

Рак ободочной кишки

Подготовила студентка 6
группы педиатрический
факультет V курса
Ханаева К.И.

-
- Рак ободочной кишки занимает одно из первых мест в структуре онкологических заболеваний.
 - Заболевание поражает одинаково часто мужчин и женщин, обычно в возрасте 50—75 лет.
 - Частота заболевания наиболее высока в развитых странах Северной Америки, Австралии, Новой Зеландии, занимает промежуточное место в странах Европы и низка — в регионах Азии, Южной Америки и тропической Африки.
 - В России заболевание встречается с частотой 17 наблюдений на 100 000 населения. Ежегодно выявляют около 25000 новых случаев заболевания (в США — более 130

Факторы риска

- Диета с высоким содержанием жира и низким содержанием растительных волокон (целлюлозы),
- возраст старше 40 лет,
- аденомы и рак толстой кишки в анамнезе,
- наличие прямых родственников колоректальным раком, полипы и полипозные синдромы (Гарднера, Пейтца—Егерса—Турена, семейный ювенильный полипоз),
- болезнь Крона,
- неспецифический язвенный колит

Морфология

Наиболее часто рак развивается в:

- СИГМОВИДНОЙ
- ободочной (50%)
- слепой (15%) кишке,
- реже — в остальных отделах
(восходящая ободочная кишка — 12%,
правый изгиб — 8%, поперечная
ободочная кишка — 5%, левый изгиб
— 5%, нисходящая ободочная кишка —
5%).

Классификация

По характеру роста:

- Эндофитные
- Экзофитные
- Смешанные

По гистологическому строению:

- Хорошо дифференцированные,
- Умеренно или малодифференцированные,
- Недифференцированные
- Опухоли, степень дифференцировки которых не может быть определена.

классификация рака ободочной кишки

***T* — первичная опухоль**

- TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 — нет данных за наличие первичной опухоли
- T-s — рак *in situ*: интраэпителиальная опухоль или опухоль с инвазией собственной пластинки
- T1 — опухоль прорастает подслизистую основу
- T2 — опухоль прорастает в мышечный слой
- T3 — опухоль прорастает мышечный слой и подсерозную основу или окружающие ткани перитонизированных участков кишки
- T4 — опухоль прорастает висцеральную брюшину и/или распространяется на соседние органы и анатомические структуры

классификация рака ободочной кишки

***N* — регионарные лимфатические узлы**

- NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- N0 — нет метастазов в регионарные лимфатические узлы
- N1 — метастазы в 1—3 регионарных лимфатических узлах
- N2 — метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах

К регионарным относят параколические и параректальные лимфатические узлы, а также лимфатические узлы, расположенные вдоль а. ileocolica, а. colica dextra, а. colica media, а. colica sinistra, а. mesenterica inferior, а. rec-talis superior, а. iliaca interna.

классификация рака ободочной кишки

M — отдаленные метастазы

- **MX** — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- **MO** — нет отдаленных метастазов
- **M1** — имеются отдаленные метастазы

Клиническая группировка по стадиям

- Стадия 0 — интраэпителиальная опухоль, поражена только слизистая оболочка без признаков инфильтративного роста (Tis carcinoma in situ), без метастазов.
- Стадия I — небольшая опухоль (T1, T2), локализирующаяся в толще слизистой и подслизистой оболочек без регионарных и отдаленных метастазов (N0, M0).
- Стадия II — опухоль, занимающая не более полуокружности кишечной стенки (T3, T4), не выходящая за ее пределы и не переходящая на соседние органы (N0, M0) (возможны единичные метастазы в лимфатические узлы).
- Стадия III — опухоль занимает более полуокружности стенки кишки, прорастает всю толщу стенки, распространяется на брюшину соседних органов (любое T (без метастазов) N0) или любое T с множественными метастазами в лимфатические узлы (N1, N2), безотдаленных метастазов (M0).
- Стадия IV — большая опухоль (любое T), прорастающая в соседние органы с множественными регионарными метастазами (любое N), с отдаленными метастазами (M1).

Клиническая картина

1. Боли тупые, ноющие, схваткообразные.

2. Кишечный дискомфорт:
потеря аппетита,
отрыжка, рвота,
чувство тяжести.



3. Кишечные расстройства:
запоры, поносы,
их чередование,
урчание, вздутие.

4. Патологические выделения:
кровь, слизь, гной.

5. Нарушение общего состояния:
недомогание, повышенная
утомляемость,
слабость, похудание,
лихорадка.

6. Пальпируемая опухоль

Формы клинического течения

- токсико-анемическую,
- энтероколитическую,
- диспепсическую,
- обтурационную,
- псевдовоспалительную,
- опухолевую (атипическую).

-
- **Токсико-анемическая форма** проявляется слабостью, повышенной утомляемостью, субфебрильной температурой тела, бледностью кожных покровов вследствие анемии. Прогрессирующая анемия — основное проявление развивающегося патологического процесса. Больных иногда длительное время обследуют для выявления ее причины, и лишь возникающие кишечные расстройства наводят врача на мысль о раковой опухоли ободочной кишки.
 - **Энтероколитическая форма** заболевания характеризуется выраженными кишечными расстройствами: вздутием живота, урчанием, чувством распирания, запором, поносом. Возникают тупые ноющие боли в животе. В кале обычно имеется примесь крови и слизи. Клиническая картина энтероколитической формы рака ободочной кишки нередко сходна с таковой при колите, энтерите, дизентерии, что является причиной диагностических ошибок.

-
- **Диспепсическая форма** рака проявляется потерей аппетита, тошнотой, отрыжкой, рвотой, чувством тяжести и вздутием в эпигастральной области, болями в верхней половине живота. Все эти симптомы могут наблюдаться при многих заболеваниях органов брюшной полости и не являются строго специфичными для этой формы рака.
 - Ведущим симптомом **обтурационной формы** рака является кишечная непроходимость. Возникают приступообразные боли, урчание в животе, вздутие, чувство распираания, неотхождение кала и газов. Вначале эти симптомы самостоятельно проходят, эпизодически повторяясь (частичная непроходимость кишечника). По мере нарастания обтурации просвета кишки развивается острая непроходимость кишечника, при которой необходимо экстренное хирургическое вмешательство.

-
- Псевдовоспалительная форма заболевания характеризуется болями в животе и повышением температура тела. Кишечные расстройства выражены слабо. В анализе крови выявляют лейкоцитоз, повышение СОЭ.
 - При опухолевидной форме рака опухоль в животе обнаруживает сам больной или врач при обследовании больного. При этом других проявлений заболевания нет или они выражены очень слабо

Диагностика

1. Жалобы



2. Анамнез:

семейный полипоз, хронические колиты, дивертикулез и др.; характер питания; канцерогены.

3. Объективное исследование (пальцевое исследование)



4. Лабораторная диагностика:

- 1) ОАК (анемия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз)
- 2) Анализ кала на скрытую кровь
- 4) Анализ на РЭА

5. Дополнительные методы обследования (рентгенологические, колоноскопия, эндоскопические, УЗИ, КТ, лапаротомия).











Осложнения

- непроходимость кишечника,
- воспаление в окружающих
опухоль тканях и перфорация
опухоли,
- кишечные кровотечения,
- свищи между ободочной кишкой
и соседними органами.

Лечение

Основным методом лечения является хирургический. Перед хирургическим вмешательством на ободочной кишке больные нуждаются в предоперационной подготовке, направленной на очищение кишечника.

Выбор метода хирургического вмешательства зависит:

- ❑ Локализации опухоли,
- ❑ Наличия или отсутствия осложнений и метастазов,
- ❑ Общего состояния больного.

При отсутствии осложнений (перфорация, непроходимость) и метастазов выполняют радикальные операции — удаление пораженных отделов кишки вместе с брыжейкой и регионарными лимфатическими узлами.

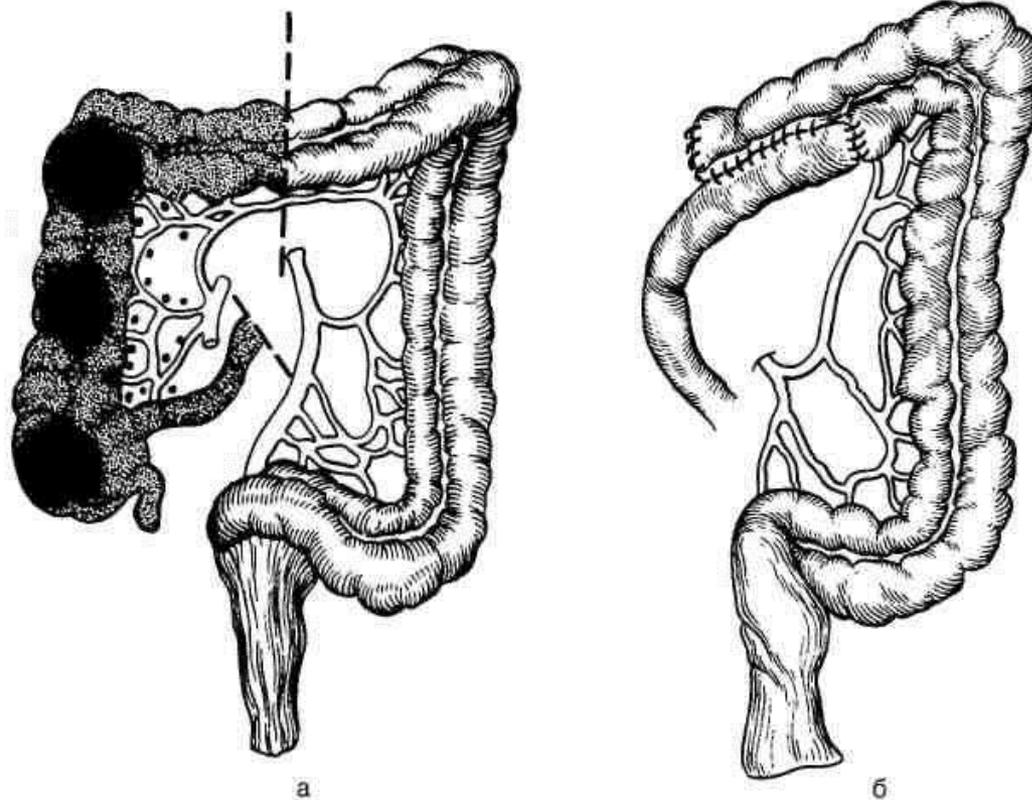


Рис. 23.3. Правосторонняя гемиколэктомия.
а — зона резекции; б — вид после илеотрансверзостомии.

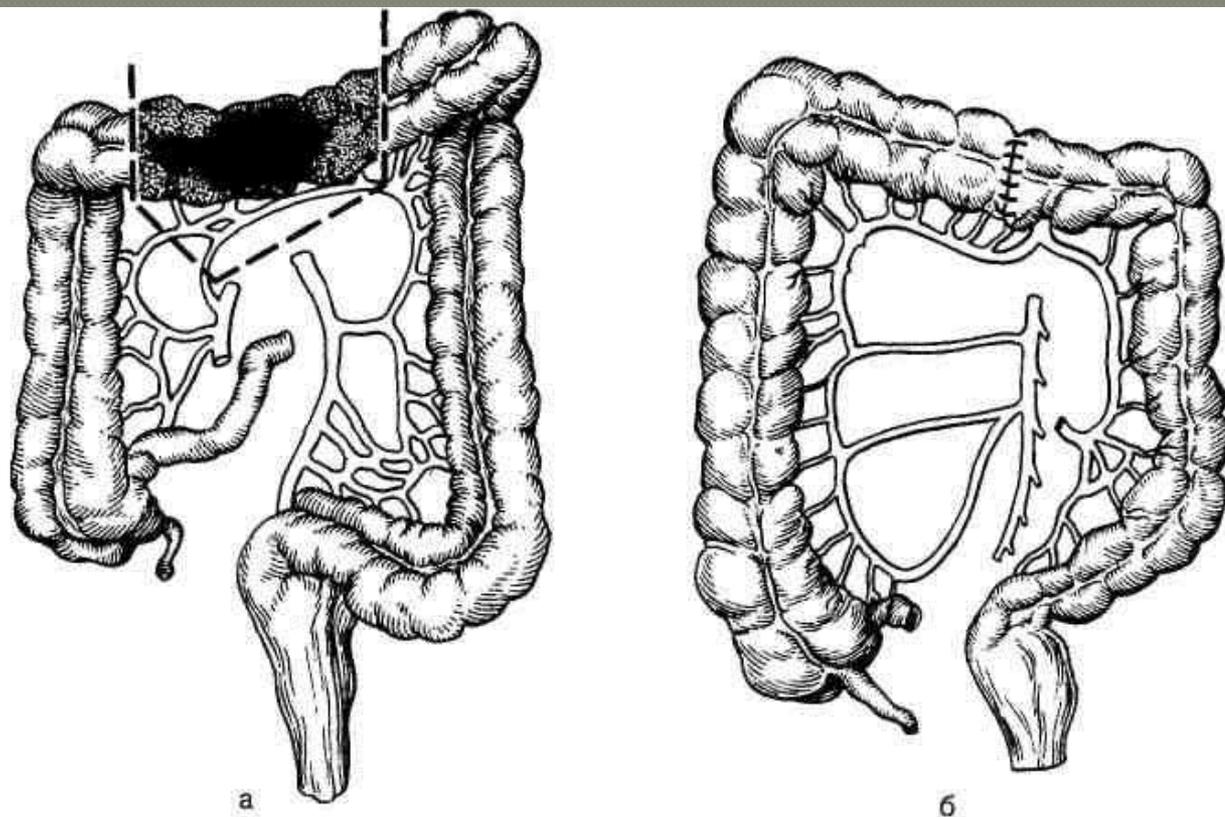


Рис. 23.4. Резекция поперечной ободочной кишки.
а — зона резекции кишки; б — вид после коло-колостомии.

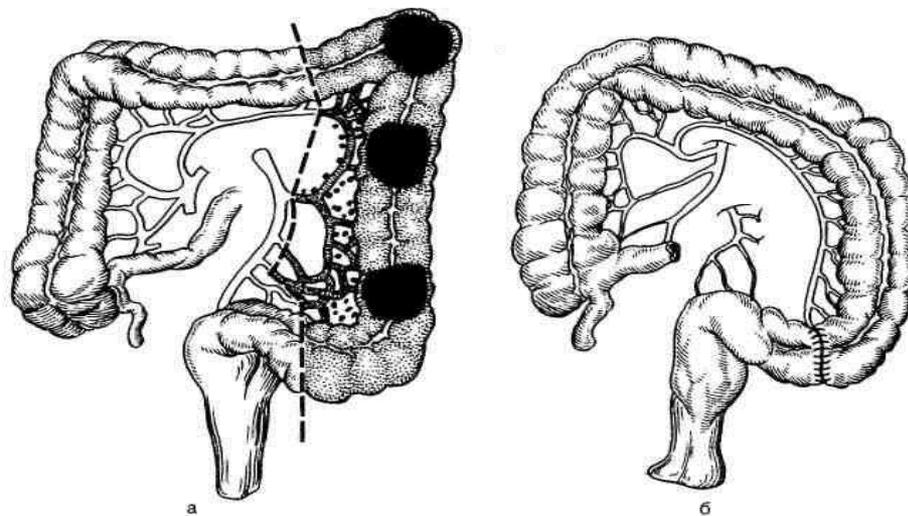


Рис. 23.5. Левосторонняя гемиколэктомия.
 а — зона резекции кишки; б — вид после трансверзосигмостомии.

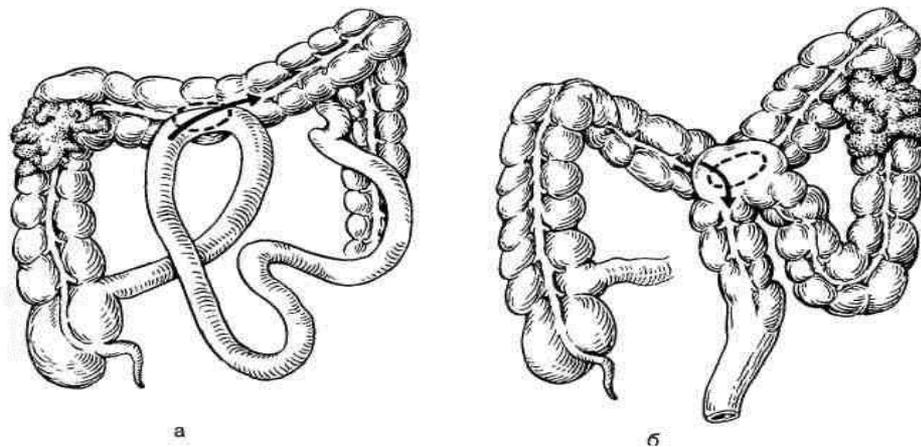


Рис. 23.6. Виды обходных кишечных анастомозов.
 а — илеотрансверзоанастомоз; б — трансверзосигмоанастомоз.

Спасибо за внимание!
