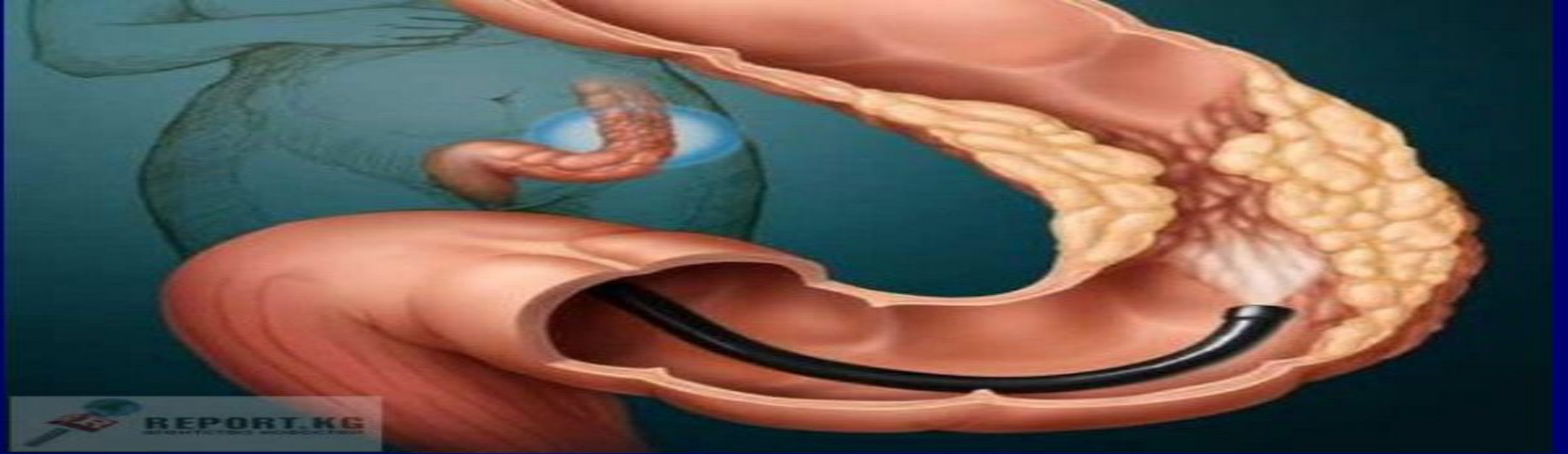
Диагностика рака ободочной кишки

Ультразвуковая томография

- возможность выявлять опухолевые узлы от 0,5 см
- результаты УЗИ совпали с клиническими данными в 71%
- ложноотрицательные результаты – 12%
- при сомнительных данных рекомендовано назначение КТ

Радионуклидная диагностика

- ^{67}Ga (цитрат галлия), ^{111}In (индий-блеомицин)
- диагностика метастазов в печень, забрюшинные лимфоузлы
- диагностика рецидивов РТК – совпадение в 81% случаев
- Иммуноскинтиграфия – применение меченых антител ОС 125, ОС19-9, антиРЭА, 14% ложноотрицательных результатов



Осложнения рака ободочной кишки

- Кишечная непроходимость – встречается у 10-60% больных, не является признаком запущенности процесса. Характерно чередование запоров с обильным зловонным жидким стулом.

Компенсированная форма – возможна подготовка к плановой операции.

Декомпенсированная форма (присоединение волемиических и метаболических нарушений) - показана экстренная операция

- Внутриопухолевые и перифокальные воспалительные процессы – 12-35% больных, инфицирование опухоли и окружающих органов и тканей условно-патогенной микрофлорой в сочетании с трофическими нарушениями стенки кишки вследствие ее перерастяжения и нарушения микроциркуляции
- Перфорация кишечной стенки - 2-5% больных
- Кровотечение из распадающейся опухоли – 1-3%
- Переход на соседние органы и ткани — 15-20% больных. В 40% клинических наблюдений перифокальный воспалительный процесс ошибочно расценивается как врастание опухоли и приводит к необоснованному отказу от радикальной операции

Лечение.

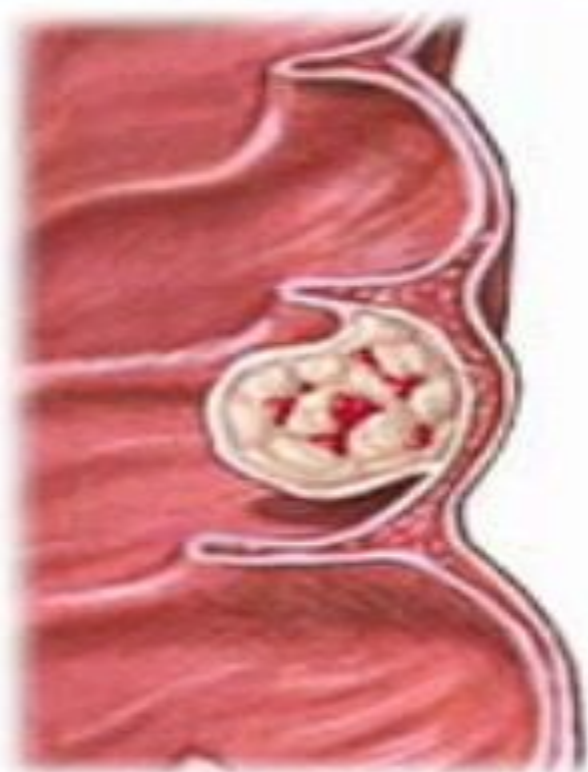
Основным методом является хирургическое лечение.

Пораженный отдел кишки удаляют с брыжейкой, прилежащей клетчаткой регионарным лимфатическим аппаратом по ходу ветвей верхней брыжеечно-артериальной артерии. Типичным объемом резекции является правосторонняя или левосторонняя гемиколэктомия. Такой объем обусловлен особенностями кровоснабжения лимфооттока.

Его могут дополнять химиотерапия и лучевой метод.



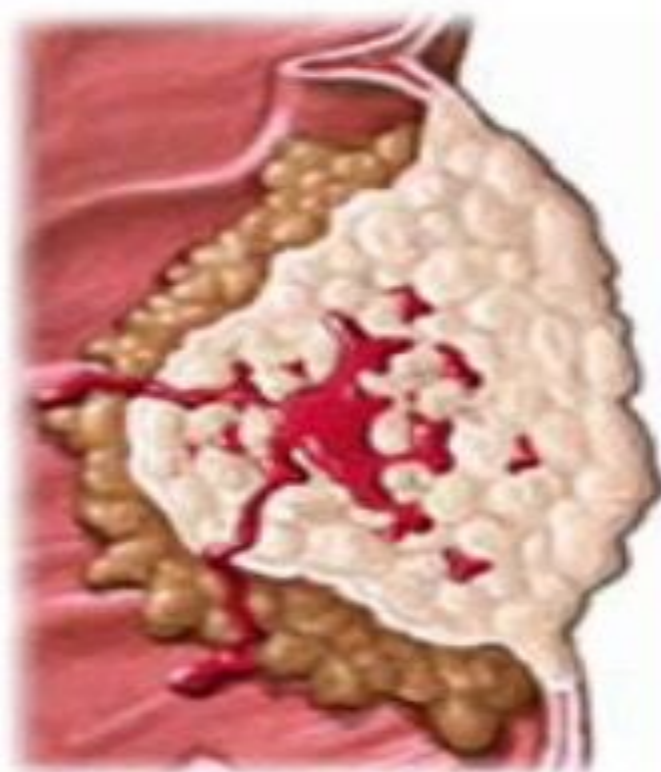
Метод лечения рака толстой кишки зависит от его стадии и величины



Стадия I



Стадия II



Стадия III

Рецидивы рака ободочной кишки

- Частота рецидивов 8-35%
- У 60% больных рецидивы возникали по линии межкишечного анастомоза, у 40% - внекишечно (после левосторонней гемиколэктомии - 60% внекишечных рецидивов)
- После резекции сигмы — 18%, после левосторонней гемиколэктомии — 10%, правосторонней гемиколэктомии -5%
- Расстояние границы резекции от края опухоли
 - До 2 см — рецидивы возникали у 25% больных
 - От 2 до 5 см — 16%
 - Более 5 см — 6%

Как не заболеть коло-ректальным раком

Первичная профилактика

- Ежедневные физические упражнения
- Не толстеть
- Есть меньше красного мяса
- Есть больше фруктов и овощей (5-6 разных ежедневно)
- Принимать витамины, фолиевую кислоту, кальций
- Не курить
- Ограничить употребление алкоголя
- Употребление аспирина (по совету врача)