

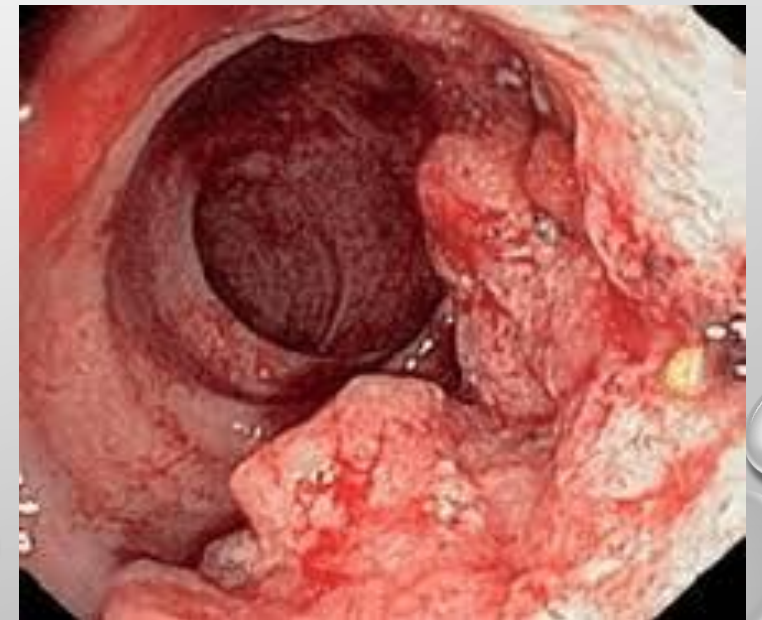
КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАК
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ*

ИНТЕРН: РАХМАНБЕРДИЕВА Ж.Б

ГРУППА: 711 ВОП

- ***РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (РОК) ЗАНИМАЕТ 2-3-Е МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И СОСТАВЛЯЕТ ОТ 4 ДО 6 % В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ОБОЕГО ПОЛА ИМЕЕТ ВЫРАЖЕННУЮ ТЕНДЕНЦИЮ К РОСТУ. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ВОЗРАСТ ЗАБОЛЕВШИХ - СТАРШЕ 50 ЛЕТ.***





Поперечная ободочная кишка

Гаустры

Мышечная лента

Восходящая ободочная кишка

Нисходящая ободочная кишка

Слепая кишка

Червеобразный отросток

Прямая кишка

Сигмовидная кишка

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- ПО МНЕНИЮ БОЛЬШИНСТВА ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ, НА РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОК ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ:
- 1) ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ: МАЛОШЛАКОВАЯ ПИЩА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ, БЕЛКОВ И РАФИНИРОВАННЫХ УГЛЕВОДОВ (САХАР);
- 2) МАЛОПОДВИЖНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - ГИПОКИНЕЗИЯ, ОЖИРЕНИЕ, ВОЗРАСТ СТАРШЕ 50 ЛЕТ;
- 3) ГИПОТОНИЯ И АТОНИЯ КИШЕЧНИКА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ - ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР;
- 4) НАЛИЧИЕ В КИШЕЧНОМ СОДЕРЖИМОМ ЭНДОГЕННЫХ КАНЦЕРОГЕНОВ (ИНДОЛА, СКАТОЛА, ГУАНИДИНА, МЕТАБОЛИТОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ)
- И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОГО ЗАСТОЯ КАЛОВЫХ МАСС; 5) ХРОНИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ КАЛОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В МЕСТАХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗГИБОВ.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:**
- • ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ, В ЧАСТНОСТИ ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ КОЛИТ (БОЛЕЗНЬ КРОНА), КОТОРЫЕ СОСТАВЛЯЮТ ОСНОВНУЮ ГРУППУ ФАКУЛЬТАТИВНЫХ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ;
- • ДИВЕРТИКУЛЫ (ДИВЕРТИКУЛЕЗ) ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ДИВЕРТИКУЛИТ). МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ РЕДКО;
- • ПОЛИПОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ОБЛИГАТНЫЙ ПРЕДРАК):
- А) ОДИНОЧНЫЕ ПОЛИПЫ (АДЕНОМАТОЗНЫЙ, ВОРСИНЧАТЫЙ), КОТОРЫЕ МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ В 45-50 % СЛУЧАЕВ, ОСОБЕННО ПОЛИПЫ ВЕЛИЧИНОЙ >2 СМ; ВОРСИНЧАТЫЕ ПОЛИПЫ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЯЮТСЯ ЧАЩЕ;
- Б) МНОЖЕСТВЕННЫЙ ПОЛИПОЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, КОТОРЫЙ, В СВОЮ ОЧЕРЕДЬ, МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ:

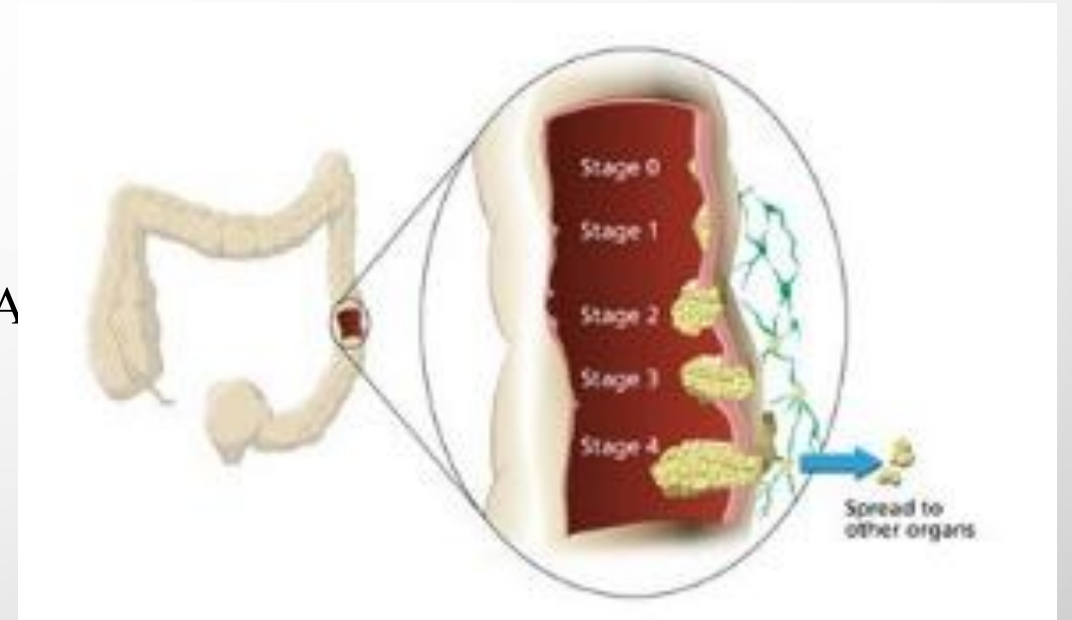
ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЕ:

- - *СЕМЕЙНО-НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ;*
- - *СИНДРОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА;*
- - *СИНДРОМ ТЮРКА; НЕНАСЛЕДСТВЕННЫЕ:*
- - *СПОРАДИЧЕСКИЙ ПОЛИПОЗ;*
- - *СОЧЕТАННЫЙ ПОЛИПОЗ;*
- - *СИНДРОМ КРОНКХАЙТА-КАНАДА;*
- - *СЕМЕЙНО-НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ПОЛИПОЗ (ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ И ПОЧТИ В 100 % СЛУЧАЕВ ПРИВОДИТ К РАКУ).*

- БОЛЕЗНЬ КРОНА - ЭТО ХРОНИЧЕСКОЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ С ИЗЪЯЗВЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ (ОТСЮДА ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ - ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ КОЛИТ), СВИЩАМИ, ИНФИЛЬТРАТАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СУЖЕНИЕМ ПРОСВЕТА, ВОСПАЛЕНИЕМ, УТОЛЩЕНИЯМИ СТЕНКИ КИШКИ. ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ И В ПРЯМОЙ КИШКЕ, НО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО - В ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ. БОЛЕЗНЬ
- МОЖЕТ НАПОМИНАТЬ САРКОИДОЗ, ТРЕЩИНЫ, ЯЗВЫ ПРЯМОЙ КИШКИ. РЕЛЬЕФ КИШЕЧНИКА НАПОМИНАЕТ «БУЛЫЖНУЮ МОСТОВУЮ» С ЛИНЕЙНЫМИ ЯЗВАМИ.
- ПОЛИПЫ БЫВАЮТ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ (ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ) И АДЕНОМАТОЗНЫЕ (ЖЕЛЕЗИСТЫЕ).
- МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПОЛИПЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ПАПИЛЛЯРНЫЕ И ТУБУЛЯРНЫЕ РАЗРАСТАНИЯ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ СО СТРОМОЙ, ОТЛИЧАЮЩЕЙСЯ ОТ НОРМАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛИМОРФИЗМОМ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, ВЫСОКОЙ МИТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ПОЛНОЙ ИЛИ ЧАСТИЧНОЙ УТРАТОЙ СПОСОБНОСТИ К ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ.
- ПОЛИПЫ БЫВАЮТ ГЛАДКИЕ И БАРХАТИСТЫЕ (ВОРСИНЧАТЫЕ). ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫДЕЛЕНИЕ ДВУХ ГРУПП ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ - НАСЛЕДСТВЕННЫЙ И НЕНАСЛЕДСТВЕННЫЙ, ТАК КАК ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ФОРМАХ НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ РОДСТВЕННИКОВ И ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЗАБОЛЕВШЕГО, ДАЖЕ ЕСЛИ ОТСУТСТВУЮТ ЖАЛОБЫ НА ДИСФУНКЦИЮ ЖКТ. В ТО ЖЕ ВРЕМЯ ВНЕКИШЕЧНЫЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМОВ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА, ГАРДНЕРА, ТЮРКА МОГУТ БЫТЬ РАННИМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

- РОК МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ В ЛЮБЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛАХ, НО ЧАСТОТА ИХ ПОРАЖЕНИЯ НЕОДИНАКОВА. ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОК ЯВЛЯЕТСЯ СИГМОВИДНАЯ КИШКА - 50 %, НА 2-М МЕСТЕ СЛЕПАЯ КИШКА - 21-23 %. ОСТАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ ПОРАЖАЮТСЯ ГОРАЗДО РЕЖЕ. В 1-3 % СЛУЧАЕВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ.



КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РОК:

- 1) ЭКЗОФИТНАЯ (ПОЛИПОВИДНАЯ, ВОРСИНЧАТО-ПАПИЛЛЯРНАЯ, УЗЛОВАЯ);
- 2) ЭНДОФИТНАЯ (ИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ, ЯЗВЕННО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ, ЦИРКУЛЯРНО-СТРИКТУРИРУЮЩАЯ);
- 3) ПЕРЕХОДНАЯ ИЛИ СМЕШАННАЯ.
- РАК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЭКЗОФИТНОЙ ФОРМОЙ РОСТА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, А С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНФИЛЬТРИРУЮЩИМ ХАРАКТЕРОМ РОСТА - В ЛЕВОЙ.
- СОГЛАСНО ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ, РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ОПУХОЛЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: АДЕНОКАРЦИНОМА, СОЛИДНЫЙ РАК, СЛИЗИСТЫЙ (ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНЫЙ) И СКИРРОЗНЫЙ РАК. РАЗЛИЧАЮТ ТАКЖЕ 3 СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РАКА: ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ, СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ.

МЕЖДУНАРОДНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РОК.

1. Аденокарцинома:
 - а) высокодифференцированная;
 - б) умеренно дифференцированная;
 - в) мало дифференцированная.
2. Слизистая аденокарцинома:
 - а) мукоидный рак;
 - б) слизистый рак;
 - в) коллоидный рак.
3. Перстневидно-клеточный рак - мукоцеллюлярный.
4. Недифференцированный рак (*carcinoma simplex*, медуллярный, трабекулярный).
5. Неклассифицируемый рак.

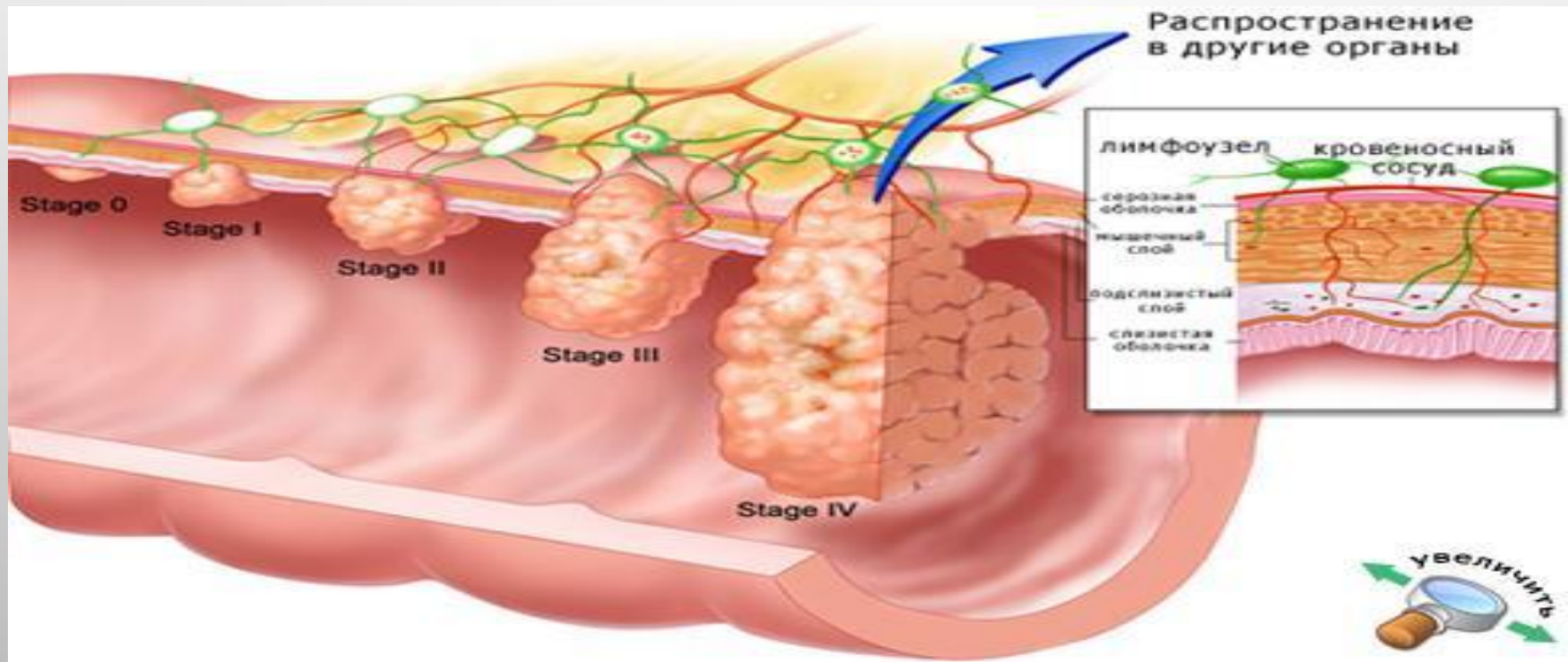


ЗАКОНОМЕРНОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

- МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РОК ИМЕЕТ СВОИ ОСОБЕННОСТИ.
- **ЛИМФОГЕННЫЙ ПУТЬ.** РАЗЛИЧАЮТ 3 ЭТАПА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:
 - I ЭТАП - ЭПИКОЛИЧЕСКИЕ ИЛИ ПАРАКОЛИЧЕСКИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ;
 - II ЭТАП - ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ИЛИ СОБСТВЕННО БРЫЖЕЕЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ;
 - III ЭТАП - ПАРААОРТАЛЬНЫЕ, В ОБЛАСТЬ КОРНЯ БРЫЖЕЙКИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.
- ДАЛЕЕ ЛИМФА СОБИРАЕТСЯ В ЛИМФАТИЧЕСКУЮ ЦИСТЕРНУ, РАСПОЛОЖЕННУЮ ПОПЕРЕЧНО В ОБЛАСТИ I-II ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ. ОТ ЦИСТЕРНЫ ЛИМФА ПО ГРУДНОМУ ЛИМФАТИЧЕСКОМУ ПРОТОКУ ВЛИВАЕТСЯ В ВЕНОЗНУЮ СИСТЕМУ В ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ВЕНОЗНОГО УГЛА - МЕСТА СЛИЯНИЯ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ С ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ. ТАМ ЖЕ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ НАДКЛЮЧИЧНЫЕ МЕТАСТАЗЫ.
- **ГЕМАТОГЕННЫЙ ПУТЬ** МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ СВЯЗАН С ПРОРАСТАНИЕМ ОПУХОЛИ В ВЕНОЗНУЮ СЕТЬ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ С ТОКОМ КРОВИ - ПРЕЖДЕ ВСЕГО В ПЕЧЕНЬ, ЛЕГКИЕ, КОСТИ И ДРУГИЕ ОРГАНЫ.
- **ИМПЛАНТАЦИОННЫЙ ПУТЬ** МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ, ИЛИ КОНТАКТНЫЙ, СВЯЗАН С ПРОРАСТАНИЕМ ОПУХОЛЬЮ ВСЕХ СЛОЕВ СТЕНКИ КИШКИ, ОТРЫВОМ РАКОВЫХ КЛЕТОК ОТ ОСНОВНОЙ МАССЫ ОПУХОЛИ И ИХ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ПО БРЮШИНЕ. ЭТИ РАКОВЫЕ КЛЕТКИ ДАЮТ НАЧАЛО МЕЛКОБУГРИСТОМУ ВЫСЫПАНИЮ, НАЗЫВАЕМОМУ КАРЦИНОМАТОЗОМ БРЮШИНЫ. ПОСЛЕДНИЙ ОБЫЧНО СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАКОВЫМ АСЦИТОМ. ПРОЯВЛЕНИЕМ КАРЦИНОМАТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ МЕТАСТАЗЫ В ПУПОК И ПО БРЮШИНЕ МАЛОГО ТАЗА. ЭТИ МЕТАСТАЗЫ МОГУТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ ПАЛЬЦЕВОГО РЕКТАЛЬНОГО И ВАГИНАЛЬНОГО МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ. ИХ ОБНАРУЖЕНИЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ЗАПУЩЕННОМ ПРОЦЕССЕ.

ДЕЛЕНИЕ НА СТАДИИ

- СТАДИЮ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ИЛИ СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ОПРЕДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ 3 КОМПОНЕНТА:
 - РАЗМЕР И ГЛУБИНА ИНВАЗИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ;
 - МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ;
 - МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В ОТДАЛЕННЫЕ ОРГАНЫ.



- **I СТАДИЯ** - ОПУХОЛЬ ДО 1,5 СМ В НАИБОЛЬШЕМ ИЗМЕРЕНИИ, ЛОКАЛИЗУЮЩАЯСЯ В ПРЕДЕЛАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ. РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ ЭТОЙ СТАДИИ НЕТ.
- **II СТАДИЯ:**
 - А) ОПУХОЛЬ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, НО ЗАНИМАЮЩАЯ НЕ БОЛЕЕ ПОЛУОКРУЖНОСТИ КИШКИ И НЕ ПРОРАСТАЮЩАЯ СЕРОЗНЫЙ ПОКРОВ; РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ НЕТ;
 - Б) ОПУХОЛЬ ТАКОГО ЖЕ ИЛИ МЕНЬШЕГО РАЗМЕРА, НО ИМЕЮТСЯ ОДИНОЧНЫЕ МЕТАСТАЗЫ В БЛИЖАЙШИХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ.
- **III СТАДИЯ:**
 - А) ОПУХОЛЬ, ЗАНИМАЮЩАЯ БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ОКРУЖНОСТИ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩАЯ ВСЕ СЛОИ ЕЕ СТЕНКИ И СЕРОЗНЫЙ ПОКРОВ; МЕТАСТАЗОВ НЕТ;
 - Б) ОПУХОЛЬ ЛЮБОГО РАЗМЕРА, НО ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ.
- **IV СТАДИЯ** - ОБШИРНАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОРАСТАЮЩАЯ В СОСЕДНИЕ ОРГАНЫ, НАЛИЧИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЛИМФОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ИЛИ ОПУХОЛЬ ЛЮБЫХ РАЗМЕРОВ С НАЛИЧИЕМ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ.
- НЕОБХОДИМО ОТМЕТИТЬ, ЧТО ДОСТОВЕРНО СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПОСЛЕ ВСЕСТОРОННЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО - ВЫЯСНЕНИЯ МЕСТНОГО СТАТУСА, ВОЗМОЖНЫХ МЕТАСТАЗОВ, МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА. ОТСУТСТВИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ TNM

- **T - ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ**
- TX - ОЦЕНКА ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ НЕВОЗМОЖНА. T0 - ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ НЕ ОБНАРУЖЕНА.
- TIS - РАК *IN SITU*: РАКОВЫЕ КЛЕТКИ ОБНАРУЖИВАЮТ В ПРЕДЕЛАХ БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ ЖЕЛЕЗ ИЛИ В СОБСТВЕННОЙ ПЛАСТИНКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ*.
- T1 - ОПУХОЛЬ ПОРАЖАЕТ ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ.
- T2 - ОПУХОЛЬ ПРОНИКАЕТ В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ.
- **N - РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**
- N0 - МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ НЕТ. N1 - ПОРАЖЕНО ОТ 1 ДО 3 РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. N2 - ПОРАЖЕНО 4 РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛА И БОЛЕЕ.
- **M - ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ**
- MX - НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ.
- M0 - НЕТ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ. M1 - ИМЕЮТСЯ ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РОК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ГРУППАМИ СИМПТОМОВ.

- 1. БОЛИ В ЖИВОТЕ. КАК НАЧАЛЬНЫЙ ПРИЗНАК В 2-3 РАЗА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ОПУХОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. ПО ХАРАКТЕРУ БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ САМЫМИ РАЗНООБРАЗНЫМИ - ОТ ТУПЫХ, НОЮЩИХ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЙ ДО СИЛЬНЫХ, ПРИСТУПООБРАЗНЫХ, ВЫНУЖДАЮЩИХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ В ХИРУРГИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ В ПОРЯДКЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ. ПОЯВЛЕНИЕ ТАКИХ БОЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАРУШЕНИИ ПАССАЖА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО, РАЗВИТИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НАБЛЮДАЮЩЕЙСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ.
- 2. КИШЕЧНЫЙ ДИСКОМФОРТ (ПОТЕРЯ АППЕТИТА, ОТРЫЖКА, ИНОГДА РВОТА, ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА). ЭТИ СИМПТОМЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРАВОЙ ЕЕ ПОЛОВИНЫ, РЕЖЕ - ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

- 3. КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ЗАПОР, ПОНОС, ЧЕРЕДОВАНИЕ ЗАПОРА С ПОНОСОМ, УРЧАНИЕ И ВЗДУТИЕ ЖИВОТА). ЭТИ СИМПТОМЫ РАССТРОЙСТВА КИШЕЧНОГО ПАССАЖА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ, ЧТО ОБЪЯСНЯЕТСЯ, ВО-ПЕРВЫХ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЦИРКУЛЯРНЫМ РОСТОМ ОПУХОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ВО-ВТОРЫХ, ПЛОТНОЙ КОНСИСТЕНЦИЕЙ УЖЕ СФОРМИРОВАВШИХСЯ КАЛОВЫХ МАСС. КОНЕЧНЫМ ЭТАПОМ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОГО ПАССАЖА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ ЧАСТИЧНОЙ, А ЗАТЕМ И ПОЛНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
- 4. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ В ВИДЕ КРОВИ, СЛИЗИ, ГНОЯ ВО ВРЕМЯ АКТА ДЕФЕКАЦИИ - ЧАСТОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАКА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ.
- 5. НАРУШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ НЕДОМОГАНИЕМ, ПОВЫШЕННОЙ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, СЛАБОСТЬЮ, ПОХУДЕНИЕМ, ЛИХОРАДКОЙ, БЛЕДНОСТЬЮ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И НАРАСТАЮЩЕЙ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИЕЙ. ВСЕ ЭТИ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ СВЯЗАНЫ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАСПАДАЮЩЕЙСЯ РАКОВОЙ ОПУХОЛЬЮ И ИНФИЦИРОВАННЫМ КИШЕЧНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. ОН СВЯЗАН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ (ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ) СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЭТОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- 1. ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА - ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРИ КОТОРОМ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫСТУПАЮТ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ И ЛИХОРАДКИ. ТАКИЕ БОЛЬНЫЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ОБСЛЕДУЮТСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПО ПОВОДУ АНЕМИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА, ПОКА НЕ ПОЯВЯТСЯ КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ЭТОТ КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ НУЖДАЕТСЯ В ТЩАТЕЛЬНОМ СПЕЦИАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.
- 2. ЭНТЕРОКОЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА - КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ НАЧИНАЕТСЯ С КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ. ТАКИМ БОЛЬНЫМ ОЧЕНЬ ЧАСТО СТАВЯТ РАЗЛИЧНЫЕ ДИАГНОЗЫ: КОЛИТ, ЭНТЕРИТ, ЭНТЕРОКОЛИТ, А ПРИ НАЛИЧИИ КРОВИ В КАЛЕ ИЛИ ПРИ ЖИДКОМ КАЛЕ - ДИАГНОЗ ДИЗЕНТЕРИИ. ПОЭТОМУ ПРИ НАЛИЧИИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ВСЕГДА ТРЕБУЕТСЯ ТЩАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.
- 3. ДИСПЕПСИЧЕСКАЯ ФОРМА - ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ПРИЗНАКОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ДИСКОМФОРТА. ПРИ ЭТОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ РОК ЗАЧАСТУЮ СТАВЯТ ДИАГНОЗ: ГАСТРИТ, ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХОЛЕЦИСТИТ, И Т.П., ПОЭТОМУ ПРОВОДЯТ ОБСЛЕДОВАНИЕ ТОЛЬКО ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ. ПРИ ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА, И ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ УСТАНОВЛИВАЮТ ТОЛЬКО ПОСЛЕ ПОЛНОГО РЕНТГЕНОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

- 4. ОБТУРАЦИОННАЯ ФОРМА - ЧАЩЕ ВСЕГО СЛУЖИТ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С СИМПТОМАМИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ЧАСТИЧНАЯ И ПОЛНАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ).
- 5. ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ФОРМА - В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА 1-Е МЕСТО ВЫСТУПАЮТ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (БОЛИ В ЖИВОТЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ, В АНАЛИЗЕ КРОВИ - ЛЕЙКОЦИТОЗ). ЭТОТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ЧАСТО БЫВАЕТ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТЕЧЕНИЯ РОК, ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ПО ТИПУ ПАРАКОЛИТА. ДАННАЯ ФОРМА РАКА ТРУДНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ, ТАК КАК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
- 6. ОПУХОЛЕВАЯ (АТИПИЧНАЯ) ФОРМА - ПРИ ЭТОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАЧИНАЕТСЯ С ТОГО, ЧТО САМ БОЛЬНОЙ ИЛИ ВРАЧ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ НА ФОНЕ ПОЛНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЛЬПАТОРНО НАХОДЯТ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПУХОЛЬ. ПАЛЬПАТОРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПУХОЛИ В ЖИВОТЕ - ЧАСТОЕ ЯВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ РОК. ОДНАКО К ОПУХОЛЕВОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ РАКА СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ТОЛЬКО ТЕ СЛУЧАИ, КОГДА ПАЛЬПАТОРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПУХОЛИ КЛИНИЧЕСКИ ДОМИНИРУЕТ, А ДРУГИЕ ПРИЗНАКИ НЕ ВЫРАЖЕНЫ ЛИБО СТОЛЬ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫ, ЧТО НЕ ФИКСИРУЮТ НА СЕБЕ ВНИМАНИЕ БОЛЬНОГО

ДИАГНОСТИКА

- **1. КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:**

- • ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО. СИМПТОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПЕРЕВАРИВАНИЯ, ВСАСЫВАНИЯ, ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ, КИШЕЧНЫМ ДИСКОМФОРТОМ, ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ;
- • СБОР АНАМНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ МОГУТ БЫТЬ НАЙДЕНЫ УКАЗАНИЯ НА НАЛИЧИЕ СЕМЕЙНОГО ПОЛИПОЗА, КОЛИТА И ДРУГИХ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ;
- • ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ - ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: ОСМОТР, ПАЛЬПАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО;
- • ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ - ТАКЖЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ В РАЗЛИЧНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ БОЛЬНОГО.

- **2. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА** - ИРРИГОСКОПИЯ, ИРРИГОГРАФИЯ, ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. ЭТИ МЕТОДЫ ИМЕЮТ СВОИ РАЗРЕШАЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПОСТОЯННО СОВЕРШЕНСТВУЮТСЯ.
- ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА - РАСТВОРА СЕРНОКИСЛОГО БАРИЯ, КОТОРЫЙ ВВОДЯТ В ТОЛСТУЮ КИШКУ С ПОМОЩЬЮ КЛИЗМЫ. ТУГОЕ НАПОЛНЕНИЕ КИШКИ РАСТВОРОМ БАРИЯ ПРОВОДИТСЯ НЕ ВСЕГДА, А ПО ПОКАЗАНИЯМ.
- ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩУЮ МЕТОДИКУ: 300-400 МЛ РАСТВОРА СЕРНОКИСЛОГО БАРИЯ ВВОДЯТ В КИШЕЧНИК В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО НА СПИНЕ ИЛИ ЛЕВОМ БОКУ И ДЕЛАЮТ 1-Й РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК. В ЭТОМ СЛУЧАЕ КОНТРАСТИРУЕТСЯ ПРЯМАЯ И СИГМОВИДНАЯ КИШКА. ЗАТЕМ ПРИПОДНИМАЮТ НОЖНОЙ КОНЕЦ КУШЕТКИ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ БОЛЬНОЙ; В ТАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ СЕЛЕЗЕНОЧНЫЙ (ЛЕВЫЙ) ИЗГИБ И ДИСТАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. ДЕЛАЮТ 2-Й РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК. ЗАТЕМ БОЛЬНОЙ ПОВОРАЧИВАЕТСЯ НА ПРАВЫЙ БОК; ПРИ ЭТОМ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРАВЫЙ ИЗГИБ. БОЛЬНОЙ ВСТАЕТ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ - ЗАПОЛНЯЮТСЯ СЛЕПАЯ КИШКА И ВОСХОДЯЩИЙ ОТДЕЛ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. ДЛЯ ДВОЙНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ В ПРОСВЕТ КИШКИ ВВОДЯТ ВОЗДУХ.
- ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ОПУХОЛЯХ ВЫЯВЛЯЮТ ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ДЕПО БАРИЯ, ОТМЕЧАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ГАУСТРАЦИЙ, НАБЛЮДАЮТСЯ СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА КИШКИ, РИГИДНОСТЬ КОНТУРА, НЕРАСПРАВЛЕНИЕ КИШКИ, НАРУШЕНИЕ СМЕЩАЕМОСТИ И ПЕРИСТАЛЬТИКИ, А ТАКЖЕ ЗАТЕКАНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЗА ПРЕДЕЛЫ КОНТУРА КИШКИ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СВИЩЕВОГО ХОДА.
- ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ СИМПТОМ ЧАШИ КЛОЙБЕРА. ОНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕНИИ ПАССАЖА ПО КИШКЕ, НО МОГУТ БЫТЬ КАК ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ТАК И ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ.
- О СОСТОЯНИИ ПАССАЖА ПО ЖКТ МОЖНО СУДИТЬ С ПОМОЩЬЮ ПРИЕМА 2-3 ГЛОТКОВ ГУСТОГО БАРИЯ, КОТОРЫЙ В НОРМЕ ЧЕРЕЗ 2 Ч ДОЛЖЕН ПОКИНУТЬ ПРОСВЕТ ЖЕЛУДКА, ЧЕРЕЗ 6-8 Ч - ТОНКУЮ КИШКУ, А ЧЕРЕЗ 15-20 Ч ДОСТИЧЬ ПРЯМОЙ КИШКИ. ОТКЛОНЕНИЯ ОТ УКАЗАННЫХ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕНИИ ПАССАЖА, ЧТО МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ОСНОВАНИЕМ К ПРИНЯТИЮ РЕШЕНИЯ ОБ ОСТРЕЖИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ.

3. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА - РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ, ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ, ЛАПАРОСКОПИЯ (С БИОПСИЕЙ, ВЗЯТИЕМ МАЗКОВ ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ). ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОСМОТРЕТЬ ПРОСВЕТ ТОЛСТОЙ КИШКИ ДО КУПОЛА СЛЕПОЙ КИШКИ. ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

• 4. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- • ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (ДЛЯ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ, ПОВЫШЕНИЕ СОЭ, ЛЕЙКОЦИТОЗ);
- • АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИЯ ГРЕГЕРСЕНА, КРИПТОГЕМТЕСТ);
- • КОАГУЛОГРАММА (НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИЗНАКИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ);
- • АНАЛИЗ КРОВИ НА РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ АНТИГЕН (РЭА) ГЛИКОПРОТЕИД, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТСЯ В ПЛАЗМЕ, КИШЕЧНИКЕ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ПЕЧЕНИ ЭМБРИОНОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ. В НЕБОЛЬШИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ РЭА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ КАК У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ, ТАК И ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, В ЧАСТНОСТИ ПРИ РОК И РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.

- **5. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА:**

- • **СКАНИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ - ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ;**

- • **УЗИ И КТ - ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ И ЗАБРЮШИННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ И КОЛЛЕКТОРЫ**



ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РОК - ХИРУРГИЧЕСКИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ 2 ВИДА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

- 1. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ:
 - А) ОДНОМОМЕНТНЫЕ: ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ (РИС. 21.3), РЕЗЕКЦИЯ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ, ВНУТРИБРЮШНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ НЕПРЕРЫВНОСТИ ИЛИ РЕЗЕКЦИЯ РЕКТОСИГМЫ ПО ГАРТМАНУ
 - Б) 2- И 3-ЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ: ОПЕРАЦИЯ ЦЕЙДЛЕРА-ШЛОФФЕРА (КОЛОСТОМИЯ + РЕЗЕКЦИЯ КИШКИ + ЗАКРЫТИЕ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ), ОПЕРАЦИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО МИКУЛИЧУ ИЛИ ПО ГРЕКОВУ И ДР.;
 - В) КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ СМЕЖНЫХ ОРГАНОВ И ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ РОК.

2. ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ:

- А) НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА;
- Б) НАЛОЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ - ИЛЕОСТОМА, ЦЕКОСТОМА, ТРАНСВЕРЗОСТОМА, СИГМОСТОМА.
- ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАКАНЧИВАТЬ ПАЛЬЦЕВЫМ РАСТЯЖЕНИЕМ (ДЕВУЛЬСИЕЙ, РЕДРЕССАЦИЕЙ) АНУСА. ПО ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ ИНТУБАЦИЯ ЗОНДОМ ИЛИ ДВУПРОСВЕТНОЙ ТРУБКЕЙ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА КИШКИ.
-

К ОСЛОЖНЕНИЯМ РОК ОТНОСЯТСЯ:

- • ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ;
- • ПЕРФОРАЦИЯ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С РАЗВИТИЕМ ПЕРИТОНИТА;
- • ПЕРИФОКАЛЬНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНЫЕ ПРОЦЕССЫ (ГНОЙНЫЙ ПАРАКОЛИТ, ПАРАНЕФРИТ, ФЛЕГМОНА БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА);
- • КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ (РЕДКО ПРОФУЗНОЕ);
- • ПРОРАСТАНИЕ ОПУХОЛИ В СОСЕДНИЕ ОРГАНЫ И РАЗВИТИЕ МЕЖОРГАННЫХ СВИЩЕЙ.