

# Заболевания прямой кишки

ЗНО,  
хронический геморрой

Кафедра факультетской хирургии с  
курсом урологии ФГБОУ ВО  
ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера

# Факторы риска ЗНО прямой КИШКИ

1. Возраст.
2. Хронические воспалительные заболевания кишечника.
3. Полипы и полипоз толстой кишки.
4. Диетические факторы (дефицит растительной клетчатки, высокое содержание животных жиров, легкоусвояемых углеводов, белков, высокая калорийность, потребление пива).
5. Изменение метаболизма желчных кислот.
6. Наследственно-генетические факторы. Примерно у 5% больных развитие опухоли связано с наследственными синдромами (ДСА, MutYH-ассоциированный полипоз, синдром Линча).



Международная гистологическая  
классификация рака прямой кишки  
(ВОЗ, 2019)

Аденокарцинома

Зубчатая аденокарцинома

Микропапиллярная и муцинозная  
аденокарцинома

Перстневидно-клеточный рак

Недифференцированный рак

Нейроэндокринная опухоль

Плоскоклеточный рак

# Классификация аденокарциномы по степени дифференцировки

G1 – высокодифференцированные

G2 – умереннодифференцированные

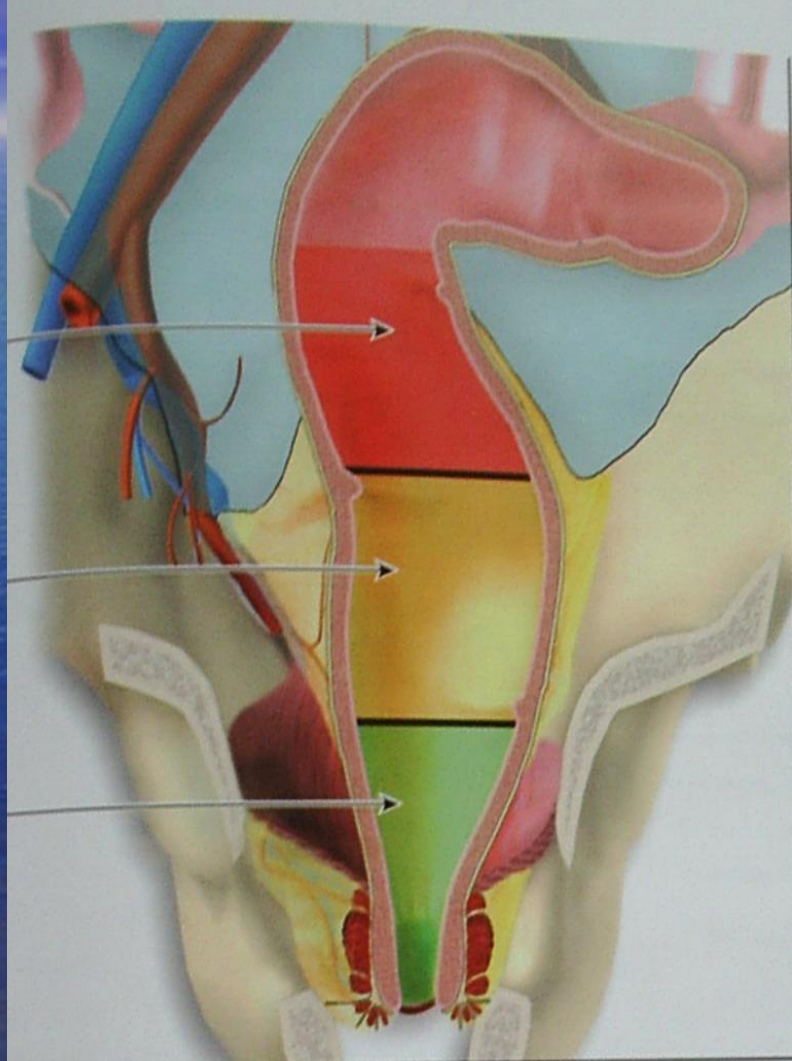
G3 - низкодифференцированные

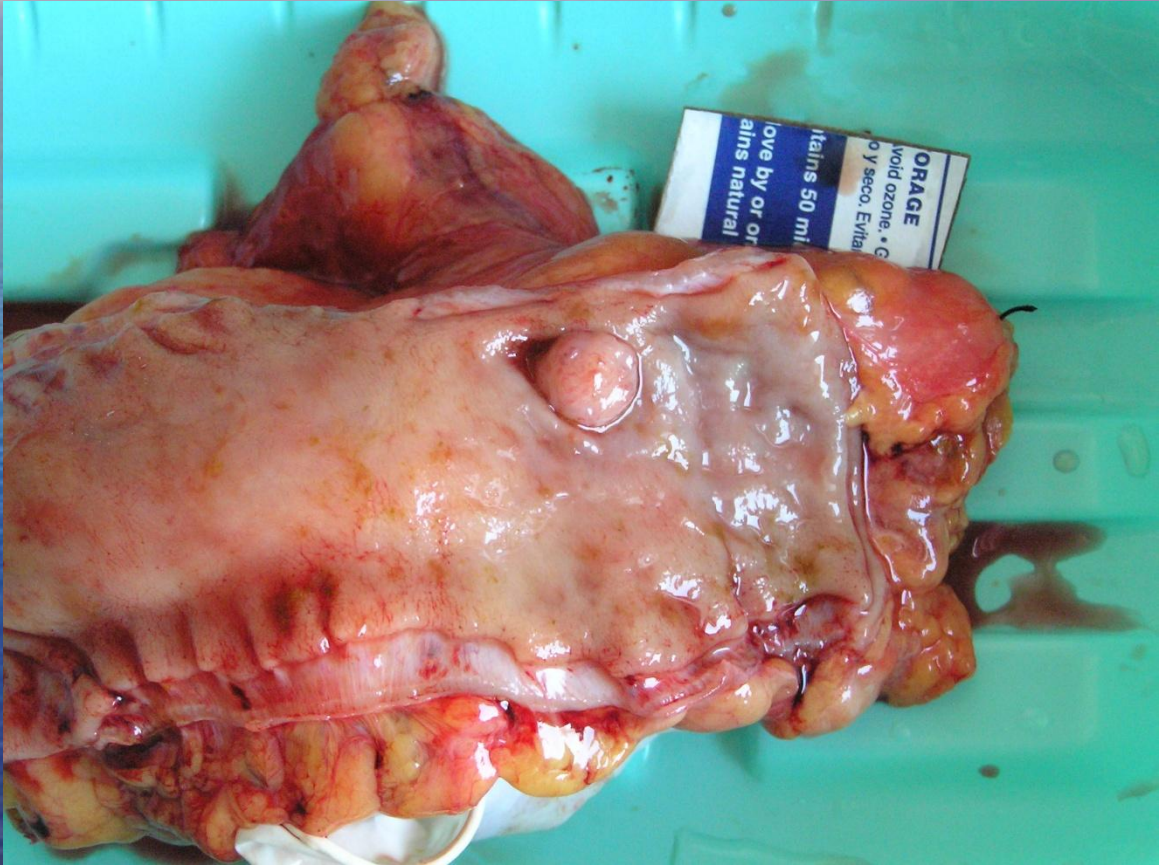


Верхнеампулярный  
10-15 см

Среднеампулярный  
5-10 см

Нижнеампулярный  
0-5 см



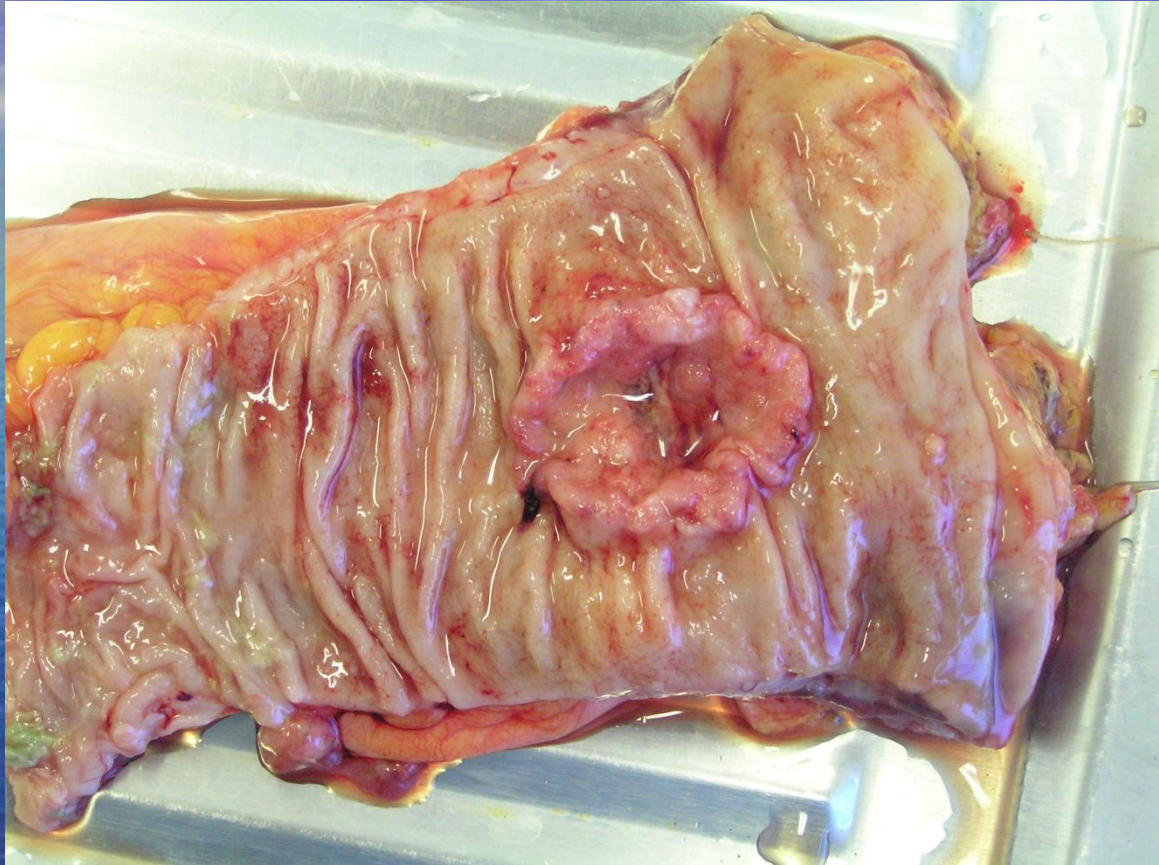


**ORAGE**  
Void ozone. • G  
o y seco. Evita  
tains 50 ml  
love by or or  
ains natural

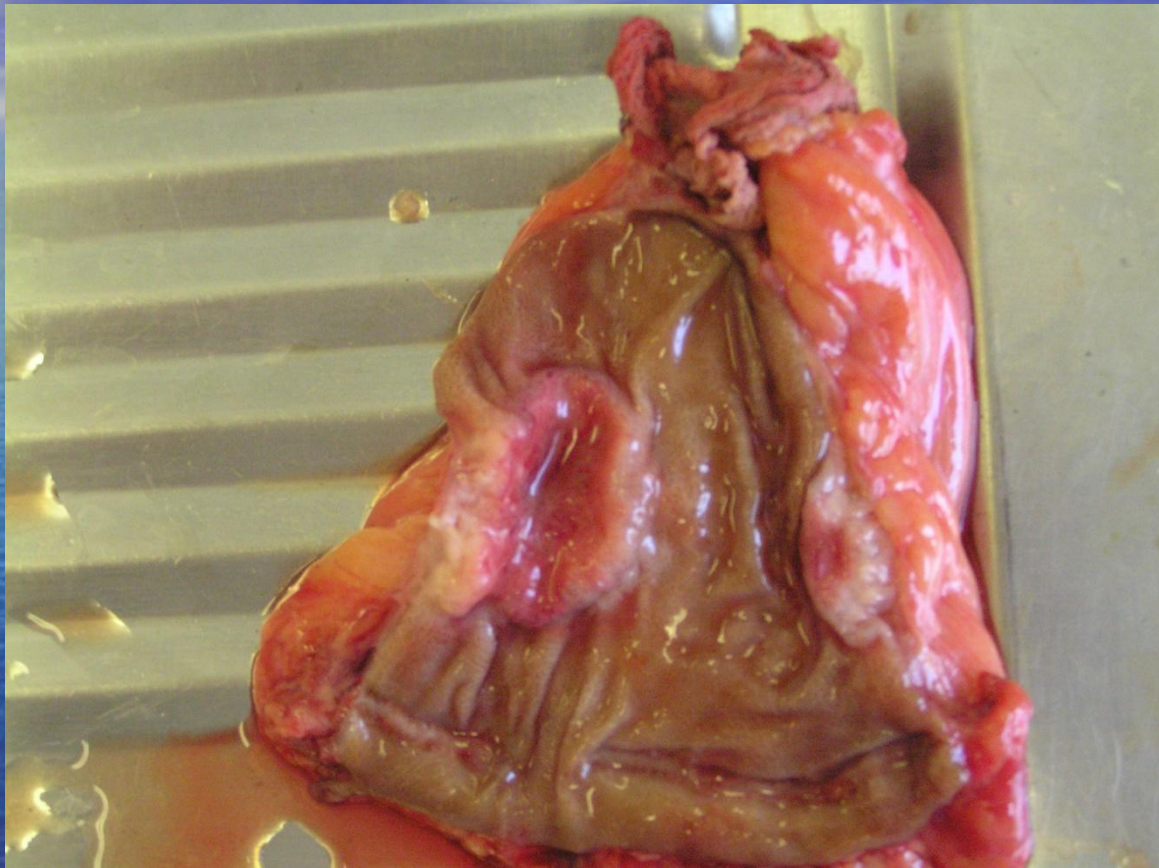




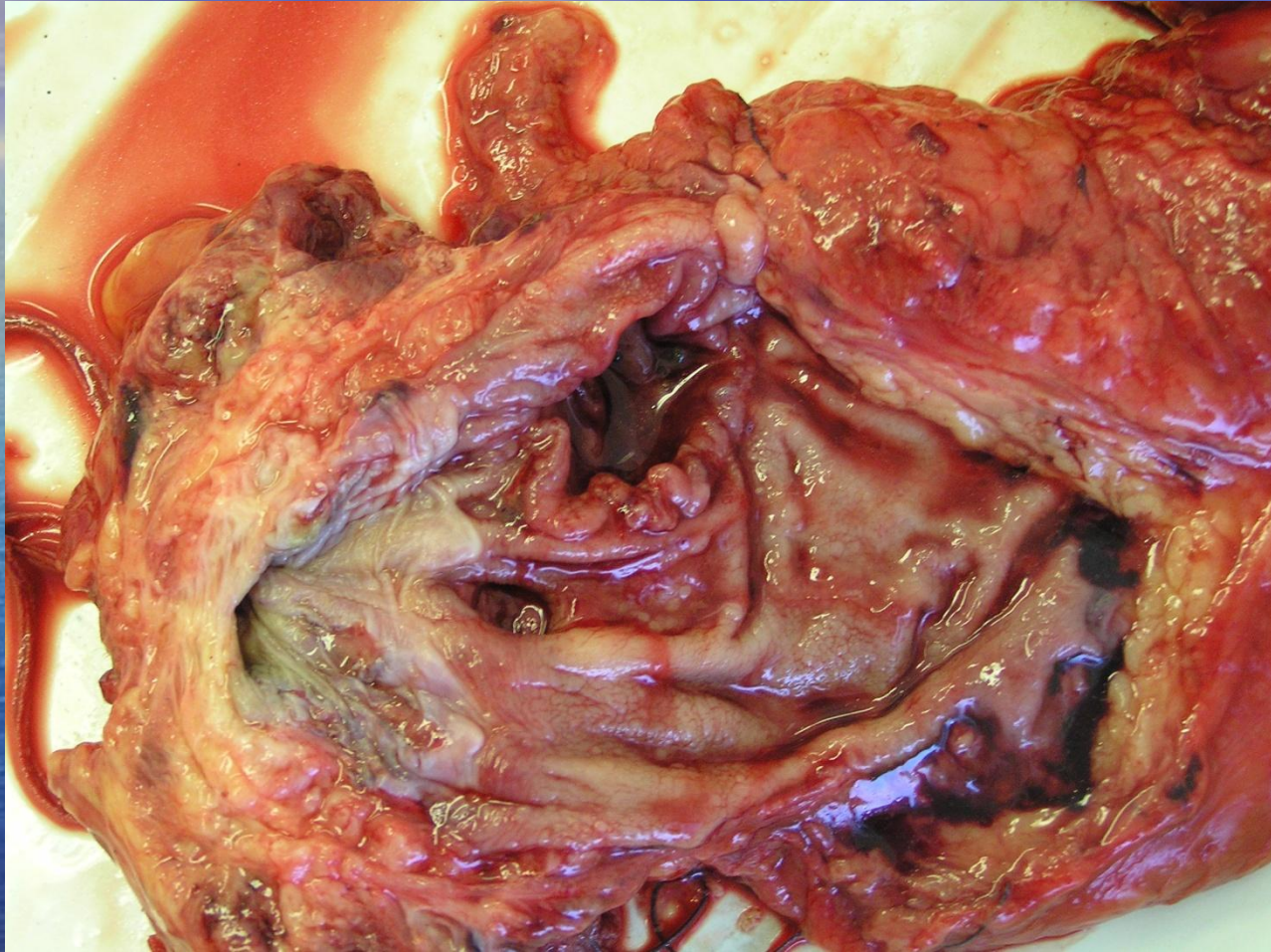






















# Классификация рака прямой кишки по Дьюксу (1932 г)

**Стадия А.** Опухоль ограниченная пределами слизистой оболочки и подслизистого слоя без лимфогенных и гематогенных метастазов (T1N0M0).

**Стадия В.** Опухоль, выходящая за пределы слизистого слоя, при отсутствии метастазов (T 3-4 N0 M0).

**Стадия С.** Опухоль с любой степенью местного распространения при наличии одного и более лимфогенного метастаза (T1-4 N1-3 M0 ).

**Стадия D.** Опухоль с любой степенью местного распространения при наличии отдаленного гематогенного метастаза (T1-4 N0-3 M1).

# Классификация рака прямой кишки по системе TNM (8 издание, 2017 г)

T – глубина инвазии опухоли.

T<sub>is</sub> – преинвазивная интраэпителиальная опухоль, не прорастает собственную пластинку слизистой

T<sub>1</sub> – инвазия ограничивается подслизистым слоем.

T<sub>2</sub> – опухоль инвазирует мышечный слой.

T<sub>3</sub> – опухоль прорастает все слои кишечной стенки и субсерозные ткани, в экстраперитонеальных отделах проникает в мезоректальную клетчатку.

T<sub>4(a, b)</sub> – опухоль прорастает серозную оболочку, врастает в прилежащие органы и ткани таза.



# Классификация рака прямой кишки

**N** – состояние регионарных лимфатических узлов.

**N<sub>x</sub>** – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

**N<sub>0</sub>** – нет поражения лимфатических узлов.

**N<sub>1</sub>** – имеются метастазы в 1-3 л/узлах мезоректум(1a-1 узел, 1b-2-3 л/узла)

**N<sub>1c</sub>**-диссеминаты в брыжейке без поражения узлов

**N<sub>2</sub>** – имеются метастазы в 4 и более л/узлах мезоректум(2a – 4-6 узлов, 2b – 7 и более).

# Классификация рака прямой кишки

M – наличие или отсутствие  
отдаленных метастазов.

M<sub>x</sub> – неизвестно или наличие метастазов  
не изучалось

M<sub>0</sub> – метастазы не обнаружены.

M<sub>1</sub> – имеются отдаленные метастазы

(M<sub>1a</sub> -поражение одного органа

M<sub>1b</sub> -поражение более 1органа, M<sub>1c</sub> -  
брюшины).



# Классификация рака прямой кишки

5-летняя  
выживаемость

Стадия 0. TisN0M0

Стадия 1. T1-2 N0 M0.

90%

Стадия 2 а T3N0M0

б T4aN0M0

с T4bN0M0.

75%

Стадия 3 а T1-2N1-2aM0

б T2-4aN1-2aM0

с T3-4bN1-2bM0. 50-65%

Стадия 4. TлюбаяNлюбая M1a,b,c.

<5%

# Классификация рака прямой кишки $T_1$ по Кикучи (по данным УЗИ, МРТ)

- $T_{1sm1}$  - глубина инвазии подслизистого слоя до 1/3.
- $T_{1sm2}$  - глубина инвазии подслизистого слоя до 2/3.
- $T_{1sm3}$  — полная инвазия подслизистого слоя.



# МРТ –подклассификация T<sub>3</sub> рака прямой кишки.

mrT<sub>3a</sub> - инвазия в мезоректум менее 1 мм

mrT<sub>3b</sub> – инвазия мезоректум до 5 мм

mrT<sub>3c</sub> – инвазия в мезоректум на глубину 5-15 мм

mrT<sub>3d</sub> – инвазия в мезоректум более 15 мм

# Симптоматика рака прямой кишки

1. Синдром патологических выделений (слизь, кровь, гной).
2. Нарушения пассажа каловых масс по кишечнику (чувство неполного опорожнения кишки после дефекации, затруднение акта дефекации, запоры, нарастающая толстокишечная непроходимость, тенезмы, изменение формы калового столбика).
3. Болевой синдром.
4. Нарушение функции держания.
5. Наличие опухоли.
6. Нарушения мочеиспускания.



# Задачи диагностического процесса

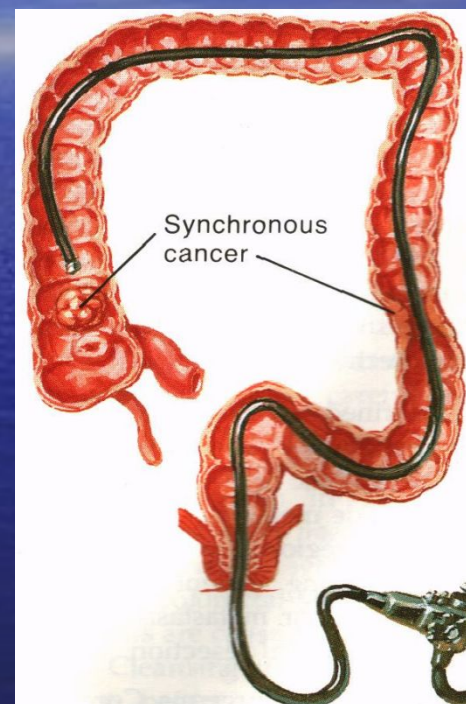
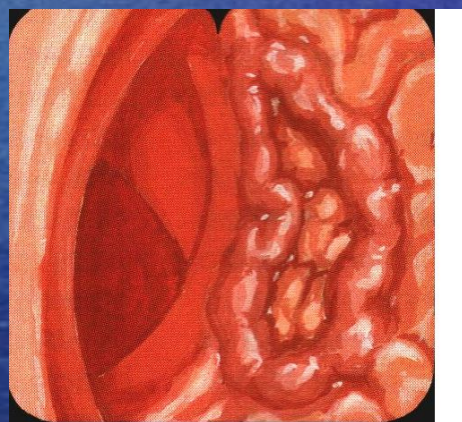
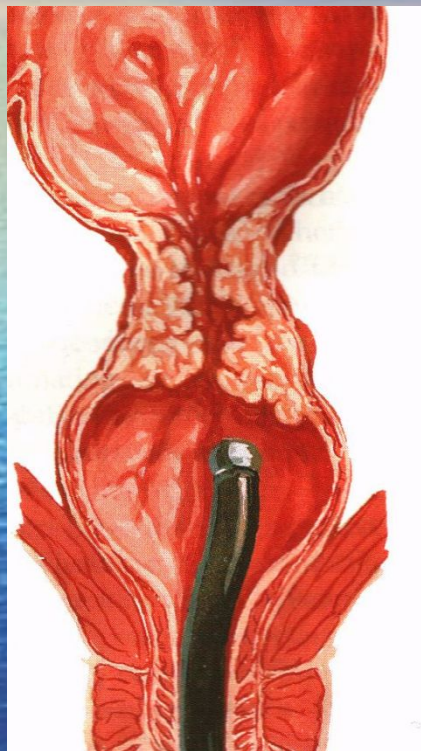
1. Установление факта наличия опухоли, ее локализации и стадии.
2. Идентификация гистологической структуры опухоли.
3. Выявление возможных метастазов в регионарные лимфатические узлы.
4. Выявление отдаленных метастазов.
5. Определение показаний и противопоказаний к операции, степени операционного риска.

# Диагностика рака прямой кишки

1. Жалобы и анамнез.
2. Наружный осмотр промежности.
3. Пальцевое исследование прямой кишки.
4. Ректороманоскопия, биопсия, цитология.
5. Сигмоскопия, фиброколоноскопия.
6. Ирригоскопия.
7. Ультразвуковое исследование (трансабдоминальное и эндоректальное).
8. КТГ, МРТ.
9. Лапароскопия.



# Диагностика рака прямой кишки



# Диагностика рака прямой кишки

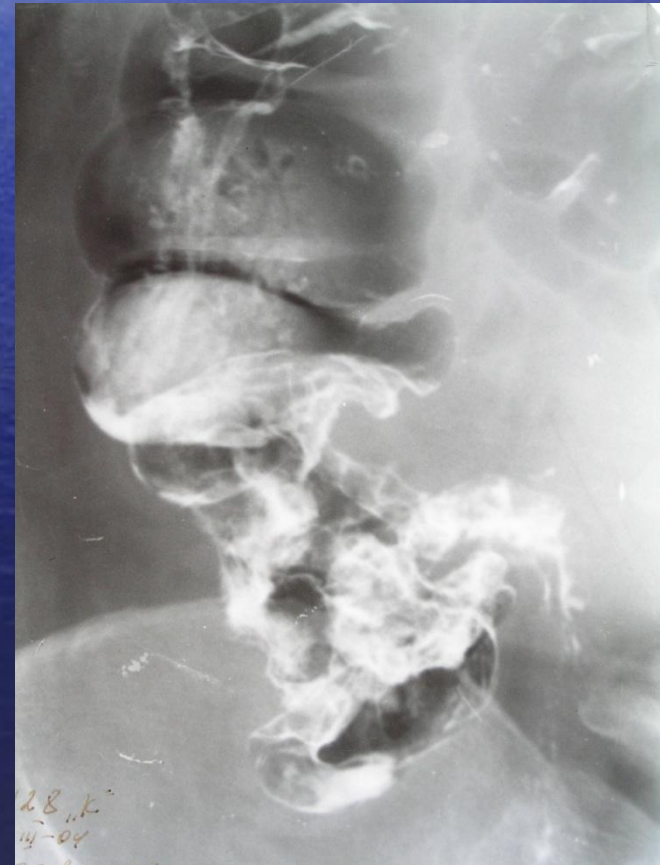
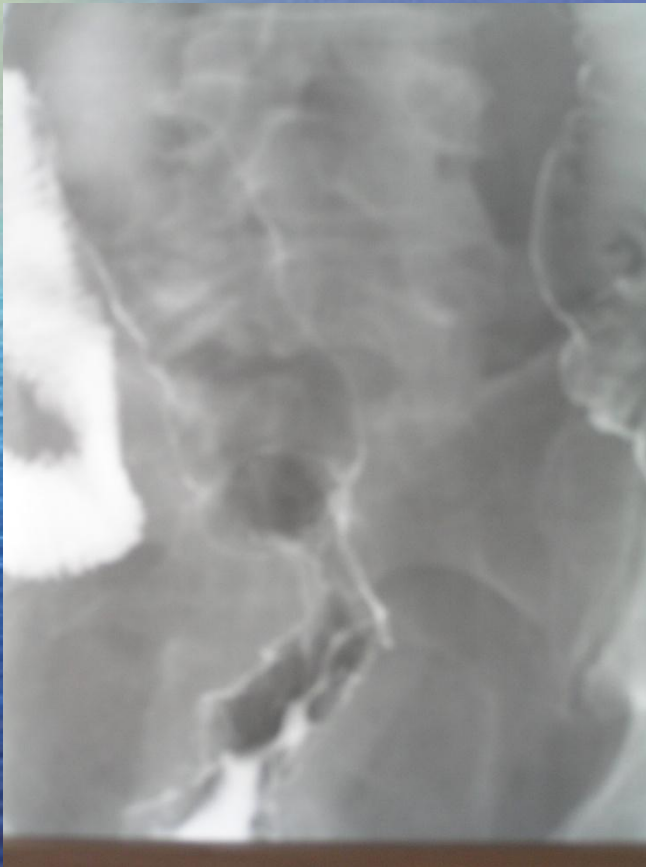
## 1. дефект наполнения





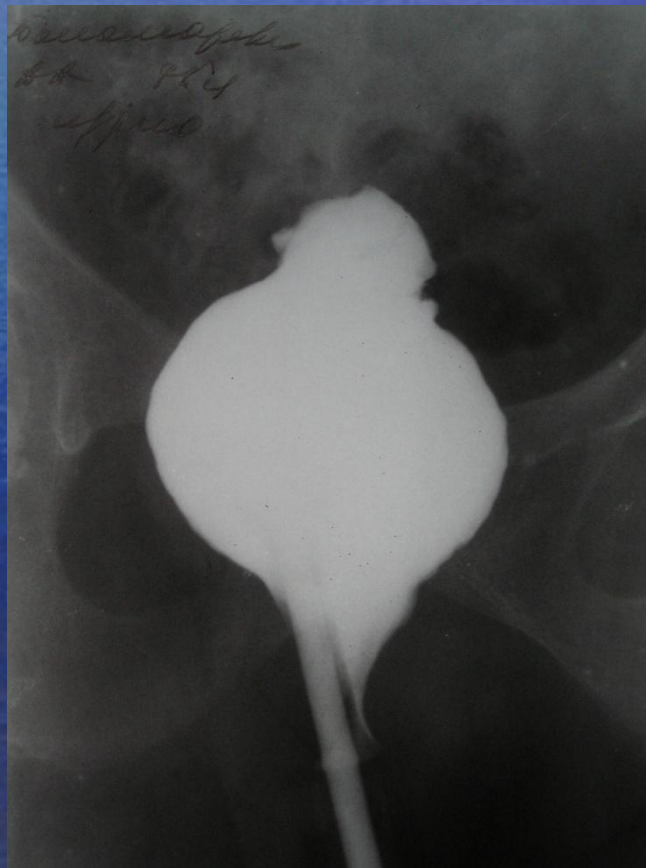
# Диагностика рака прямой кишки

## 2. патологическая перестройка рельефа слизистой оболочки



# Диагностика рака прямой кишки

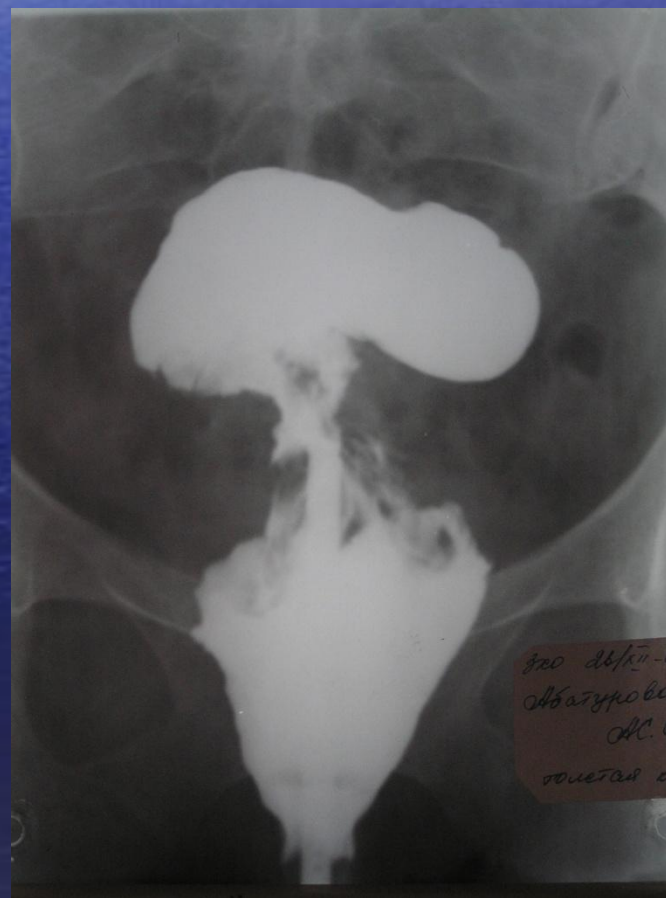
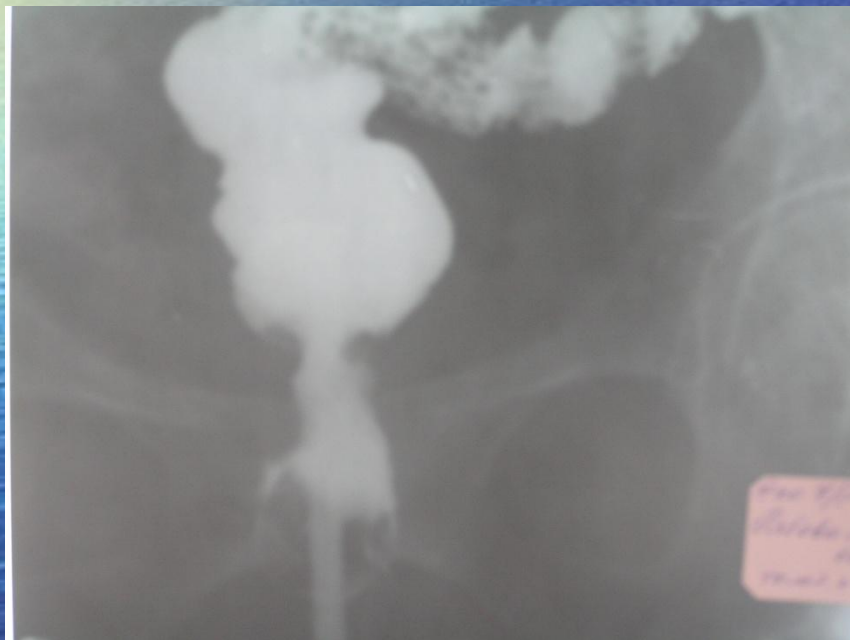
## 3. обструкция просвета кишки





# Диагностика рака прямой кишки

## 4. стенозирование просвета кишки







# Компьютерная томография



# Диагностика рака прямой кишки трансабдоминальное УЗ исследование (исследование ободочной кишки без подготовки, УЗ “ирригоскопия”, УЗ прямой кишки при наполненном мочевом пузыре)





# Диагностика рака прямой кишки

## генетические исследования

- Анализ биоптата на мутацию в генах семейства RAS, BRAF и микросателлитную нестабильность.

# Лечение рака прямой кишки

1. Химиотерапия:

Адьювантная и неоадьювантная.

2. Лучевая терапия:

Пред-, интра-, послеоперационная.

3. Хирургическое лечение рака прямой кишки:

Радикальные операции.

Паллиативные операции.

Циторедуктивные операции.



# Выбор способа лечения рака прямой КИШКИ

Стадия по мрт	в\амп отдел	с\амп отдел	н\амп отдел
T1-2N0M0 свободный циркулярный край резекции	Хирургическое только	Хирургическое только	Неoadьювантная ЛТ Хирургическое только
T3-4aN0-1M0, свободный циркулярный край резекции	Хирургическое или Пр\опер ХТ 5*5 гр+хирургическ ое, тактика обсуждается с пациентом	Пр\опер ХТ 5*5 гр+хирургическ ое (возможно хирургическое лечение сначала), тактика обсуждается с пациентом	Неoadьювантная ЛТ 5*5 гр (ТНТ), через 8 недель операция
T3c-4, T1-4N2, T4b (Запущенный случай, высокая вероятность вовлечения латерального края резекции, обширная л\генная диссеминация	ХЛТ+операция	ХЛТ+операция	ХЛТ+операция

# Методы подготовки к операциям на толстой кишке

1. Традиционная подготовка.
2. Электролитный лаваж.
3. Элементные диеты (нутризон, нутридринк).
4. Лаваж с раствором маннитола (5-10% р-р).
5. Лаваж с водными растворами полимеров.



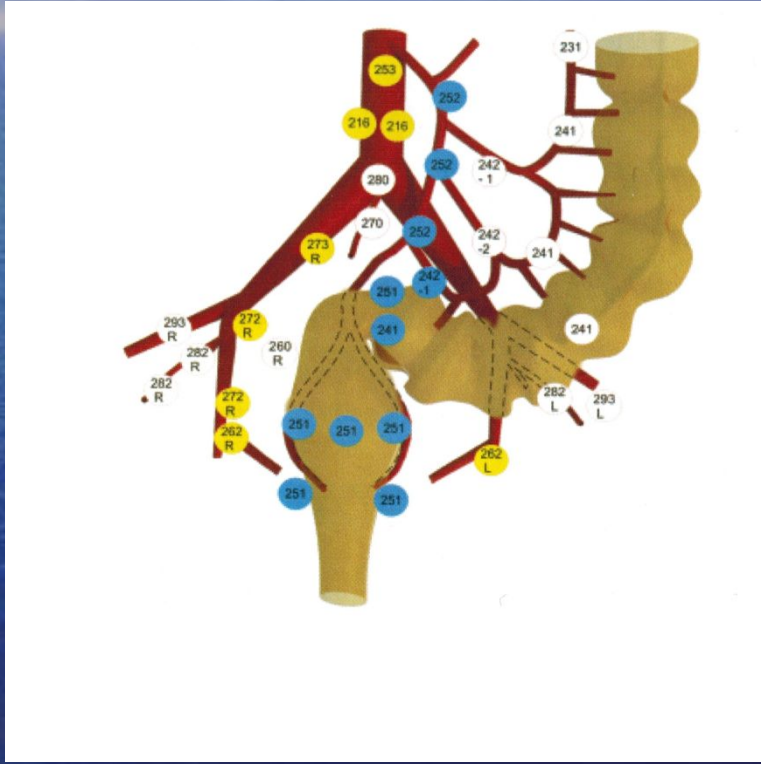
# Стандартные радикальные операции при раке прямой кишки

1. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, классическая или «цилиндрическая».


2. Передняя резекция прямой кишки, в том числе низкая и ультранизкая.

(Операция Гартмана).

Лапароскопические или открытые.







Тотальная мезоректумэктомия с  
формированием  
колоректального анастомоза  
"бок в конец"

Bill Heald

# Патогенез хронического геморроя.

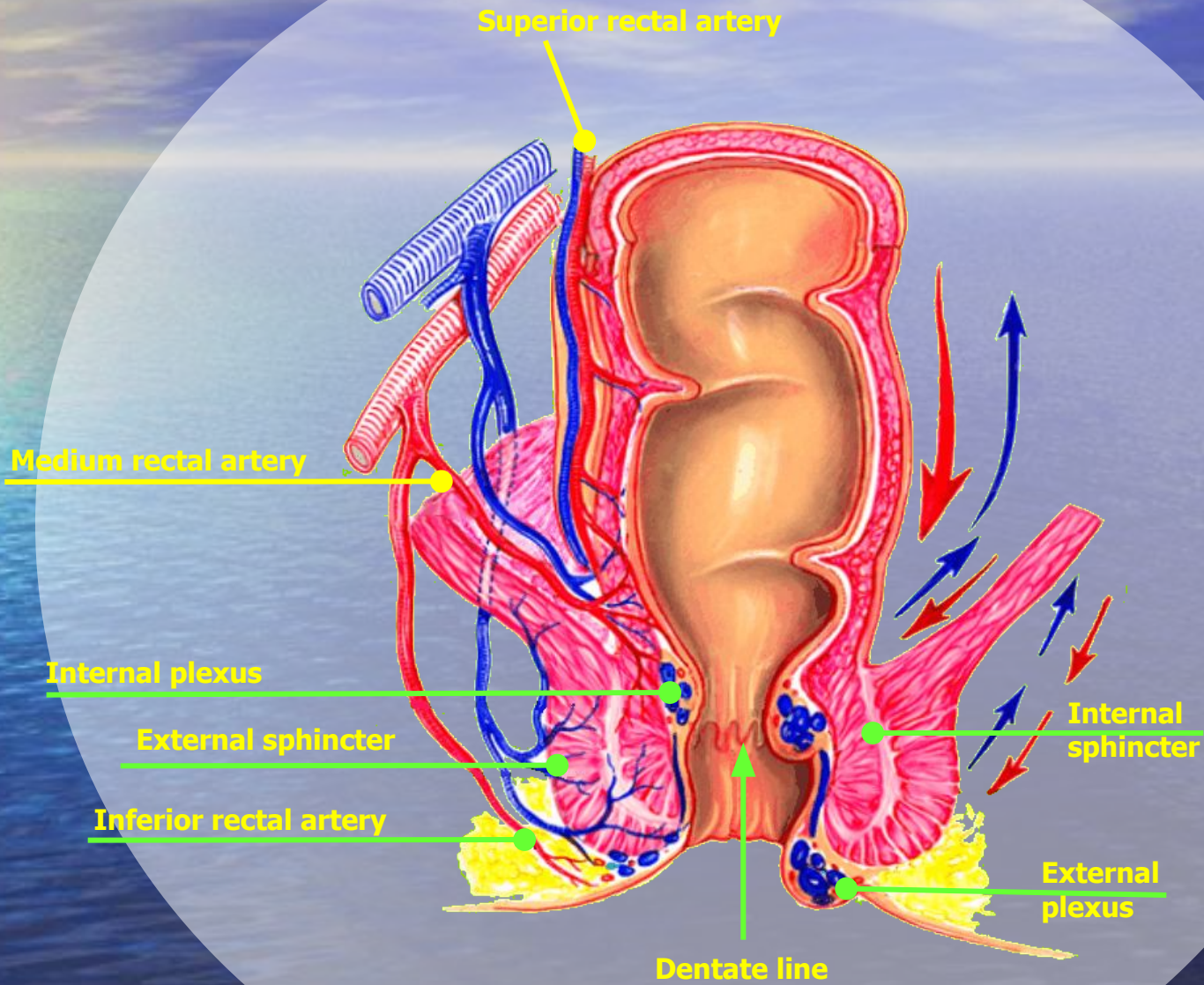
## 1. Сосудистый фактор.

Дисфункция сосудов, обеспечивающих приток артериальной крови к кавернозным тельцам и отток крови по кавернозным венам.

## 2. Дистрофический фактор.

Растяжение и дистрофия продольной мышцы подслизистого слоя прямой кишки.





# Классификация хронического геморроя

Стадия 1. выпадения узлов нет, периодически ректальные кровотечения, зуд, жжение, дискомфорт.

Стадия 2. Внутренние геморроидальные узлы выпадают при дефекации, вправляются самостоятельно.

Стадия 3. Внутренние геморроидальные узлы выпадают и самостоятельно не вправляются, требуется ручное пособие.

Стадия 4. Внутренние геморроидальные узлы находятся постоянно в выпавшем состоянии, теряется четкая граница между наружными и внутренними узлами.

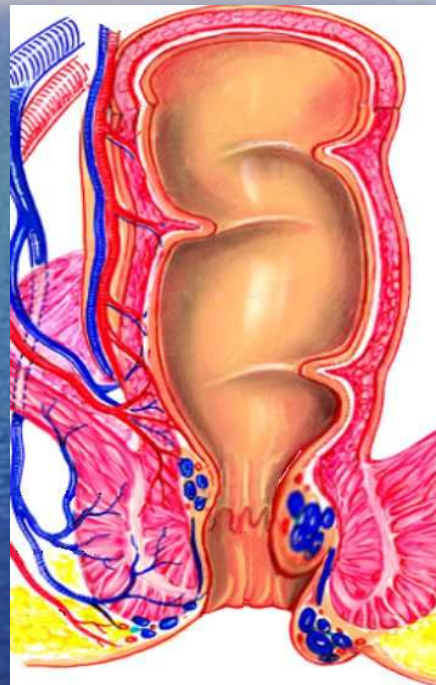
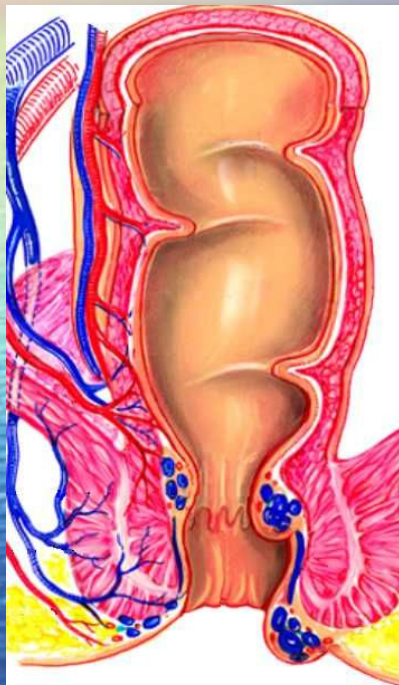


■ I стадия

■ II стадия

■ III стадия

■ IV стадия









# Фармакотерапия геморроя.

## Цели:

1. Лечение острого геморроя.
2. Предотвращение осложнений.
3. Профилактика обострений.
4. Предоперационная подготовка.
5. Послеоперационная реабилитация.

# Фармакотерапия геморроя.

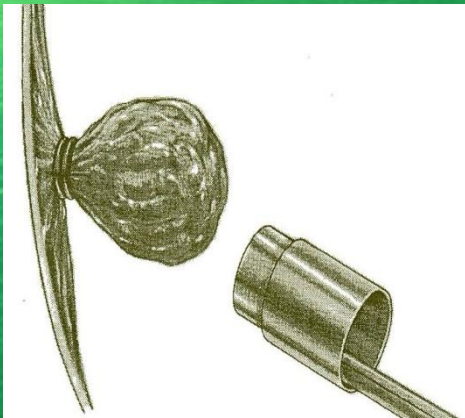
Задачи:

1. Купировать воспаление.
2. Устранить болевой синдром.
3. Улучшение микроциркуляции в кавернозных сплетениях.
4. Улучшение венозного оттока из геморроидальных узлов.
5. Тромболитическое действие при тромбозе узлов.
6. Гемостаз.



# Малоинвазивные методы лечения геморроя.

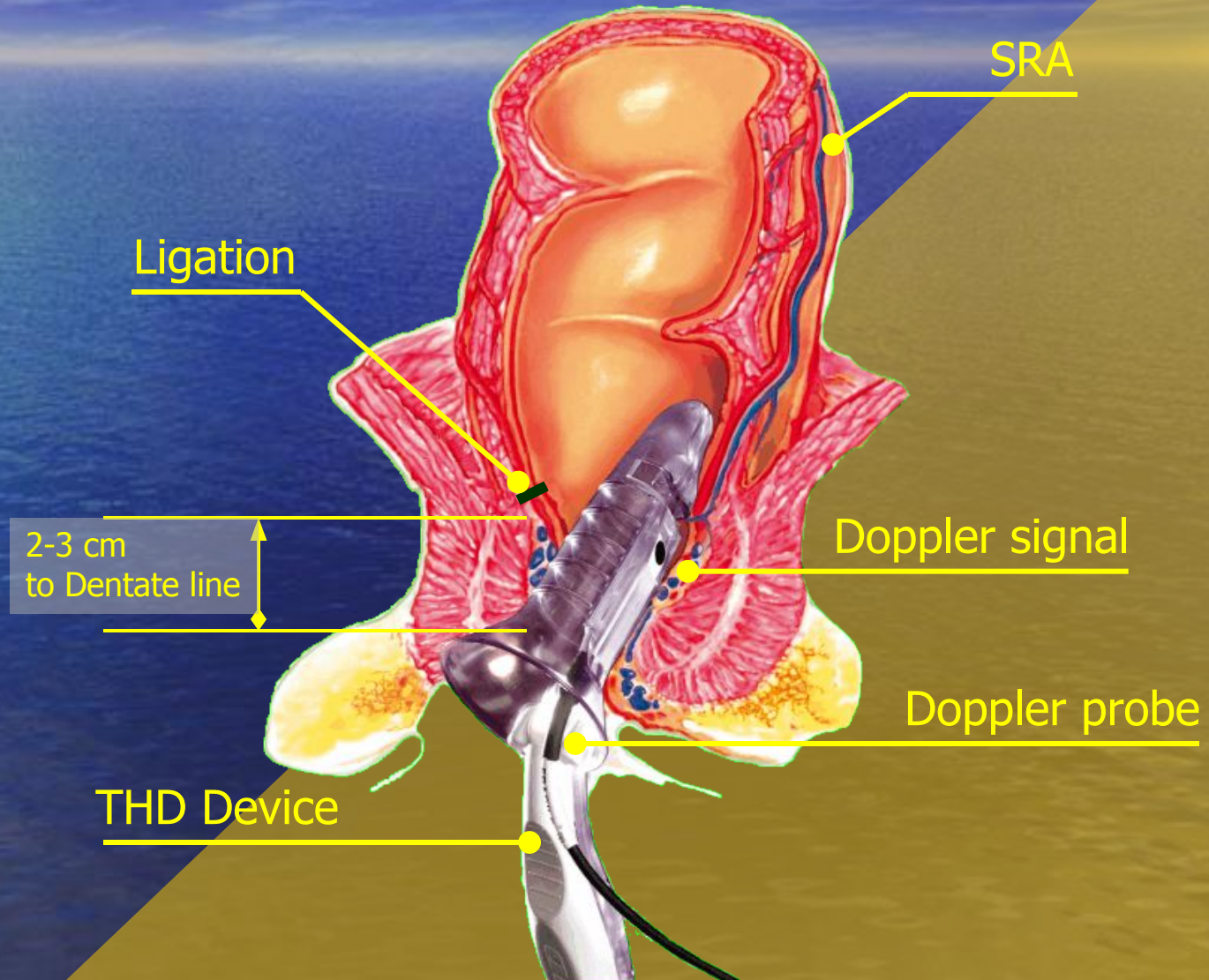
- 1. Инфракрасная коагуляция.
- 2. Склеротерапия.
- 3. Лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами.
- 4. Шовное лигирование геморроидальных узлов под контролем доплерометрии.



# Хирургическое лечение геморроя.

1. Открытая геморроидэктомия.
2. Закрытая геморроидэктомия.
3. Подслизистая геморроидэктомия.
4. Геморроидэктомия с использованием ультразвукового скальпеля.
5. Операция Лонго.





# **Surgical technique**

Click to play