

Рак прямой кишки

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

Рак прямой кишки

- В структуре всех онкологических заболеваний рак прямой кишки в нашей стране находится на 8-м месте, составляя 2,5—3,5% от всех злокачественных опухолей.
- Некоторые страны (США, Англия, Франция) встречается чаще (2—3-е место).
- Рак прямой кишки в России в среднем диагностируется с частотой 13,8 на 100 000

Этиология

- **Предшествующие предраковые заболевания:**
 - ❖ аденоматозные полипы,
 - ❖ семейный аденоматозный полипоз,
 - ❖ неспецифический язвенный колит,
 - ❖ болезнь Крона,
 - ❖ хронический парапроктит.
 - ❖ пища (легкоусвояемая пища, содержащая мало шлаков, большое количество консервантов).
- **Наследственность**
- **Возраст 50-60 лет мужчины и женщины одинаково**
- **Курение**
- **Прием алкоголя**

Предраковые заболевания прямой КИШКИ

- В большинстве наблюдений рак прямой кишки – процесс стадийный (аденома→рак)
- Аденоматозный полип - (вероятность малигнизации 1%)
- Ворсинчатая аденома - (вероятность малигнизации 8%)
- Семейный ювенильный полипоз (вероятность малигнизации до 40%)
- Семейный диффузный полипоз (вероятность малигнизации до 100%)
- Синдромы Пейтца – Егерса, Гарднера, Линча.

Классификация рака прямой КИШКИ

I. *По локализации:*

- в анальном отделе кишки (10%),
нижнеампулярном,
- среднеампулярном
- верхнеампулярном отделах (60%),
- ректосигмоидном отделе (30%).

II. *По типу роста:*

- эндофитный (30%),
- экзофитный (20%),
- *смешанный (50%).*

Классификация прямой кишки

III. *По гистологическому строению:*

- аденокарцинома,
- слизистый,
- солидный,
- плоскоклеточный,
- недифференцированный, фиброзный рак.

IV. *По стадии процесса:* по системе TNM (I—IV стадии).

Международная классификация по системе TNM (1997г.)

T — первичная опухоль

- TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли TO — нет
- данных за наличие первичной опухоли
- Tis — 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

Международная классификация по системе TNM (1997г.)

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

Международная классификация по системе TNM (1997г.)

M — отдаленные метастазы

- MХ — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- M0 — нет отдаленных метастазов
- M1 — имеются отдаленные метастазы

Международная классификация по системе TNM (1997г.)

Гистопатологическая классификация (G):

- G — степень дифференцировки не может быть определена
- G1 — хорошо дифференцированная опухоль
- G2 — умеренно дифференцированная опухоль
- G3 — малодифференцированная опухоль
- G4 — недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям

Стадия 0		N0	M0
Стадия I	T2	N0	M0
Стадия II	T3 T4	N0	M0
Стадия III	Любое T	N1 N2	M0
Стадия IV	Любое T	Любое N	M1

Клиническая картина

- **Общие симптомы:** слабость, похудание
- **Боли:** внизу живота или в прямой кишке, постоянные или при дефекации, иррадиирующие в область крестца и копчика, схваткообразные боли в животе
- **Патологические выделения:** кровь, слизь, гной
- **Нарушения функции кишечника:** запоры, поносы, тенезмы.

Клиническая картина

- Анемия
- Симптомы кишечной непроходимости :
 - ✓ Вздутие живота
 - ✓ Неотхождение кала и газов
 - ✓ Урчание
 - ✓ Схваткообразные боли в животе
 - ✓ рвота

Клиническая картина

- Ректосигмоидный отдел – прогрессирующая запорами с последующей полной кишечной непроходимостью.
- Ампулярный отдел – тенезмы, патологические примеси к калу, боли (при прорастании опухоли в окружающие органы), непроходимость (при больших размерах опухоли)
- Анальный канал – тупая постоянная боль в области заднего прохода, которая усиливается при дефекации, изъязвление новообразования в виде патологических примесей к калу вначале крови, затем слизи и гноя. , свищи, непроходимость, недержание газов,кала.

Диагностика рака прямой кишки

- Жалобы, анамнез
- Пальцевое исследование прямой кишки (диагноз в 50-80% наблюдений)
- Ректороманоскопия
- Ирригоскопия
- Колоноскопия с биопсией
- Комплекс исследований для уточнения стадии заболевания (рентгенография легких, УЗИ, КТ, лапароскопия)

Дифференциальная диагностика

Рак прямой кишки дифференцируют от:

- геморроя,
- полипов,
- сифилиса,
- туберкулеза.

Как для рака прямой кишки, так и для геморроя характерным симптомом является выделение крови, однако при раке кровь темного цвета, измененная, иногда со сгустками, появляется перед выделением кала или смешивается с ним, а при геморрое кровь алого цвета, выделяется в конце акта дефекации.

Гистологическое исследование позволяет дифференцировать рак прямой кишки от:

- полипов,
- туберкулеза
- сифилиса.

При сифилисе серологические реакции, а при туберкулезе бактериологические методы исследования способствуют разрешению диагностических трудностей.

Осложнения рака прямой кишки

- Острая непроходимость кишечника.
- Кровотечение из опухоли.
- Перфорация опухоли - перитонит, абсцесс, флегмона.
- Свищи (пузырно-прямокишечный, влагалищно - прямокишечный, параректальный)

KRIVOPUSKOV V.P. 61Y

ERRIGOSKOPIYA
733/144

N

FRAME= 05

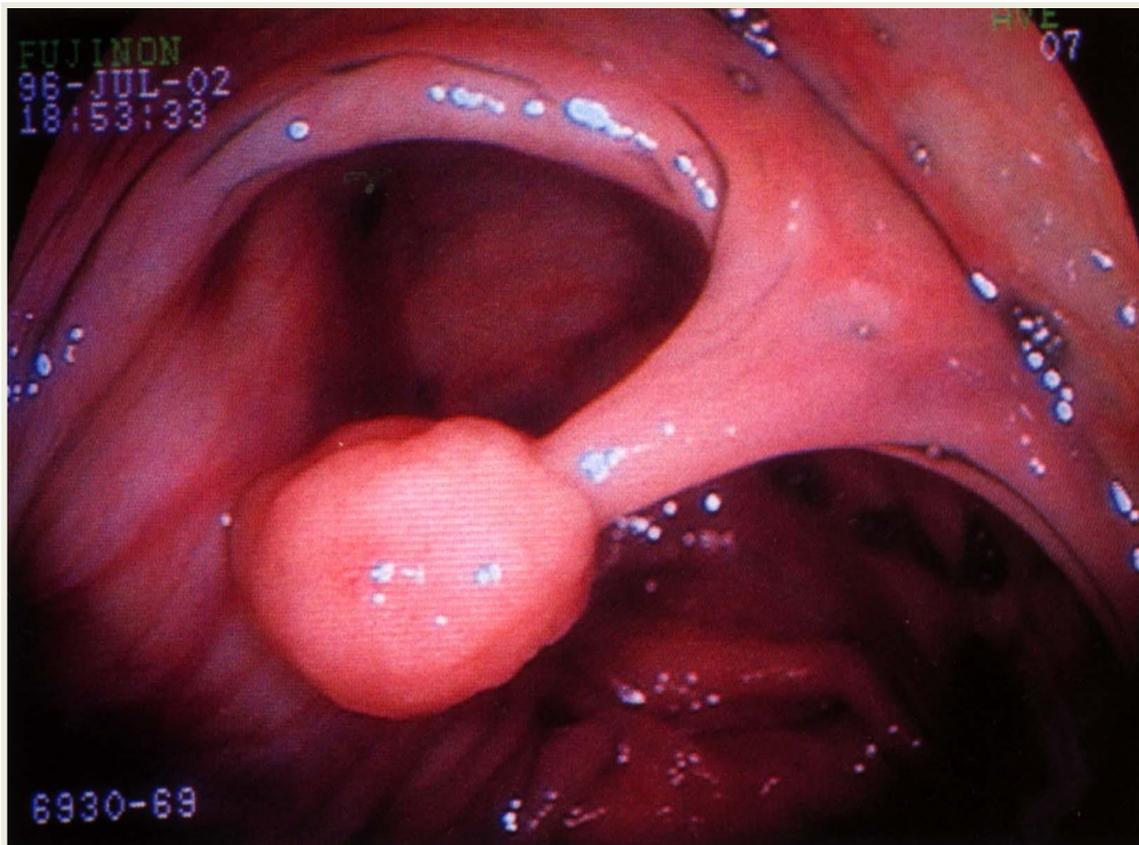
13:38:30
14-JAN-03

L = 127
W = 255

SP= 18



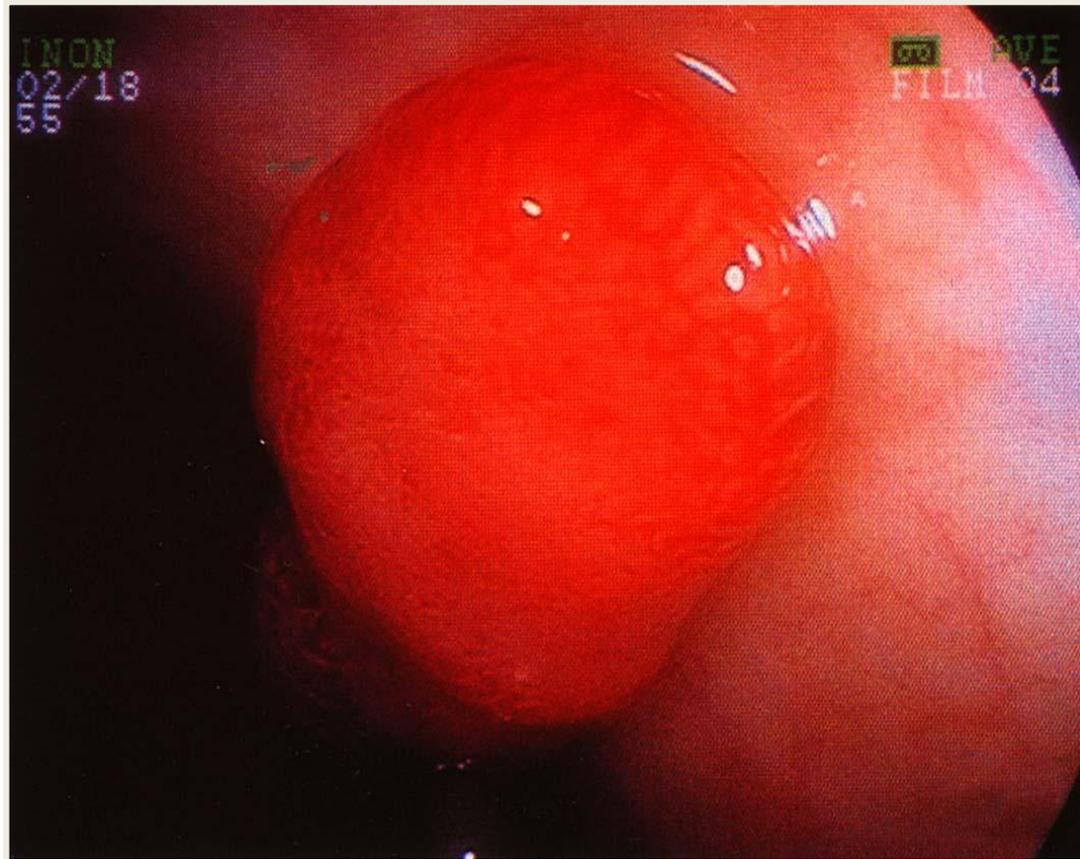


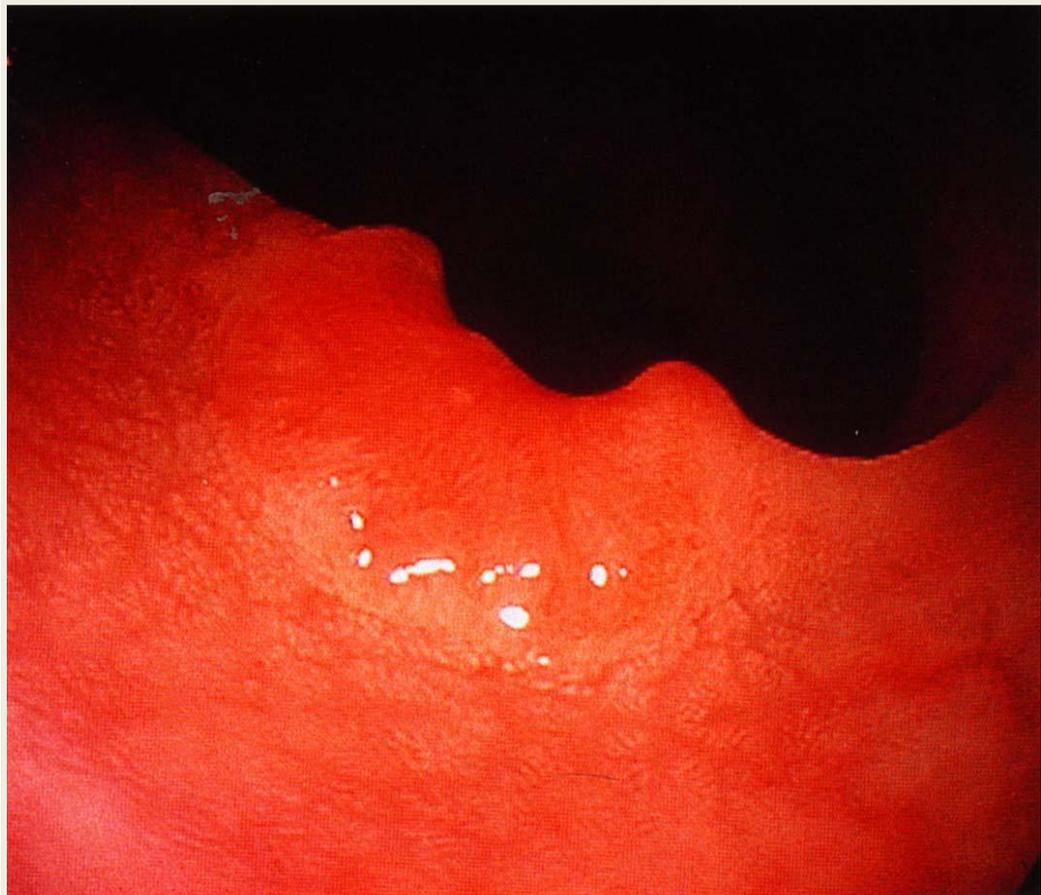


FUJINON
96-JUL-02
18:53:33

HVE
07

6930-69





Лечение

Основным методом является хирургическое лечение. Его могут дополнять химиотерапия и лучевой метод.

Комбинированное лечение рака прямой кишки

- Предоперационная лучевая терапия показана при местнораспространенном раке (Т3-4); при поражении параректальной клетчатки и регионарных ЛУ – послеоперационная ЛТ.
- Послеоперационная химиотерапия показана при Т3-4 и N1-2
- При анальном раке результаты ЛТ не уступают результатом хирургического лечения.

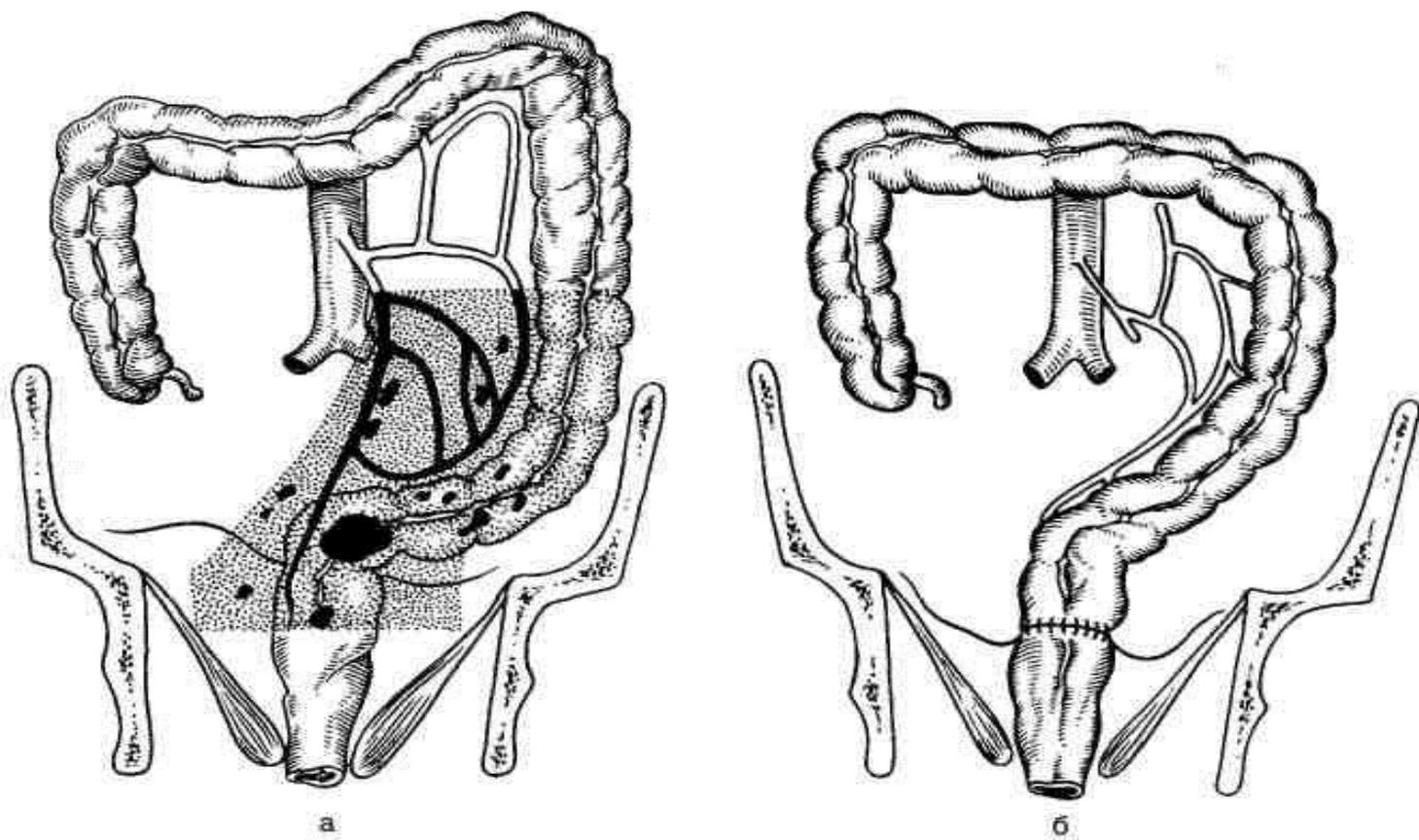
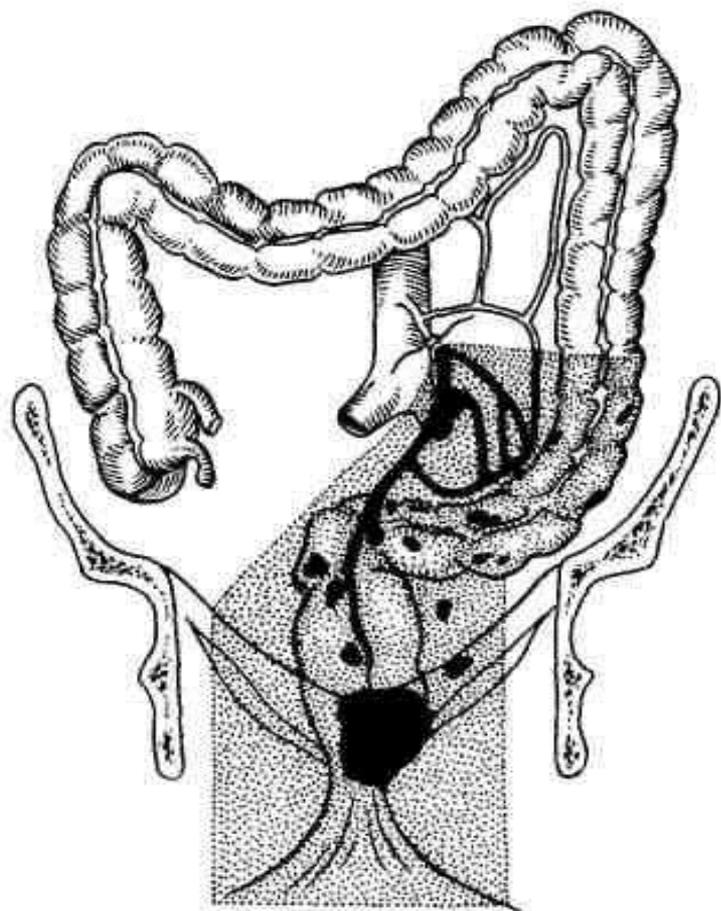


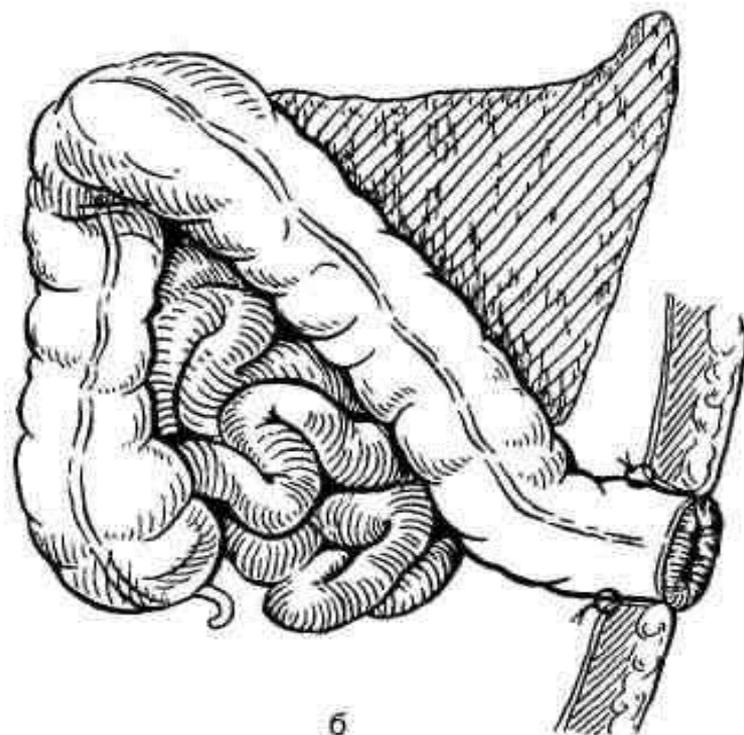
Рис. 24.5. Передняя резекция прямой кишки.
а — зона резекции; б — вид после наложения анастомоза.



а

Рис. 24.4. Операция Кеню — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

а — зона резекции; б — вид после завершения операции.



б

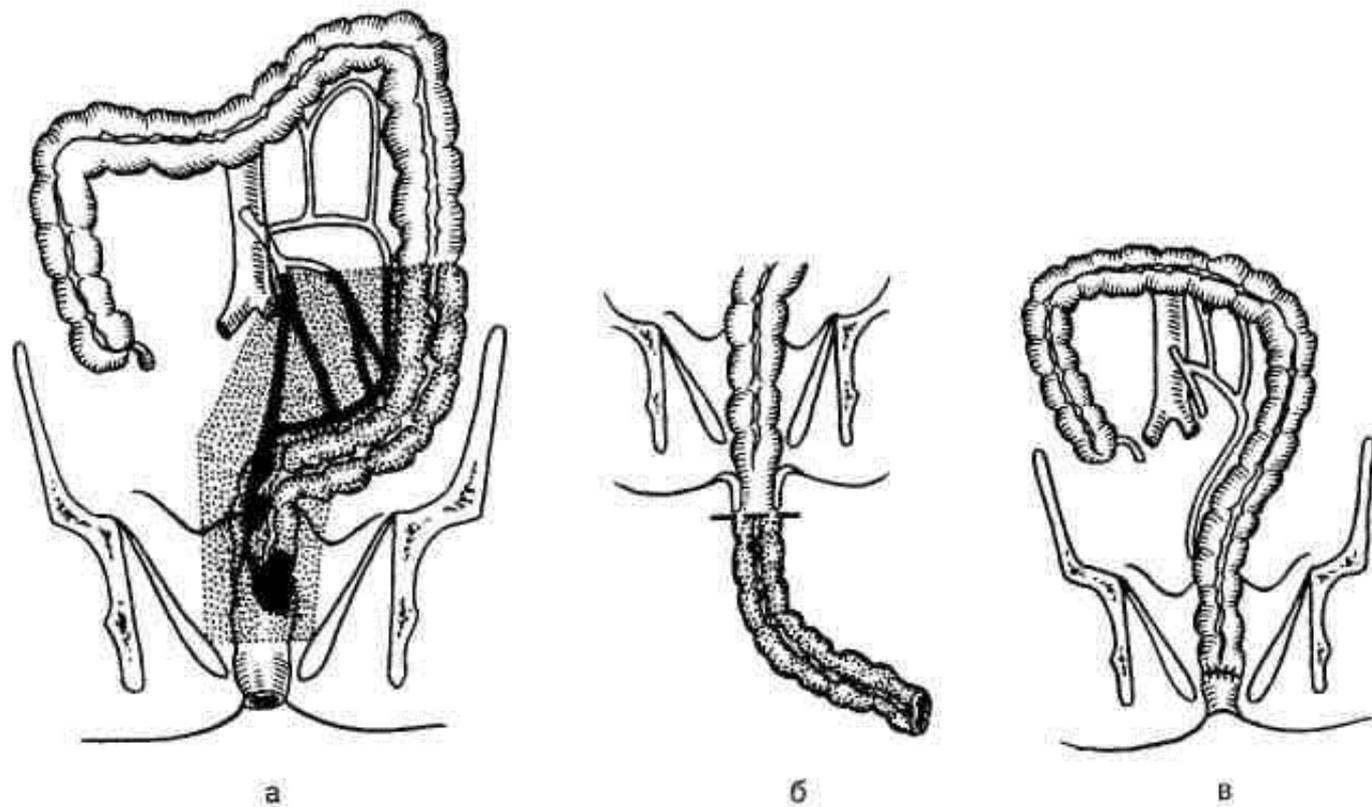


Рис. 24.6. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с пизведением.

а — зона резекции кишки; б — пизведение пиеходящей кишки; в — вид после завершения операции.

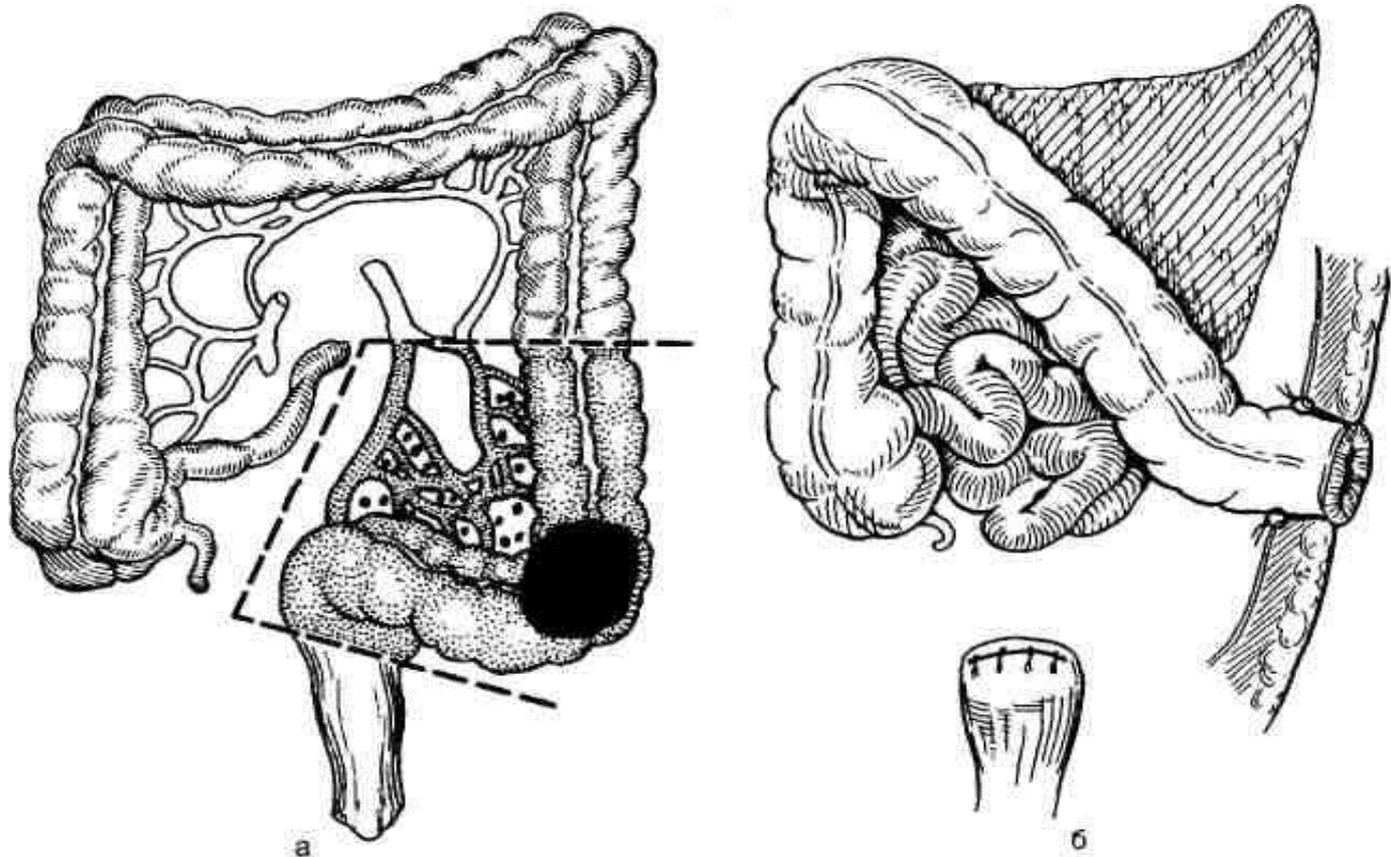


Рис. 24.7. Операция по Хартманну.
а — зона резекции; б — вид после завершения операции.

Прогноз

Пятилетняя переживаемость после радикального хирургического лечения при раке прямой кишки составляет около 40—50%. Она зависит прежде всего от стадии заболевания, гистологической структуры и формы роста опухоли. Прогноз благоприятнее в случае, если операция произведена в I—II стадиях заболевания, при экзофитной опухоли, особенно если она имеет высокую степень дифференцировки.

Прогноз менее благоприятен у молодых больных, особенно при анальном раке.

Спасибо за внимание!

