

*Кафедра факультетской хирургии с курсом
онкологии*

*ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская
академия Министерства здравоохранения РФ*

Рак ободочной кишки

***Зав. курсом онкологии
профессор кафедры,
д.м.н. Чирков Р.Н.***

Тверь, 2012

Эпидемиология и распространённость

- Ежегодно в мире регистрируется 600 тыс. новых случаев рака толстой кишки
- Рост заболеваемости в развитых странах (США, страны Европы, России)
- Частота заболеваемости 30 на 100тыс. населения
- С одинаковой частотой болеют лица мужского и женского пола
- **Средний возраст заболевшего 40-60 лет:**
 - до 20 лет- 3%;
 - от 20 до 40 -8 чел. на 100 тыс.
 - от40 до 60 – 150 чел. На 100тыс.
- В России ежегодно регистрируются 40 тыс., умирает от рака толстой кишки 31 тыс.

Возникновение опухоли толстой кишки связывают со средовыми влияниями.

Отмечается связь между приёмом мяса на душу населения и смертности от рака толстой кишки. Продукты распада белка являются материалом для внутрикишечного синтеза нитрозаминов, метаболитов триптофана, которые являются канцерогенами.

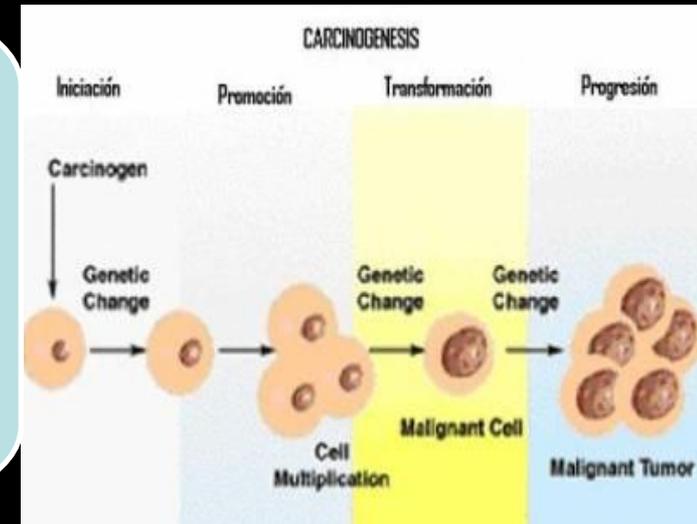
Установлено, что одним из агрессивных гетероциклических аминов является- 2-амил-1-метил-6-фенилимидазол пиридина, содержащийся в жареном мясе.

- У алкоголиков повышен риск рака сигмовидной и прямой кишки
- Синтез канцерогенов микрофлорой толстой кишки: *Clostridium paraputrificum* расщепляет стероидные структуры, синтезируя канцерогены



Канцерогенез (Volgestein, 1988г.)

Рак толстой кишки это многоступенчатый процесс, характеризующийся на разных этапах специфическими морфологическими и генетическими изменениями.



1. Мутация гена APC (аденоматозного полипоза кишки) приводит к гиперпролиферации нормального эпителия
2. Образование ранних аденом – мутирование гена MMC (играет роль в передаче сигнальной трансдукции) и мутирование ДНК.
3. Ранние аденомы → промежуточные аденомы
 - мутация K-RAS, N-RAS
 - нарушения трансдукционных сигналов с мембраны на ядро
4. Потеря аллели в 18 хромосоме (ген DDC- супрессорный ген, отвечает за клеточную адгезию). Снижение экспрессии DDC приводит к метастазированию опухоли.

Предрасполагающие факторы

1. Характер питания
2. Гиподинамия
3. Гипотония и хронические запоры
4. Хроническая травматизация слизистой толстой кишки (анатомические перегибы)

Облигатные предраковые заболевания

- Семейный диффузный наследственный полипоз (малигнизация 100%)
- Хронический язвенный колит (малигнизация 50%)
- Болезнь Крона
- Рубцы после язв: дизентерийных, брюшно-тифозных, амёбиазных.
- Ворсинчатые полипы (20% всех новообразований толстой кишки)

Ворсинчатые полипы- это новообразования округлой или слегка вытянутой формы, розоватого цвета со своеобразной сосочковой или бархатистой поверхностью, основным элементом которого является сосудисто-соединительное образование покрытое цилиндрическим эпителием.

Основные формы: узловая и стелющаяся (бахромчатые, дольковая)

Полипы толстой кишки



1. Аденома (образование из железистого эпителия с признаками атипии)
 - Тубулярная
 - Ворсинчатая
 - Тубулярно-ворсинчатая



2. Аденоматоз (множественные аденомы толстой кишки)

Разновидности полипов:

- зазубренные,
- ювенильные,
- полипы Пейтца-Егерса,
- гиперпластические,
- воспалительные,
- лимфатические.



Патоморфология рака толстой кишки

1. Локализация

- Сигмовидная кишка 50%
- Слепая 12,5%
- Восходящая 12,5%
- Поперечная, печёночный и селезёночный угол, нисходящая- 25%

2. Гистология

75% Аденокарцинома (высоко-, умереннодифференцированная, недифференцированная)

I Железистые:

- аденокарцинома папиллярного характера
- аденокарцинома скirrosного характера
- аденокарцинома слизистого характера

II Солидные формы

III Диффузные формы

IV Смешанные формы

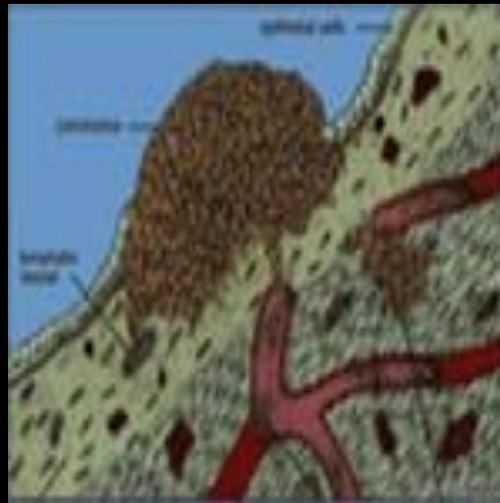


По характеру роста

- Экзофитные (правая половина толстой кишки)
- Эндофитные (левая половина толстой кишки)
- Смешанные

Метастазирование

1. Лимфогенное (регионарные л\у)
2. Гематогенное (печень)
3. Имплантационное
4. Смешанное



Стадирование процесса осуществляется в соответствии с международной классификацией TNM

- Международная классификация по системе TNM (1997)
- T — первичная опухоль.
- Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- To — первичная опухоль не определяется.
- Tis — интраэпителиальная опухоль или с инвазией слизистой оболочки.
- T1 — опухоль инфильтрирует до подслизистого слоя.
- T2 — опухоль инфильтрирует мышечный слой кишки.
- T3 — опухоль прорастает все слои кишечной стенки.
- T4 — опухоль прорастает серозный покров или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры.
- N — регионарные лимфатические узлы.
- N0 — нет поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 — метастазы в 1—3 лимфатических узлах.
- N2 — метастазы в 4 и более лимфатических узлах.
- M — отдаленные метастазы.
- M0 — отдаленных метастазов нет.
- M1 — имеются отдаленные метастазы.

Клинические формы рака ТОЛСТОЙ КИШКИ (по А.М. Ганичкину)

1. Токсико-анемическая (правая половина толстой кишки)
2. Диспепсическая (поперечно-ободочная кишка)
3. Энтероколитическая (левая половина толстой кишки)
4. Обтурационная (правая половина толстой кишки)
5. Псевдовоспалительная
6. Опухолевая (атипичная)

Жалобы: патологические выделения, кровь, нарушение функции толстой кишки, недостаточность переваривания



Диагностика рака толстой КИШКИ

Лабораторная диагностика:

1. Клинический и биохимический анализ крови
2. Анализ крови на раково-эмбриональный антиген (РЭА)

Инструментальная диагностика:

- Колоноскопия + биопсия (RRS)
- Ирригоскопия (позволяет уточнить протяжённость и форму роста)
- УЗИ печени, забрюшинных л\у
- КТ и МРТ брюшной полости
- ФЛГ
- ПЭТ



Лечение рака толстой кишки

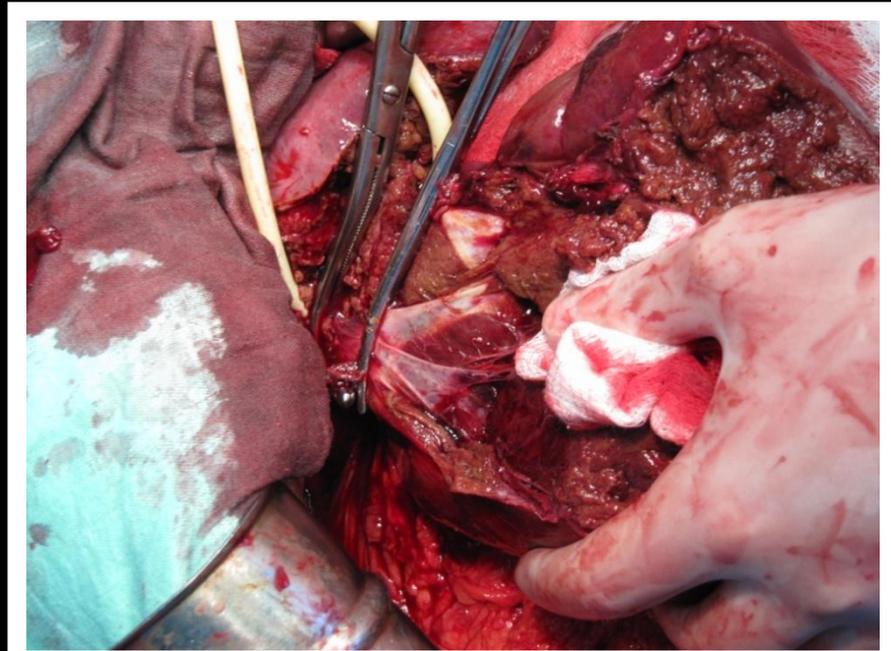
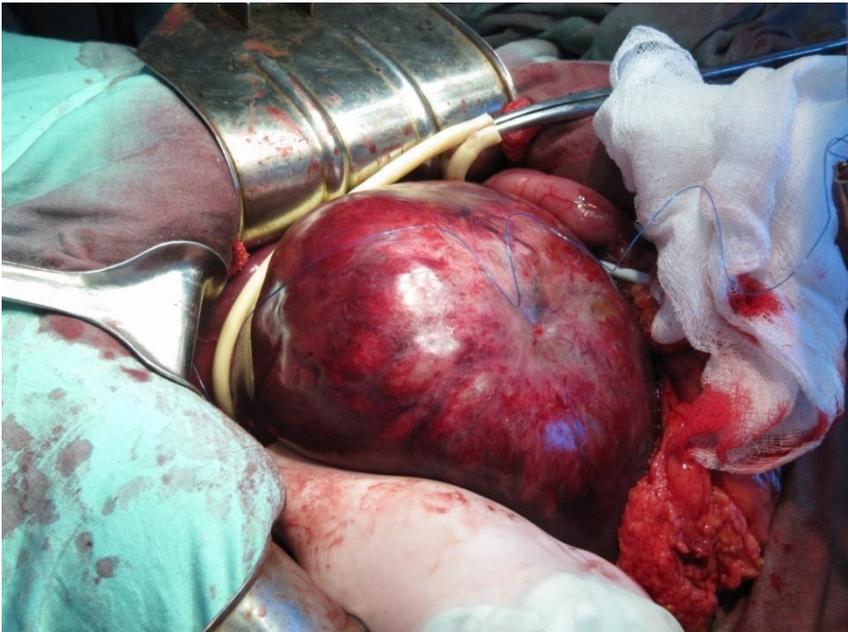
Хирургический метод – ведущий метод

- Правосторонняя гемиколэктомия
- Левосторонняя гемиколэктомия
- Резекция поперечно-ободочной кишки с большим сальником
- Резекция сигмовидной кишки

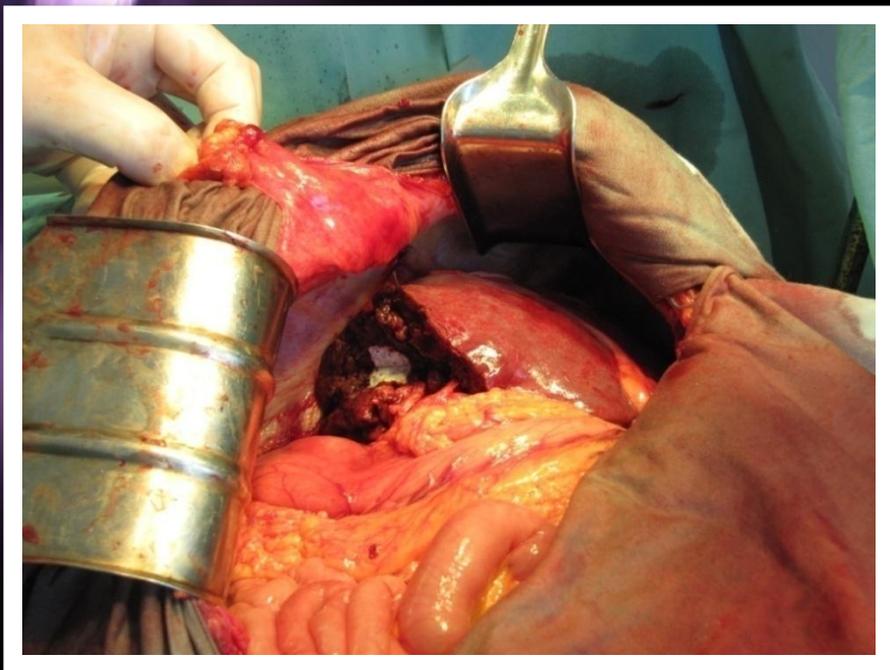
Химиотерапевтический метод

- Ингибиторы тимидинат синтетазы (5-FU, капецитабин, ралтитрексид)
- Таргетная терапия: цетуксимаб- ингибитор эпидермального фактора роста
- Так же используются схемы лечения **XELOX, FOLFOX**

Комбинированное хирургическое лечение пациентов с опухолями и метастазами колоректального рака



Комбинированное лечение пациентов с колоректальным раком





Прогноз

Определяется:

1. Стадией процесса
2. Морфологией опухоли
3. Сопутствующей патологии
4. Возрастом пациента

После хирургического лечение пятилетняя выживаемость составляет при:

- I стадии 90%
- II стадии 85%
- III стадии 25-30%

