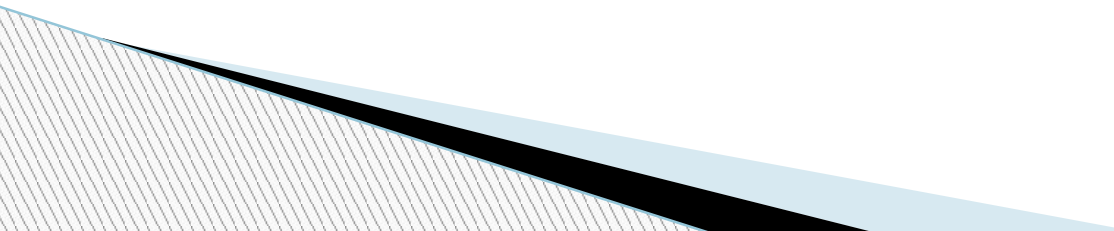
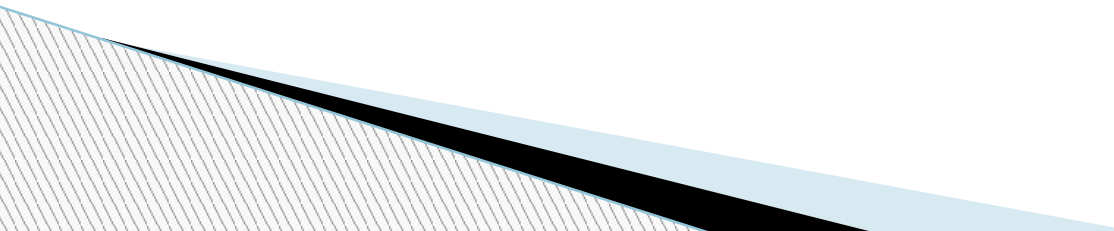


Рак прямой кишки

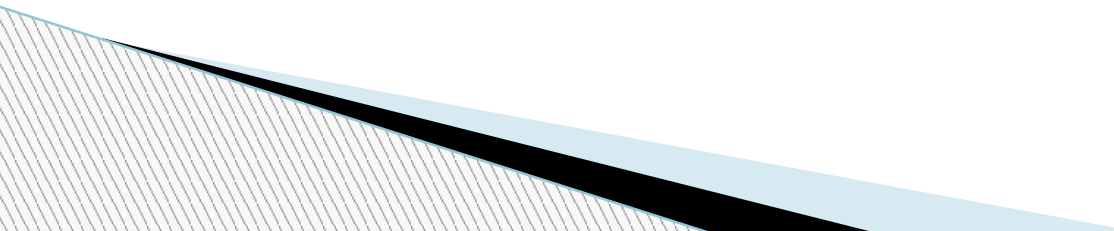


- Рак прямой кишки составляет 80% раковых поражений кишечника, и на 4-5% всех раков. У лиц в возрасте старше 60 лет встречается в 5-6 раз чаще, чем в более молодом возрасте.
 - Мужчины болеют чаще женщин в 1,5 раза
 - За последние 10 лет заболеваемость в РФ возросла на 30%
- 

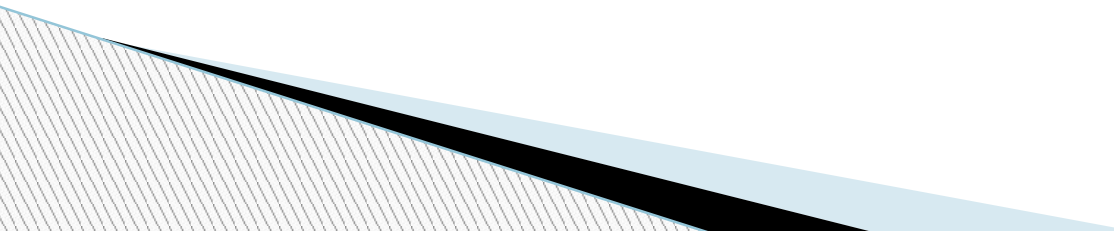
Классификация рака прямой кишки (по характеру роста)

- Экзофитный – 20%
 - Эндофитный – 30%
 - Смешанный – 50%
- 

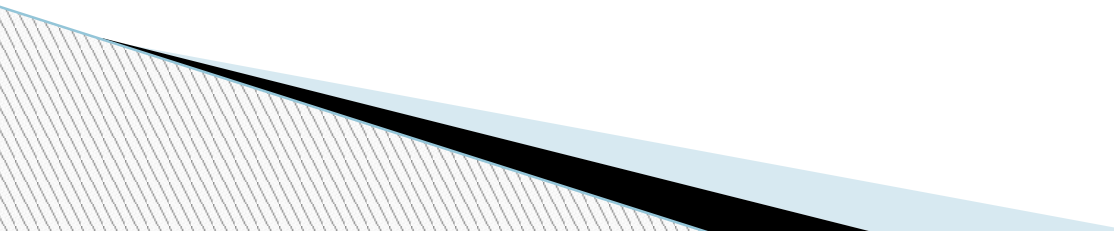
Классификация рака прямой кишки (по локализации)

- Ректосигмоидный отдел - 30%
 - Ампулярный отдел - 60%
 - Анальный канал - 10%
-
- Высокая частота мультицентрического рака (10-20% и более)
- 

По гистологической структуре:

- ▣ плоскоклеточные,
(промежностные)
 - ▣ железистый,
 - ▣ солидный,
 - ▣ смешанные формы.
- 

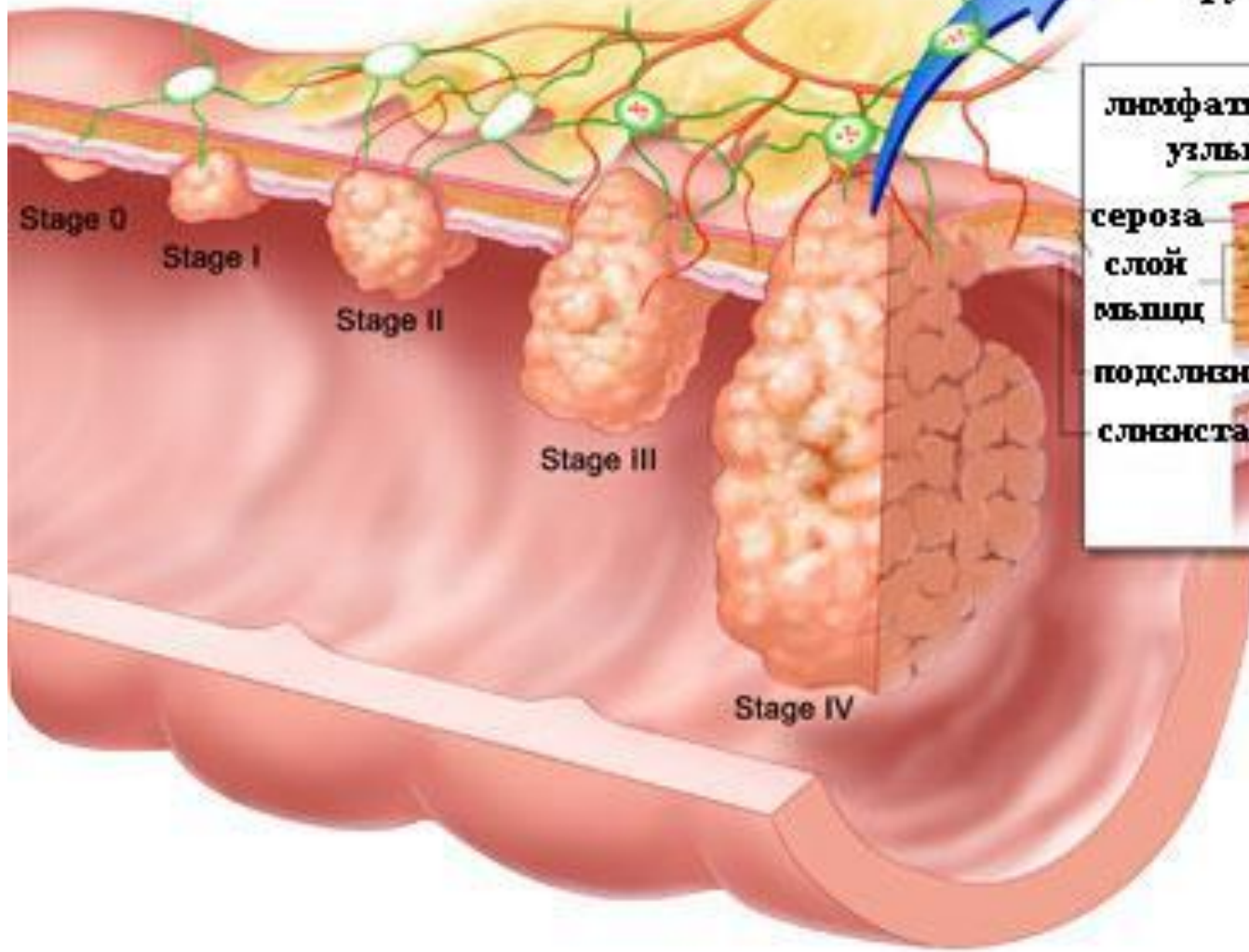
Факторы риска

- ▣ Диета (высокое содержание мяса и животных жиров, низкое содержание растительной пищи, злоупотребление алкоголем, курение) – приводит к застою плотных каловых масс
 - ▣ Наследственность
 - ▣ Полипоз (аденомы), воспалительные заболевания
 - ▣ Возраст старше 50 лет, мужчины, городское население
- 

Выделяют 4 стадии рака прямой кишки:

- **1 стадия** - опухоль занимает небольшой участок слизистого и подслизистого слоя прямой кишки, подвижная, регионарных метастазов нет.
- **2 стадия** - а) опухоль или язва занимает до половины окружности кишки, не выходя за ее пределы, и нет метастазов в регионарные лимфоузлы; б) опухоль может быть такого же или меньшего размера, но с наличием метастазов в регионарные лимфоузлы.
- **3 стадия:** а) опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю стенку ее или спаяна с окружающими тканями и органами; б) опухоль любых размеров с множественными метастазами в регионарных лимфатических узлах.
- **4 стадия** - обширная опухоль, прорастающая окружающие органы и ткани, или имеются отдаленные метастазы.

Распространение в
другие органы

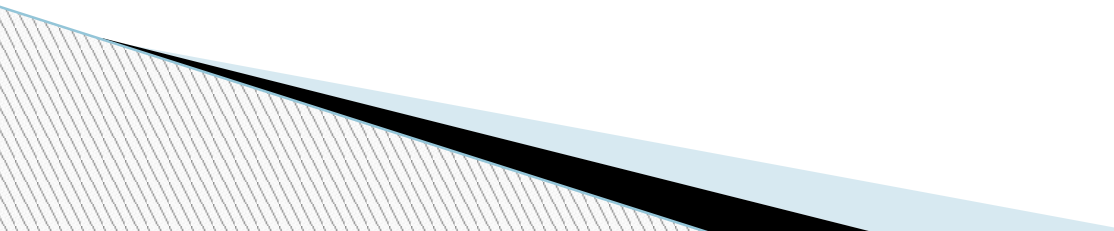


Международная классификация TNM

- **T1** - опухоль занимает $1/3$ или менее окружности прямой кишки и не инфильтрирует мышечный слой.
- T2** - опухоль, занимающая более $1/3$, но не более половины длины или окружности прямой кишки, или инфильтрирующая мышечный слой, но без ограничения смещаемости кишки.
- T3** - опухоль занимает более половины длины или окружности кишки или определяется ограничение смещаемости ее, но нет распространения на соседние структуры.
- T4** - опухоль распространяется на соседние структуры.

Международная классификация TNM

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 узлов
- 

Международная классификация TNM

- Для характеристики прорастания опухоли в глубину стенки кишки вводится символ P с делением на 4 степени:

P1 - рак, инфильтрирующий только слизистую оболочку;

P2 - рак, инфильтрирующий подслизистый слой, но не захватывающий мышечную;

P3 - рак, инфильтрирующий мышечную, но не захватывающий субсерозную оболочку;

P4 - опухоль инфильтрирует серозную оболочку или выходит за ее пределы.

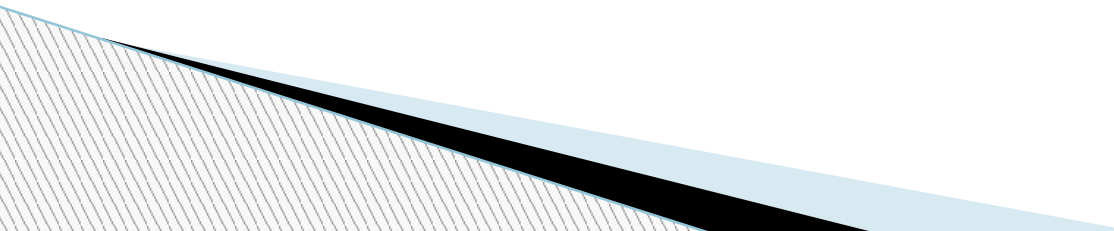
Клиническая картина

- 1. **Патологические выделения из прямой кишки** (кровь, слизь гной).
- 2. **Расстройства функции кишечника** (затруднения дефекации, ощущения неполной дефекации, запоры, поносы, ложные позывы, недержание кала и газов, изменение формы испражнений).
- 3. **Болевые и другие неприятные ощущения в прямой кишке или прилежащих областях** (боли, нарушения функции органов малого таза)
- **+общие симптомы рака** - слабость, похудание

Клиническая картина

- ▣ **Ректосигмоидный отдел** – кишечная непроходимость
- ▣ **Ампулярный отдел** – тенезмы, патологические примеси, боли (при прорастании опухоли в окружающие органы), непроходимость (при больших размерах опухоли)
- ▣ **Анальный канал** – боли, изъязвления, свищи, непроходимость, недержание кала

Диагностика рака прямой кишки

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



KRIVOPUSKOV V.P. 61Y

ERRIGOSKOPIYA

733/144

N

FRAME= 05

13:38:30

14-JAN-03

L = 127

W = 255

SP= 18



RRI GOSKOPIYA
83/144

M1

FRAME= 15



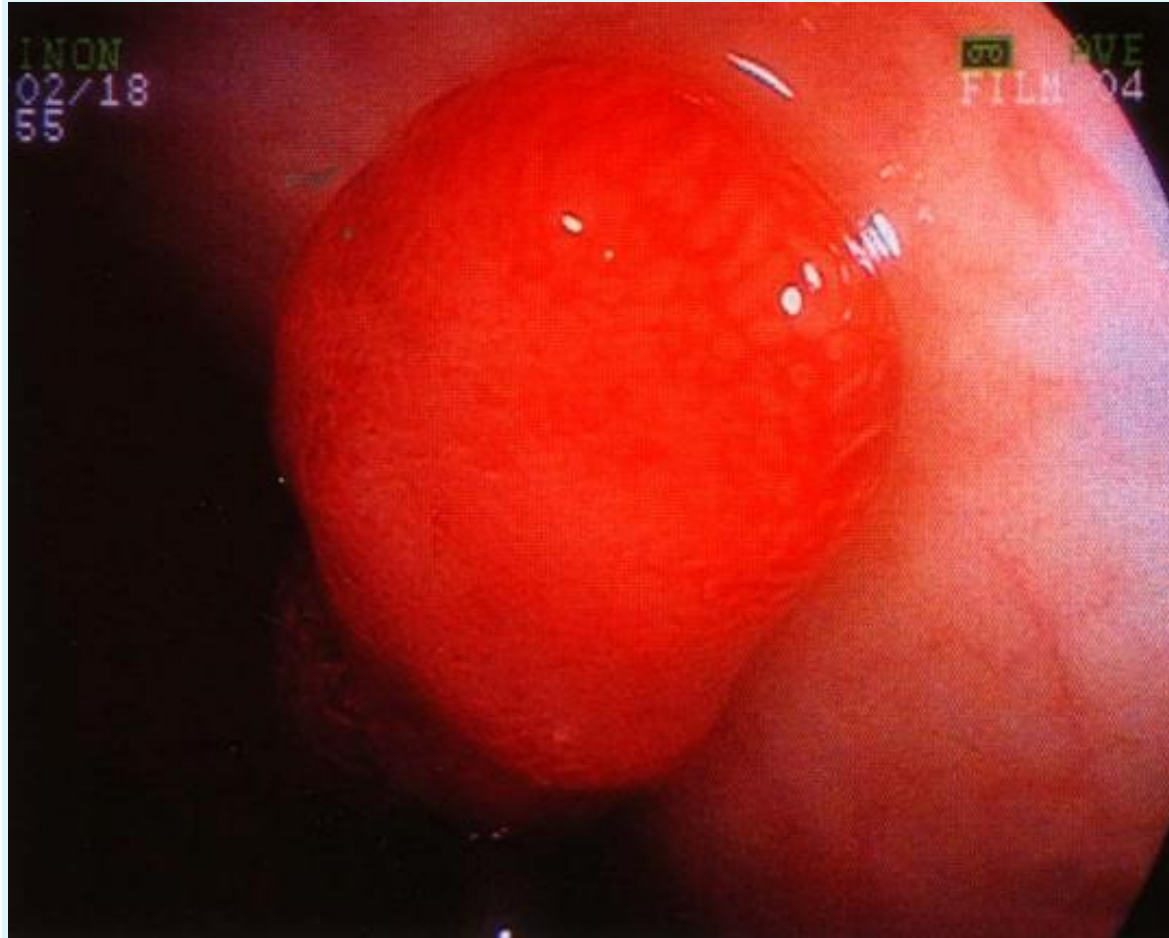
:52:20
-JAN-03

A SECHENOV

L = 127
W = 255

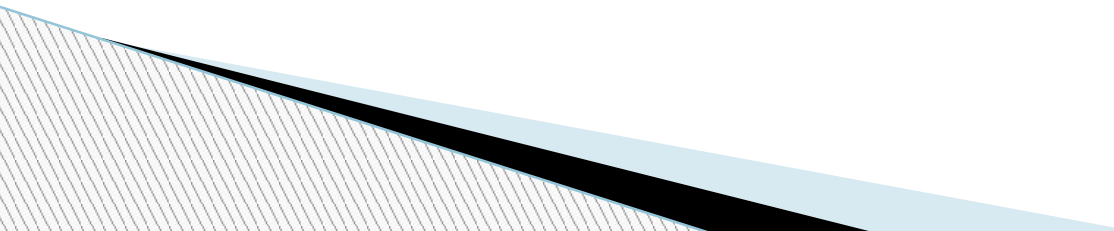
SP= 18

DR. DRAPALUK I. B.



Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику рака прямой кишки проводят между:

- ▣ доброкачественными опухолями (полипы, фибромы, гемангиомы) и злокачественными процессами (саркома, меланома)
 - ▣ неспецифическими воспалительными процессами (язвенные процессы, трещины заднего прохода, гранулемы, геморрой, сифилис, туберкулез, лучевые язвы у женщин после сочетанной лучевой терапии по поводу рака, шейки матки и др.).
- 

Хирургическое лечение

- 1. **Радикальные операции:**
- - экстирпация (менее 7 см от ануса) с колостомией
- - резекция с низведением (ампулярный отдел)
- - передняя резекция (ректосигмоидный отдел)
- - операция типа Гартмана (обструктивная резекция прямой кишки с наложением колостомы)
- 2. **Паллиативные операции:** колостомия.

- Пятилетняя выживаемость после радикальной операции 45-50%.

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.