



ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ

Лекция к.м.н. Якиманской Ю.О.

Симптомы и синдромы рака ЖКТ.

Анорексия:

- 1) функциональная - эмоциональные потрясения, депрессии, при психических расстройствах; боль и бессонница;
- 2) органическая -гормональные расстройства, сердечная, почечная, печеночная недостаточность; инфекционные заболевания - ↓ возбудимость пищевого центра в результате повреждающего действия метаболитов и токсинов.
- 3) диспептическая анорексия при заболеваниях органов ЖКТ- из-за боли, тошноты, рвоты и других неприятных ощущений сознательно отказывается от пищи.

4) раковая анорексия – при поражениях пищевода, желудка, поджелудочной железы; + слабость, утомляемость, апатия, ↓ веса. Кожа и слизистые оболочки сухие, язык обложен серым налетом, неприятный запах изо рта, дефекация редкая и затрудненная, боль, бессонница.

Интоксикация организма продуктами распада опухоли и пораженных тканей. Анальгетики угнетают аппетит. ↓ аппетита – побочный эффект химио- и лучевой терапии.

Болевой синдром.

Боль - упорная и мучительная, особенно при обширном метастатическом поражении.

В начале - неясные тупые боли, усиливающиеся при функциональном напряжении, (рак прямой кишки - при акте дефекации); перемене положения тела, надавливании, ощупывании.

При раке кардиального отдела желудка нередко отмечаются боли, симулирующие стенокардию.

Симптом неприятного запаха изо рта.

- 1) запах изо рта, ощущаемый независимо от акта дыхания, обусловлен патологическим процессом в ротовой полости или глотке (пародонтит, кариес, ангина), появлением очагов некроза и участков изъязвления в слизистой оболочке.
- 2) халитоз - неприятный запах выдыхаемого воздуха, возникает при заболеваниях органов дыхания (бронхоэктатическая болезнь, рак бронха) и пищеварения (гастрит, рак желудка). Ощущается окружающими, но не чувствуется самим больным.
- 3) жалобы на зловонный запах изо рта, который не воспринимается окружающими (отсутствуют органические заболевания) - симптомом психоза. Неприятным запахом изо рта отличаются курильщики.

Симптом слюноотечения

- заболевания желудка, поджелудочной железы и кишечника. Гиперсаливация - обильное слюноотечение –сопровождает рак ЖКТ, токсикозы беременности, при нарушениях мозгового кровообращения, паркинсонизме, невралгии тройничного нерва, воспалении слизистой оболочки полости рта.

Симптом аэрофагии - заглатывание и последующее отрыгивание избыточного количества воздуха, не имеет кислого запаха, беспокоит тяжесть и распирающие ощущения в эпигастрии, метеоризм. Симптом аэрофагии может возникать при раке полости рта и пищевода.

Чаще аэрофагия возникает при нарушении правил приема пищи (быстрая еда или разговор во время еды), затрудненном носовом дыхании; нередко встречается при неврозах.

Симптомы отрыжки и срыгивания - внезапное непроизвольное выбрасывание в рот пищи из желудка или пищевода (при переедании, поспешная еда), возникают вследствие антиперистальтических движений пищевода и желудка.

- Пищеводные ...- пищевой комок не имеет кислого вкуса,
- Желудочные... - он кислый, иногда с горечью.

Симптом дисфагии- расстройство акта глотания или затруднение прохождения пищевого комка при глотании.

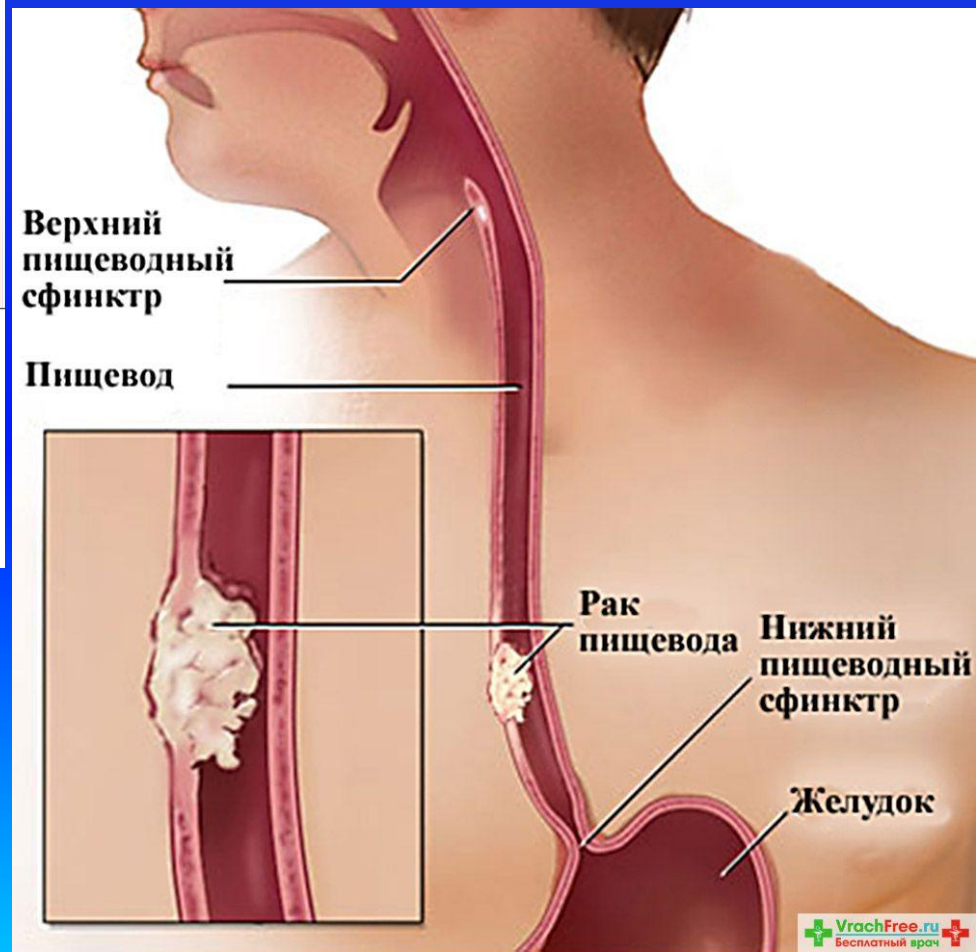
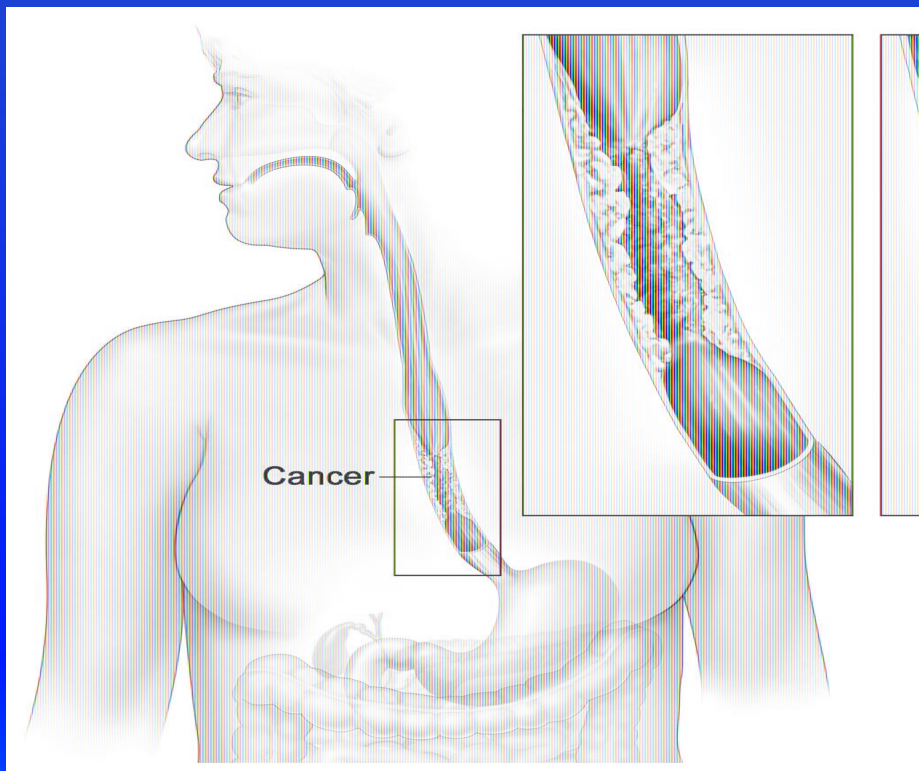
Дисфагия при поражении ротовой полости - у больных с воспалительными изменениями -стоматит, тонзиллит, глоссит; и у больных с опухолями ротовой полости.

Пищеводная дисфагия характерна для злокачественных заболеваний - постепенно и непрерывно усиливается + пропадает аппетит, ↓ вес; реже она встречается при ахалазии кардии, ГЭРБ, дивертикулах, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, при сдавливании пищевода увеличенной щитовидной железой, а также опухолями или абсцессом средостения.

Рак пищевода

чаще локализуется на границе средней и нижней трети. Предрасполагающие факторы: курение, алкоголь, недостаточное количество поливитаминов и микроэлементов, привычка употреблять очень горячую пищу (верхние отделы пищевода).

Кольцевидный рак циркуляторно охватывает стенку пищевода на определенном участке.



Сосочковый рак пищевода легко распадается, и образуются язвы, овальной формы и вытянуты вдоль пищевода.

Гистологически: карцинома, плоскоклеточный рак, аденокарциному, железисто-плоскоклеточный, железисто-кистозный и недифференцированный рак.



Плоскоклеточный **рак** пищевода с эндофитным ростом

- экзофитным ростом

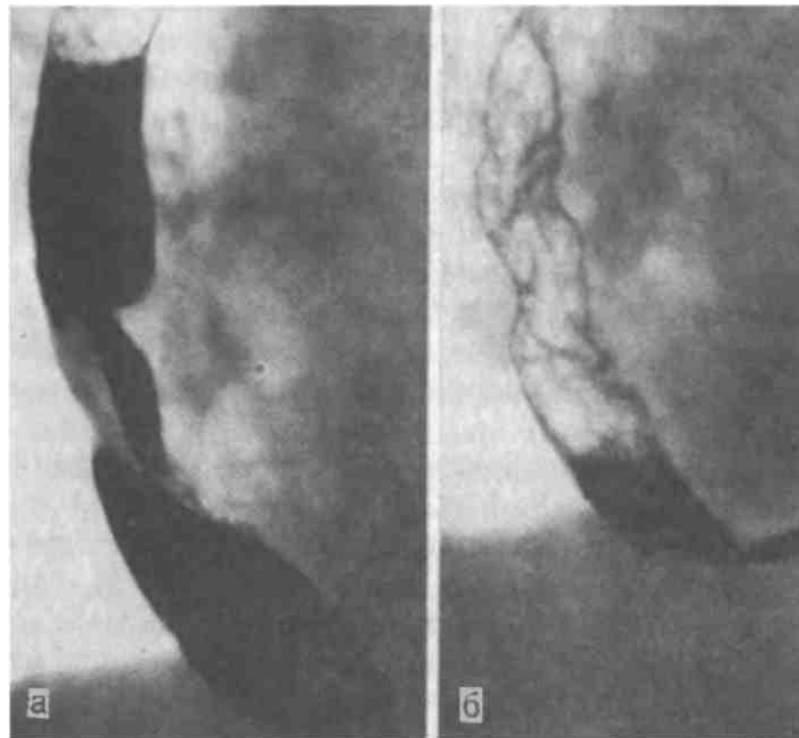
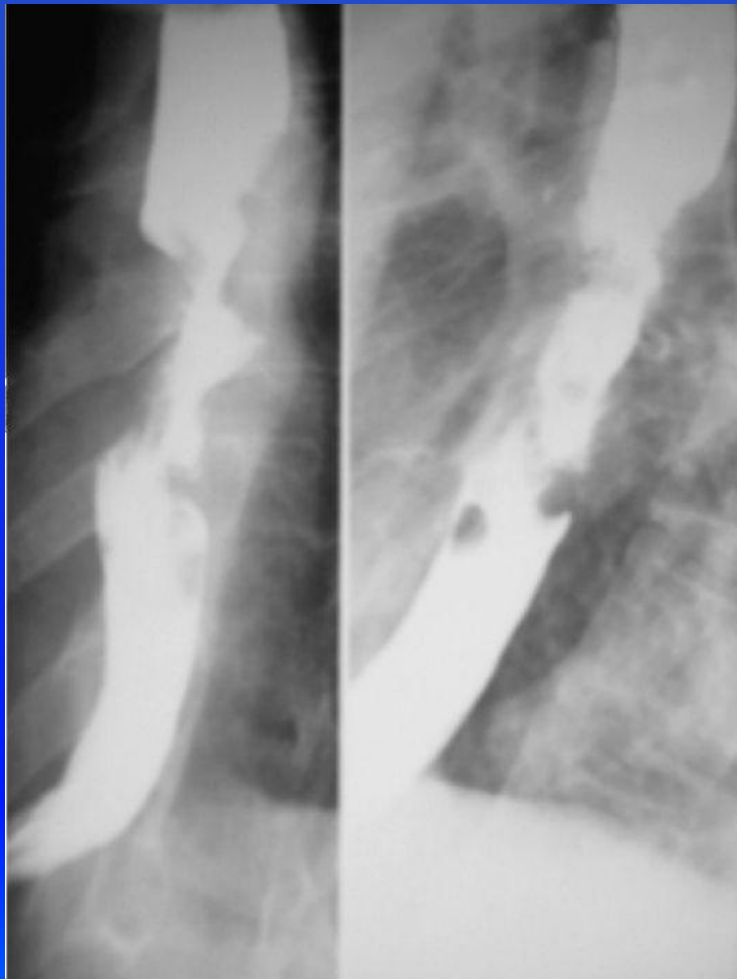
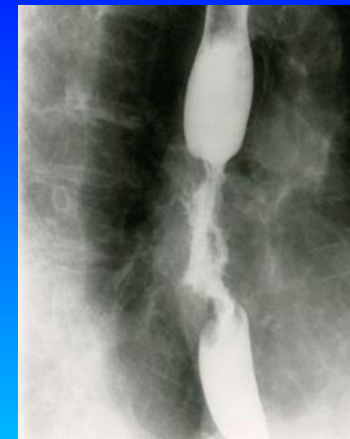
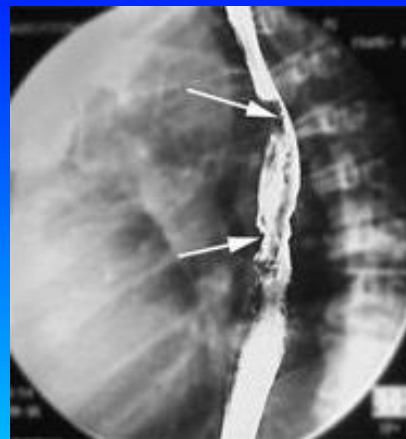


Рис. 28 Экзофитный рак пищевода при тугом наполнении контрастным веществом (а) и в фазе пневморельефа (б) Складки слизистой оболочки в области опухоли разрушены. Контуры пищевода неровные

Рак пищевода. Неровный контур стенки пищевода в зоне расположения опухоли на фоне контрастного наполнения



Экзофитные формы рака пищевода постепенно вызывают дисфагию: от затруднения прохождения твердой пищи до непроходимости для жидкостей, т.е. полной обтурации просвета пищевода.

Эндофитные формы изъязвляются, опухоль прорастает в структуры средостения, разрушение стенки бронха сопровождается клиническими проявлениями эзофагобронхиального свища, прогрессирующее усиление болевого синдрома.

Радикальные методы лечения: хирургический - резекция или экстирпация пищевода с восстановлением непрерывности пищеварительного тракта - и комбинированный и комплексный подход (химио- и химиолучевая терапия).

Паллиативные методы лечения: хирургический - наложение гастростомы, еюностомия.
Эндоскопическая реканализация пищевода, постановка стента.

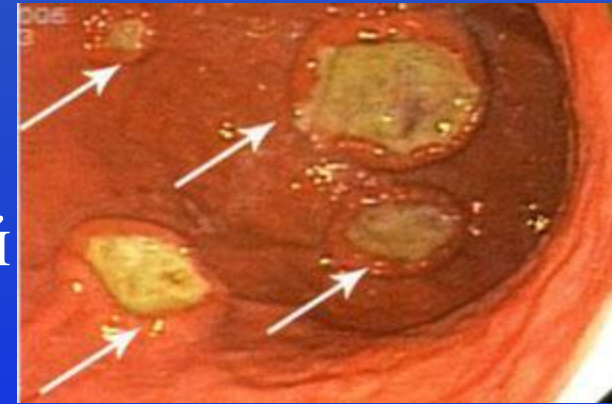


Резекция пищевода – удаление большей части пищевода с опухолью (иногда удаление всего пищевода). При этом для восстановления целостности желудочно-кишечного тракта выполняется одномоментная пластика (замещение) пищевода либо толстой кишкой, либо трубкой, выкроенной из желудка.

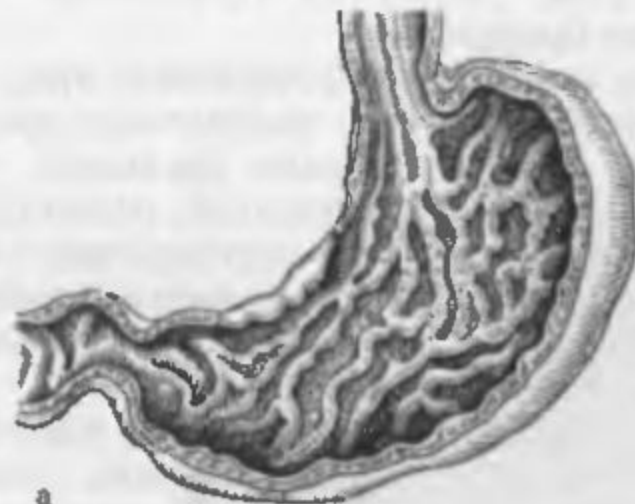
Рак желудка

По характеру роста выделяют:

- 1) с преимущественно экзофитным ростом (бляшковидный, полипозный, грибовидный);
- 2) с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом (инфильтративно-язвенный, диффузный);
- 3) смешанный.



Гистологически: аденокарцинома (95%), недифференцированный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный и неклассифицируемый рак.



a



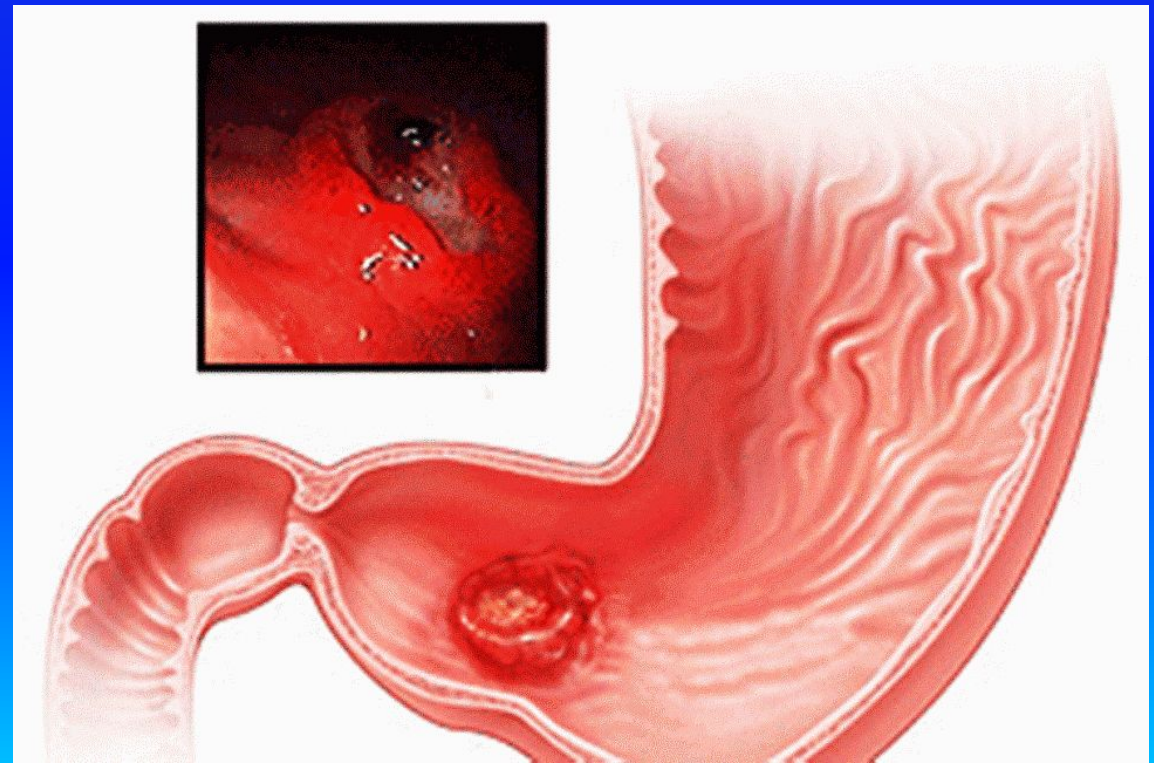
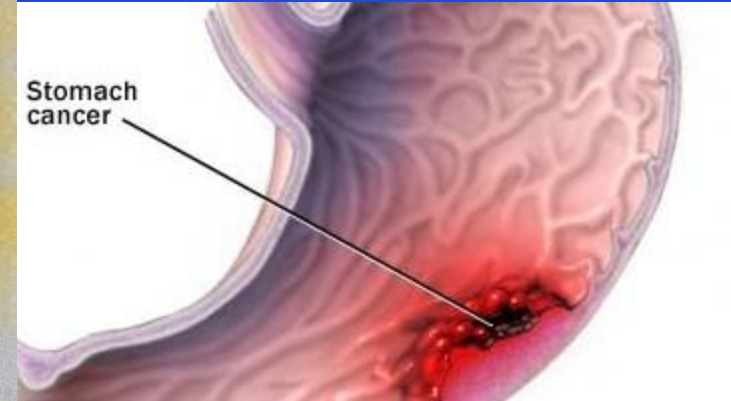
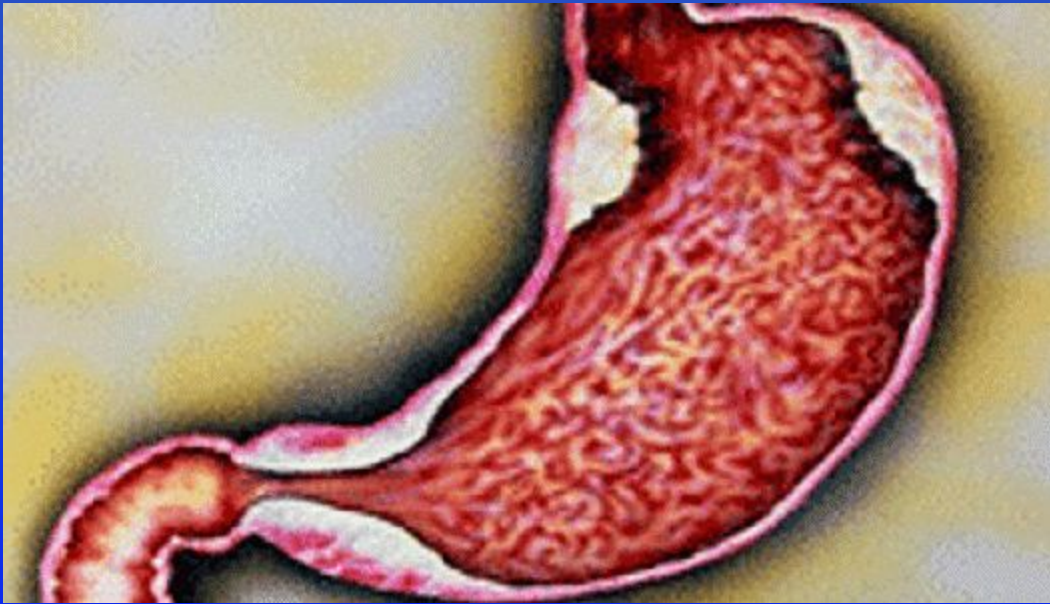
b



c

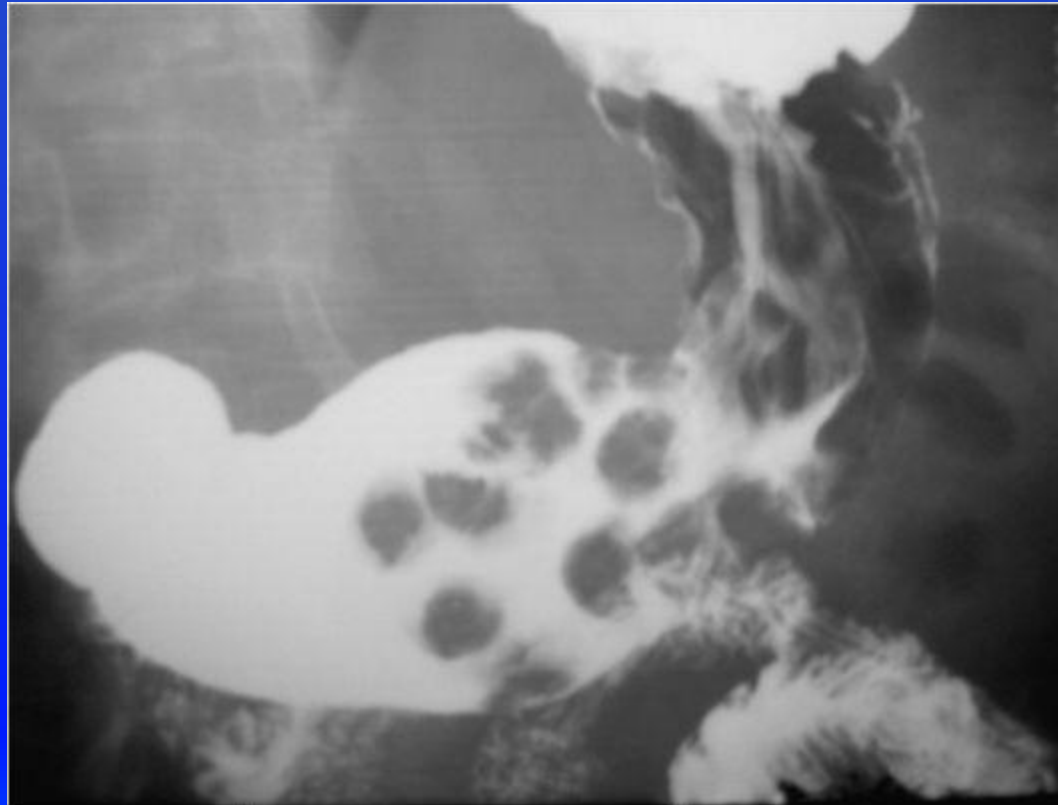


d



Факторы риска:

1. высокое содержание соли и консервантов,
2. высококалорийная пища, большое количество жиров, нерегулярное питание
3. употребление горячей пищи,
4. высокое содержание афлотоксина,
5. курение, алкоголь,
6. *Helicobacter pylori*, хронический атрофический гастрит, хроническая язва, полипы.



Полипы желудка. Дефекты наполнения желудка на фоне контрастной взвеси

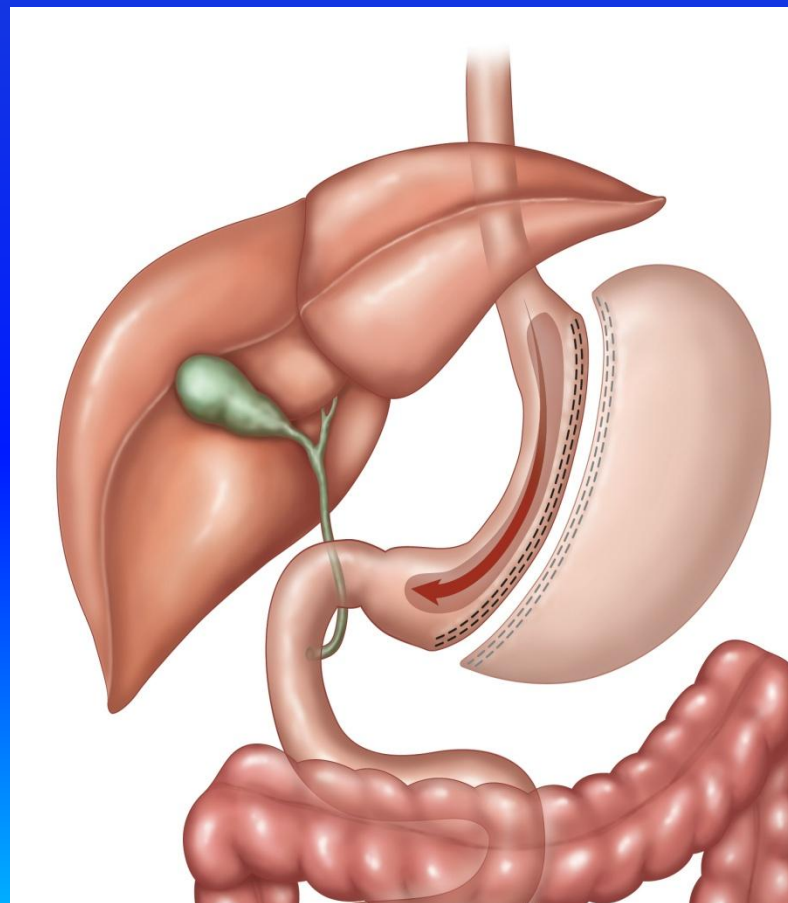
В начальных стадиях - незначительные диспептические проявления («малые признаки»): тяжесть после еды в эпигастрии, отрыжка, утомляемость, отвращение к некоторым видам пищи (например к мясу).

Пальпаторно определяемая опухоль в эпигастрии - далеко зашедший опухолевый процесс.

Единственным радикальным методом лечения рака желудка является хирургический метод.

Комбинированное лечение повышает показатели 5-летней выживаемости. В неоперабельных случаях – только лучевая и химиотерапия.

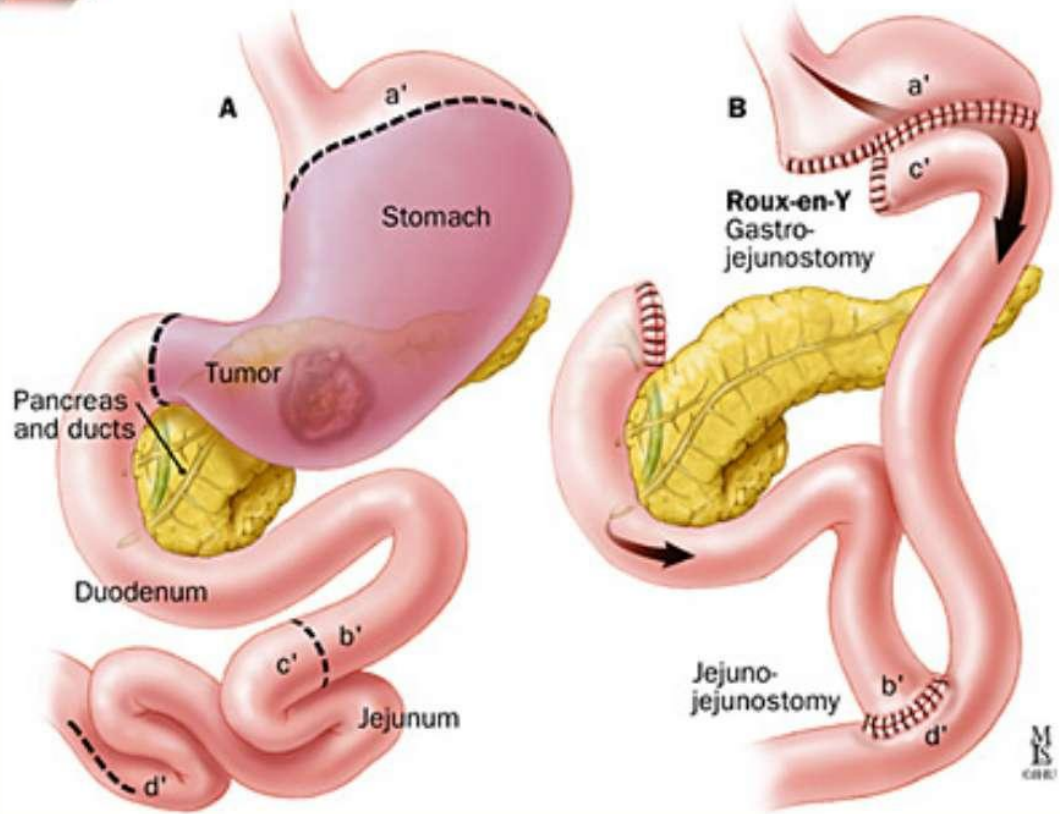
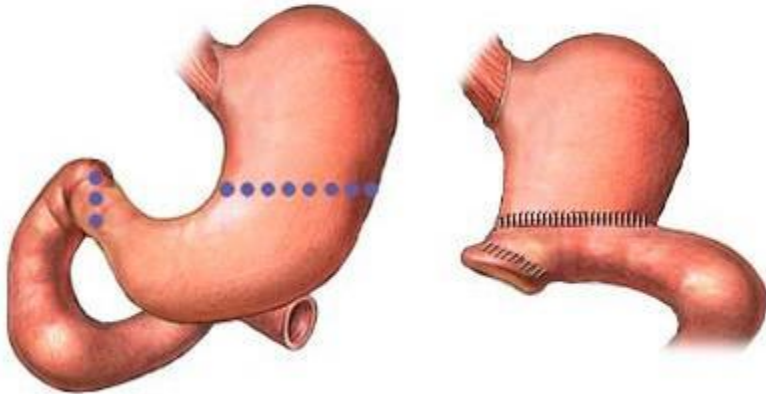
Паллиативные операции – гастрэнтероанастомоз, гастростомии, еюностомии.



Резекция желудка (гастрэктомия)

Часть (или весь) желудок удаляется

Тонкая кишка соединяется с желудком



Профилактика: употребление молока и молочных продуктов, овощей, фруктов и бобовых, при замораживании - как основной метод хранения продуктов.

Опухоли кишечника



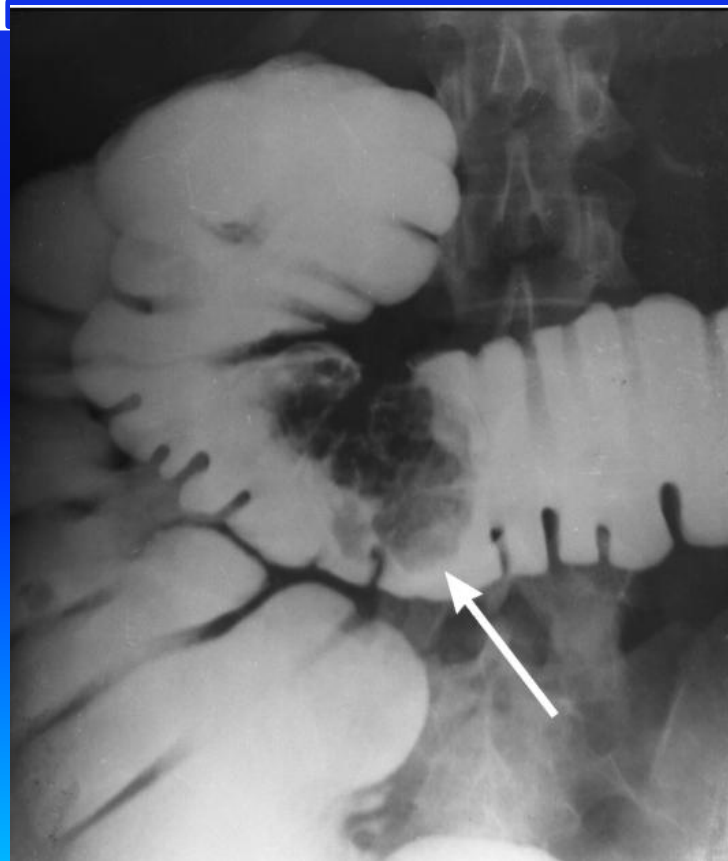
Рак чаще встречается в толстой кишке, чем в тонкой; локализуются в прямой кишке, затем по частоте – в сигмовидной, поперечной, слепой и тонкой. В тонком кишечнике патологический процесс чаще локализуется в области фатерова соска.

По характеру роста: экзофитный (бляшковидный, полипозный и крупнобугристый) и эндофитный (язвенный и диффузно-инфильтративный).

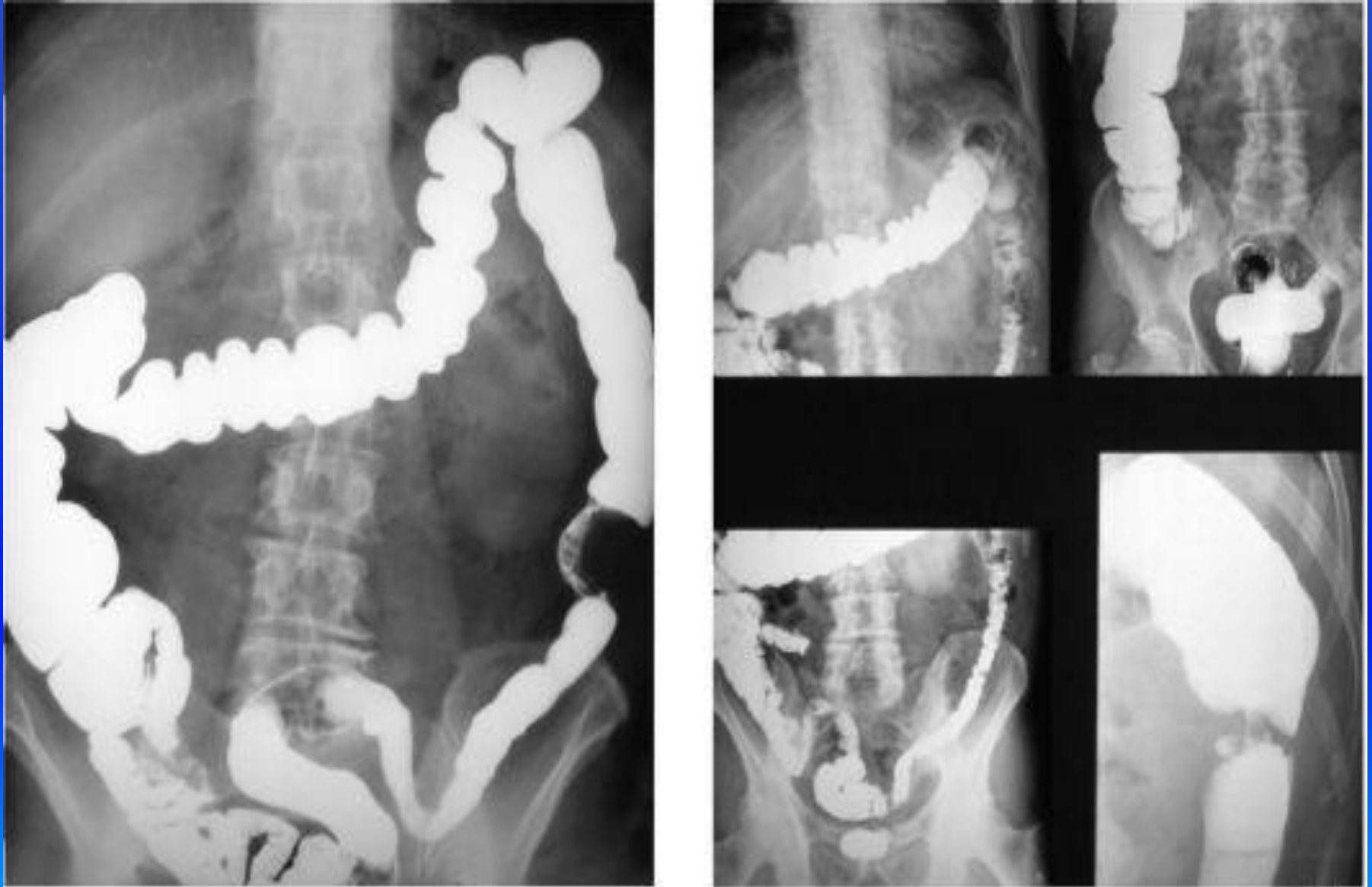
Гистологически: аденокарциному, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный, недифференцированный и неклассифицируемый рак.



Рак ободочной кишки манифестирует болевым синдромом, возможно и бессимптомное течение, когда появление болей возникает при распространении опухоли на брюшину или соседние органы. Присоединяется лихорадка с лейкоцитозом, интоксикация и анемия, нарушается пассаж содержимого кишечника. Поносы чередуются с запорами. К каловым массам могут примешиваться слизь, гной, отторгшиеся опухолевые массы, кровь. Развивается картина частичной или полной кишечной непроходимости.



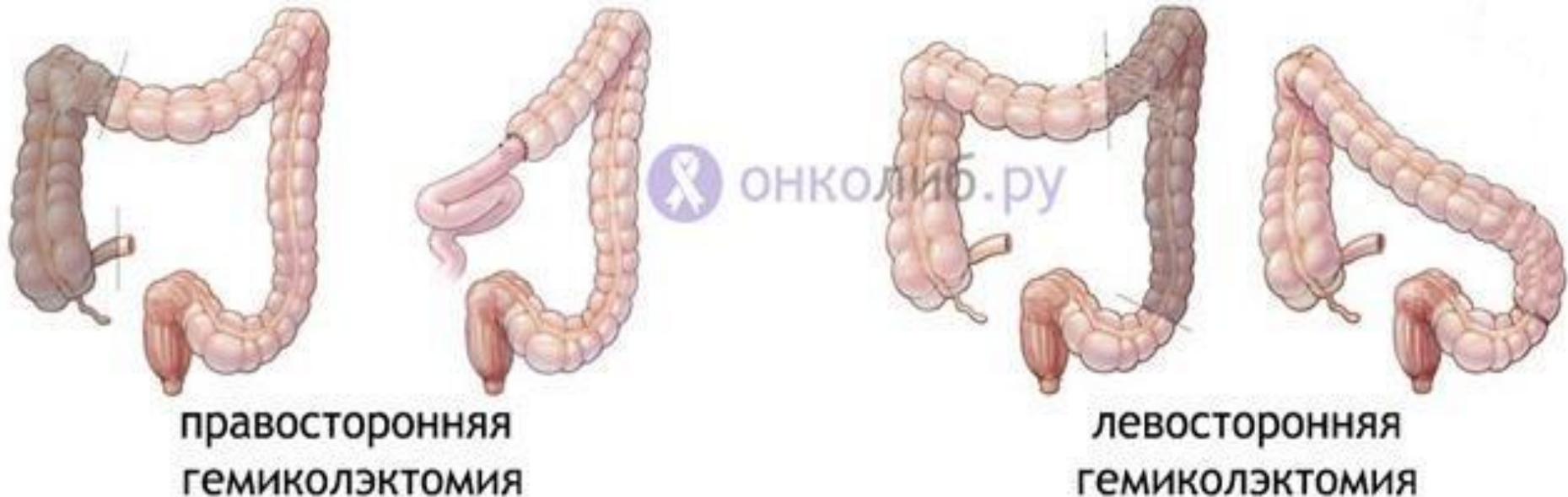
Контрастная ирригография толстой кишки.



Рак селезеночного угла. Опухоль в середине нисходящего отдела толстой кишки

Операция является основным радикальным методом - право- или левосторонняя гемиколэктомия, колэктомия. При невозможности провести радикальную операцию выполняют паллиативные резекции или накладывают колостому.

Комплексное лечение: операция + лучевое лечение и химиотерапия; терморадиохимиотерапия (т.е. химиолучевая с локальной гипертермией).



Истинную распространенность процесса обычно можно установить только после комплексного обследования. Рентгенологическое или эндоскопическое обследование ЖКТ показано при малейшем подозрении на опухоль.

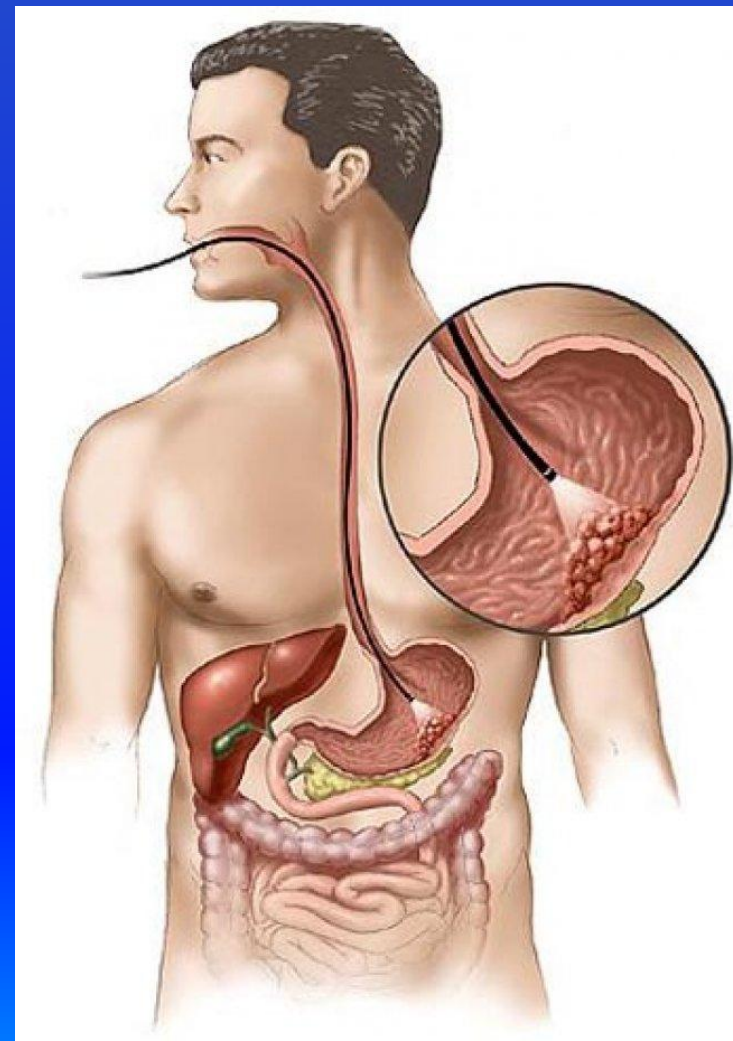
1) Рентгенографию с контрастом - пищевод и желудок осматривают сразу при приеме контраста, пассаж контраста по тонкой кишке - по мере прохождения. Толстый кишечник изучают путем наполнения контрастом трансректально.

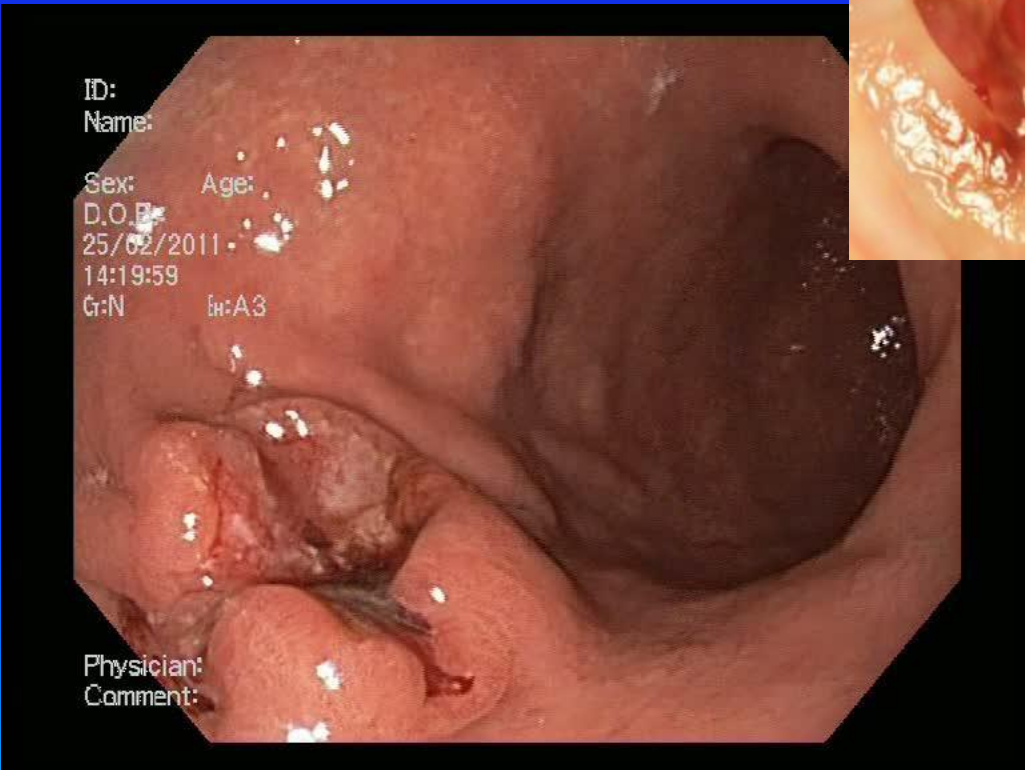
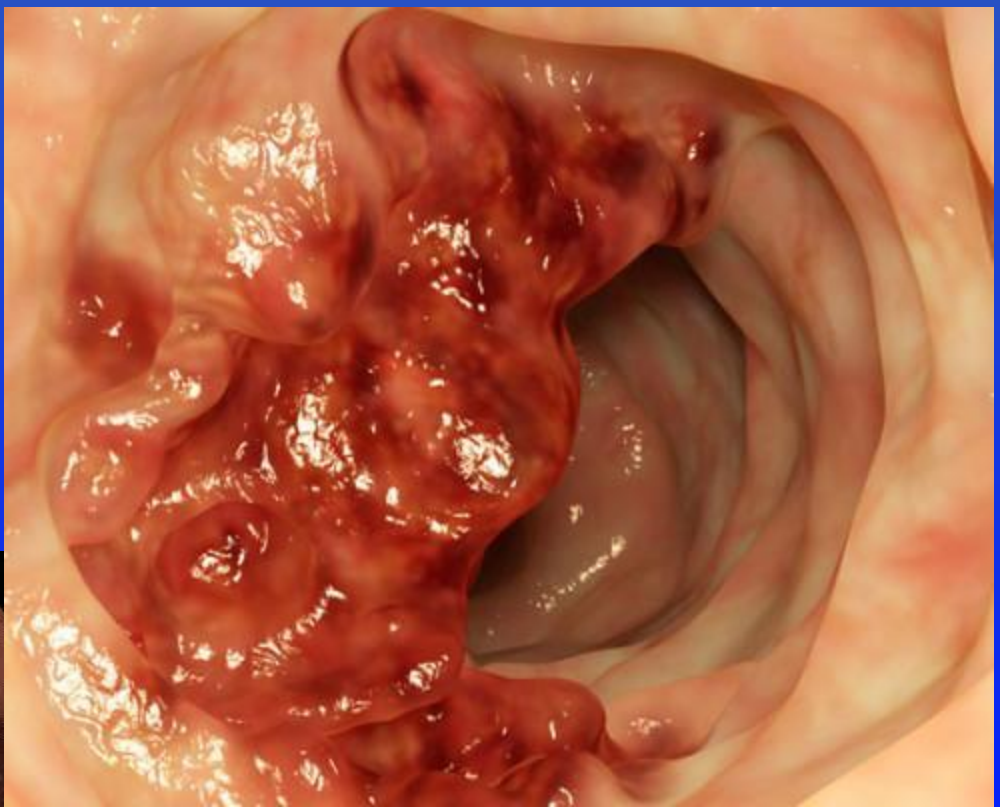
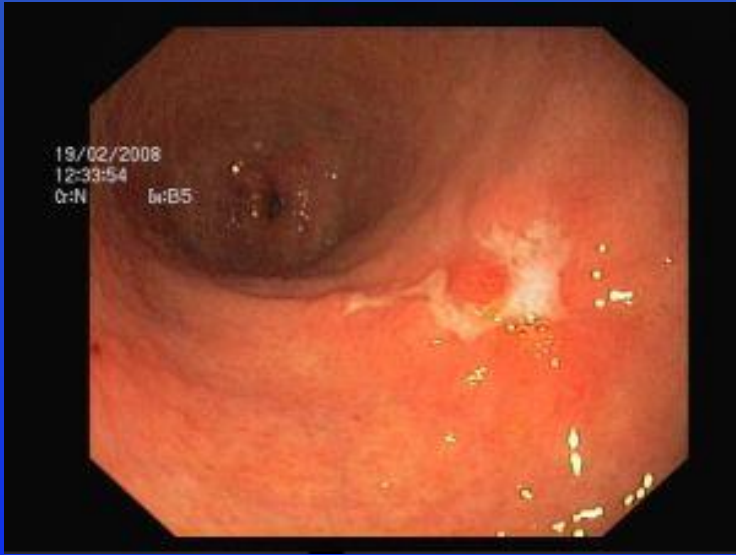
Двойное контрастирование – наполнение кишечника контрастом + воздух в брюшную полость – детализация объема и локализации конгломерата.



2) Эндоскопическое исследование с биопсией для морфологического исследования.

Исследование брюшной (лапароскопия) и плевральной полостей (торакоскопия), средостения и забрюшинного пространства и др., когда после инфуляции воздуха становятся обзримыми структуры этих областей.





3) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, шейно-надключичных зон.



4) КТ или МРТ средостения, печени, почек, легких, головного мозга и др.,

5) Селективная ангиография сосудов и органов брюшной полости.

6) Позитронная эмиссионная томография для оценки распространенности процесса.

Ведущими факторами прогноза у оперированных больных по поводу рака ЖКТ являются локализация опухоли в органе, степень прорастания стенки, анатомическая форма роста, гистологическое строение и степень дифференцировки, а также состояние регионарных лимфатических узлов.