

Кафедра онкології з курсами
радіаційної медицини та
реаніматології

**Рак ободової та прямої
кишки**

Лекція для студентів V-VI курсів



Мета лекції

- Ознайомити студентів про поширеність, причини, і загальні закономірності розвитку раку товстої кишки;
- Ознайомити з патогенезом розвитку основних симптомів раку товстої кишки узалежності від локалізації і поширеності пухлинного процесу;
- Знання сучасних методів скринінгу і ранньої діагностики раку товстої кишки і принципів диференційованої діагностики;
- Представити принципи сучасного хірургічного і комбінованого лікування раку товстої кишки, його ефективність і результати;
- Знання методів ефективної первинної і вторинної профілактики раку товстої кишки.

Найбільш поширені онкозахворювання

Локалізація	Щорічно в світі	
Рак легень	1290000	(12,3%)
Рак молочної залози	1050000	(10,4%)
Рак товстої кишки	945000	(9,4%)
Рак шлунку	876000	(8,7%)
Рак прямої кишки	600000	(6%)

Захворюваність основними формами раку

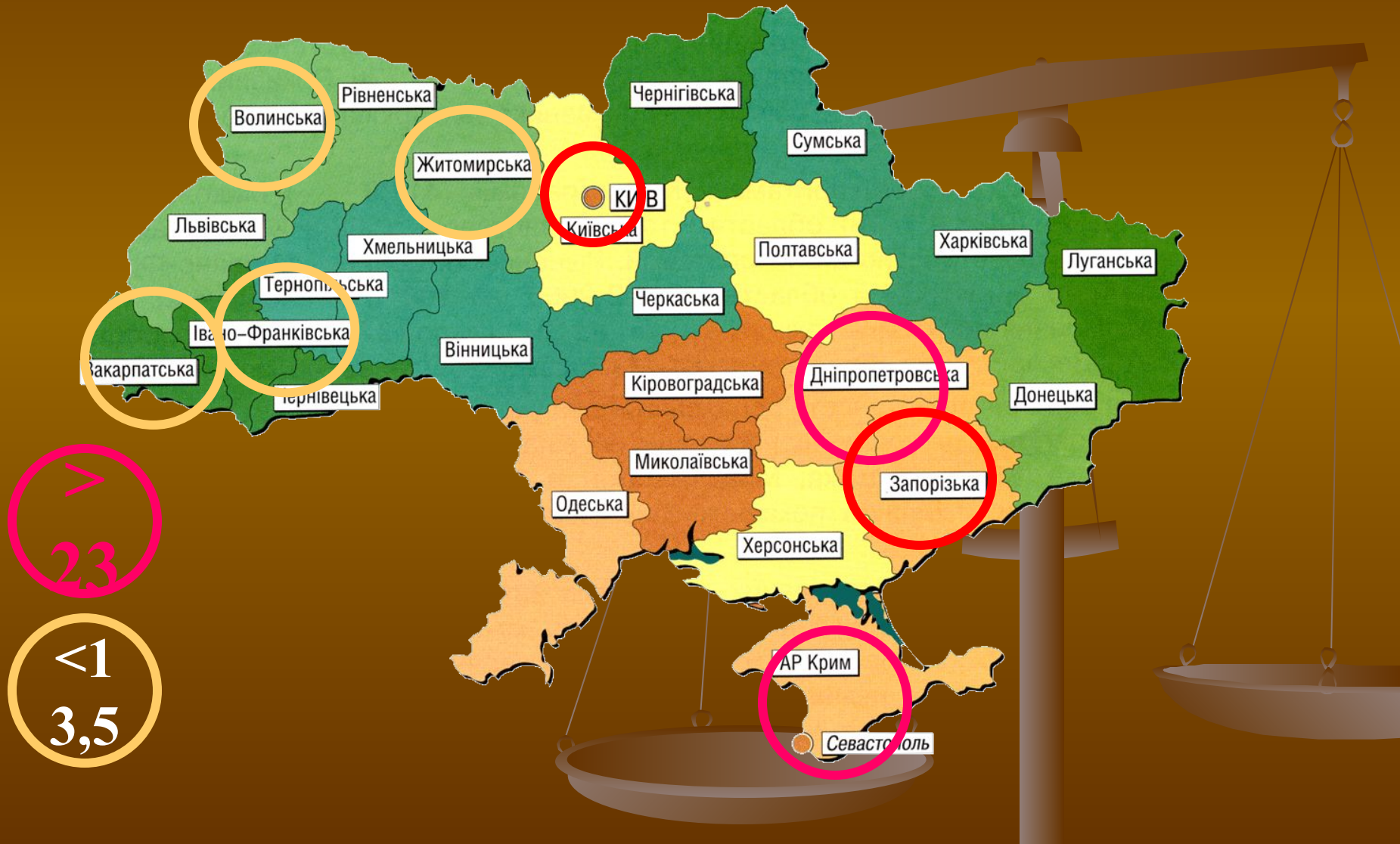


- По даним МАІР в 2008 році в світі було зареєстровано більше 900 тисяч нових випадків раку товстої кишки.
- В промислово розвинутих країнах рак товстої кишки займає 2 місце в структурі онкозахворюваності після раку легень.

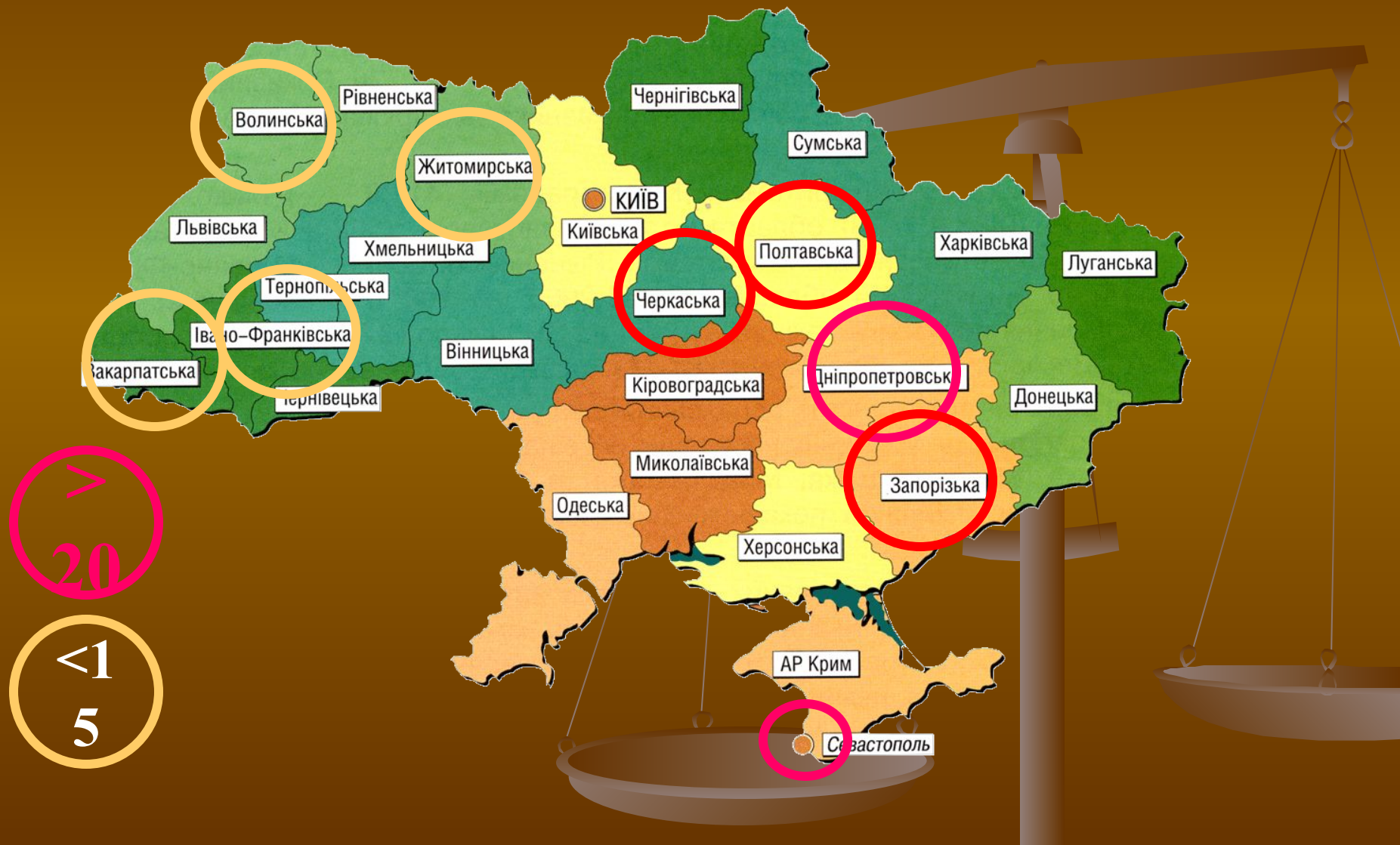
Захворюваність колоректальним раком

- В структурі онкозахворюваності колоректальний рак в наш час займає четверте місце серед найбільш частих пухлин.
- Ризик розвитку колоректального раку в європейській популяції складає 4 – 5% (на протязі життя 1 людина з 20 захворіє раком цієї локалізації).

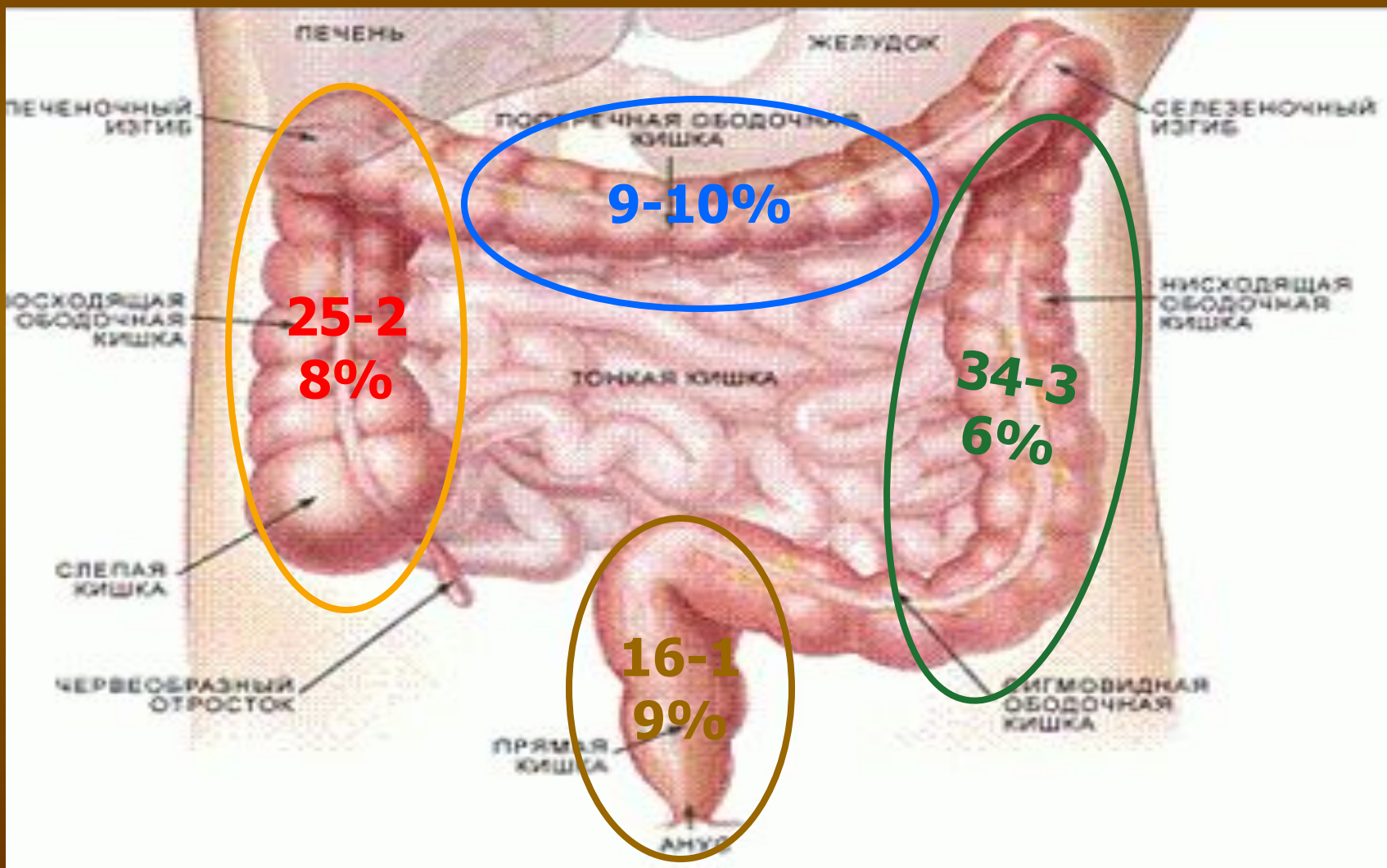
Захворюваність раком товстої кишки населення України



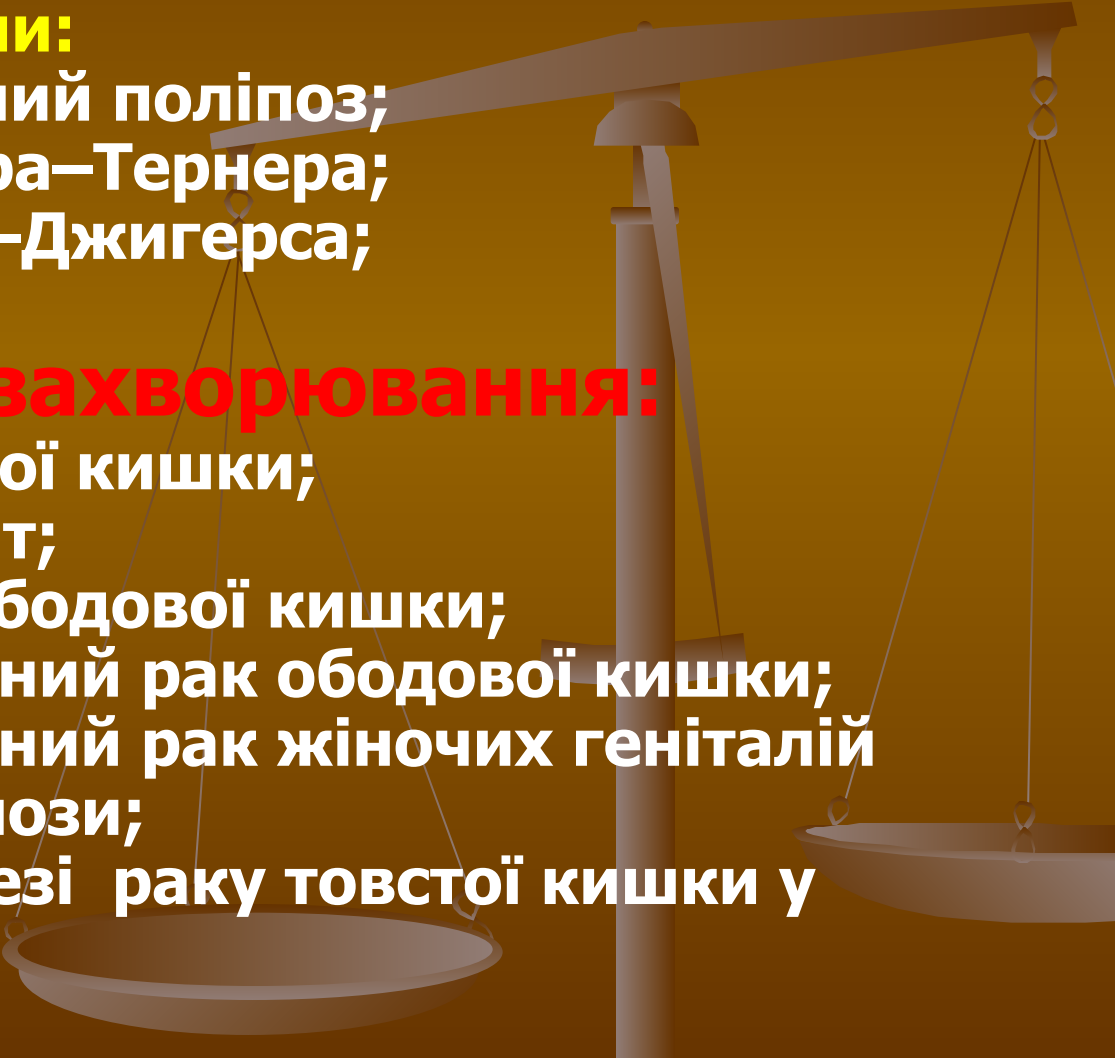
Захворюваність раком прямої кишки населення України



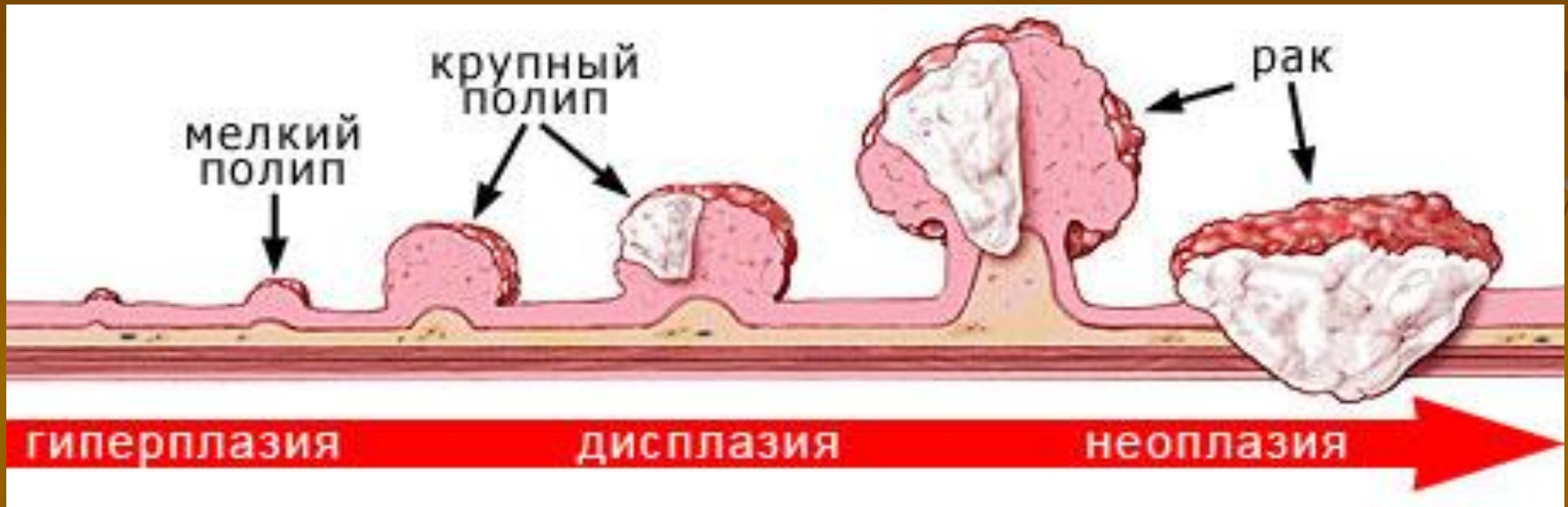
Частота пухлинного ураження різних відділів товстої кишки



Фактори ризику та етіологічні фактори колоректального раку

- Вік старше 50 років;
 - Особливості харчування;
 - Генетичні синдроми:
 - дифузний сімейний поліпоз;
 - синдром Гарднера–Тернера;
 - синдром Пейтца–Джигерса;
 - хвороба Тюрка;
 - **Передракові захворювання:**
 - аденоми ободової кишки;
 - виразковий коліт;
 - хвороба Крона ободової кишки;
 - раніше перенесений рак ободової кишки;
 - раніше перенесений рак жіночих геніталій або молочної залози;
 - наявність в анамнезі раку товстої кишки у родичів.
- 

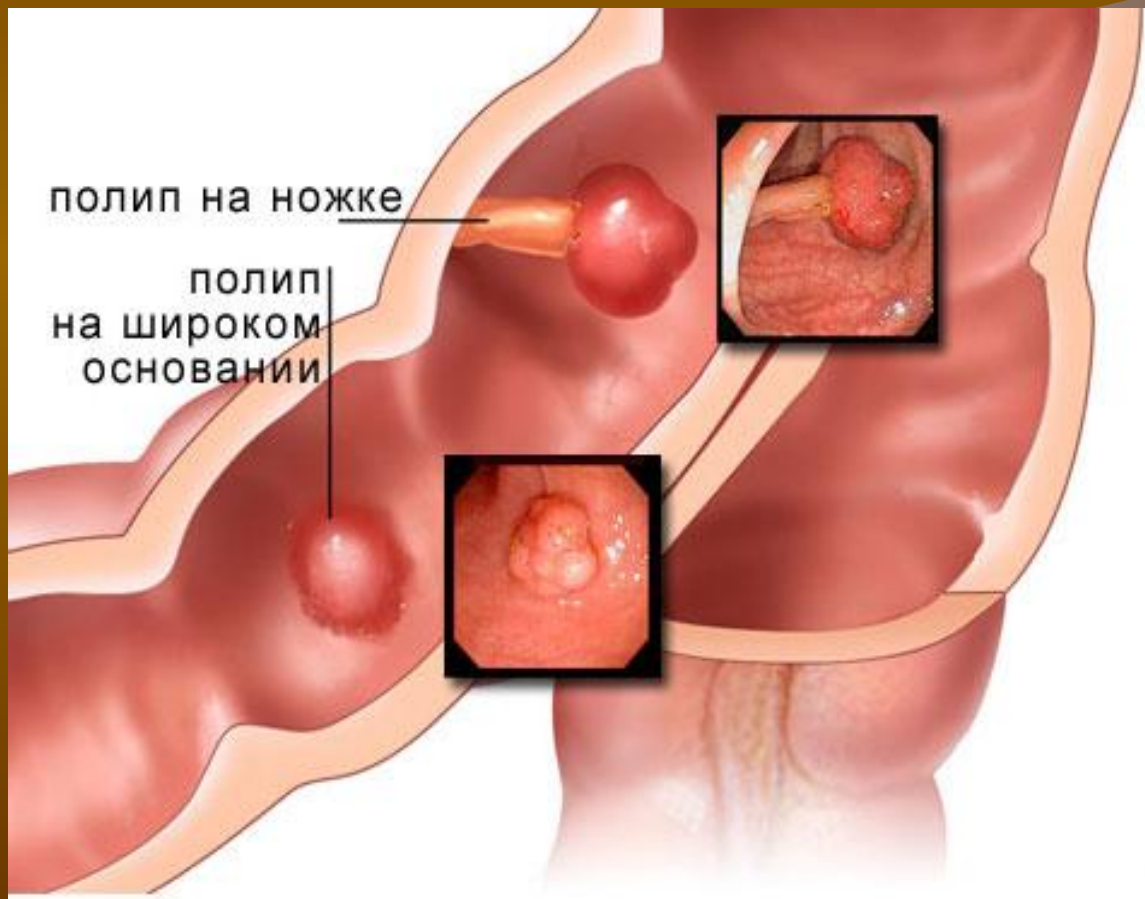
Розвиток раку товстої кишки на фоні поліпозу



- Встановлено, що у пацієнтів з поліпами достовірно частіше зустрічається рак товстої кишки. Це дозволяє розглядати поліпи як передракові захворювання і обґрунтовує тактику, направлену на їх ендоскопічне видалення (поліпектомію) з метою профілактики розвитку раку. Дана концепція отримала назву "аденома-карцинома". Навіть невеликий поліп завжди являється пухлиною (хоча і доброякісною), тому клітини, які формують поліп, відрізняються від клітин слизової оболонки кишкової стінки.

Спадковий колоректальний рак на фоні сімейного аденоматозу товстої кишки

- Сімейний поліпоз(аденоматоз) виникає на фоні мутацій в APC гені, які в 95% випадків призводять до розвитку раку у віці до 40 років.
Дифузний сімейний поліпоз вважається облігатним передраком.

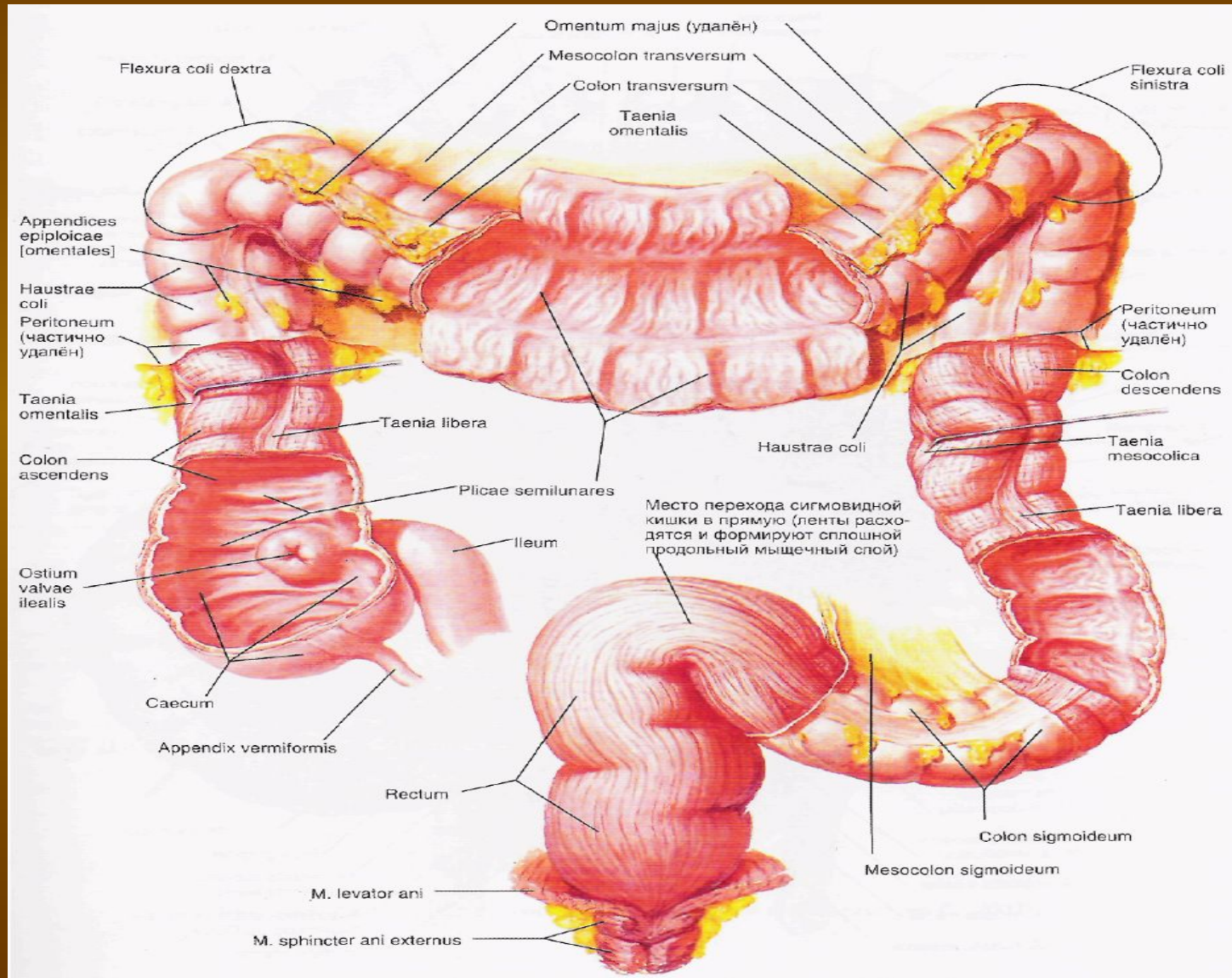


- В 60% випадків виникає рак товстої кишки, а в решті випадків – рак тіла матки, молочної залози, шлунку.
- Синдром зустрічається в 1 випадку на 8000 новонароджених, уражає до половини членів даної сім'ї і характеризується розвитком множинних аденом в товстій кишці. Нерідко на фоні аденом розвивається первинно – множинний рак товстої кишки.

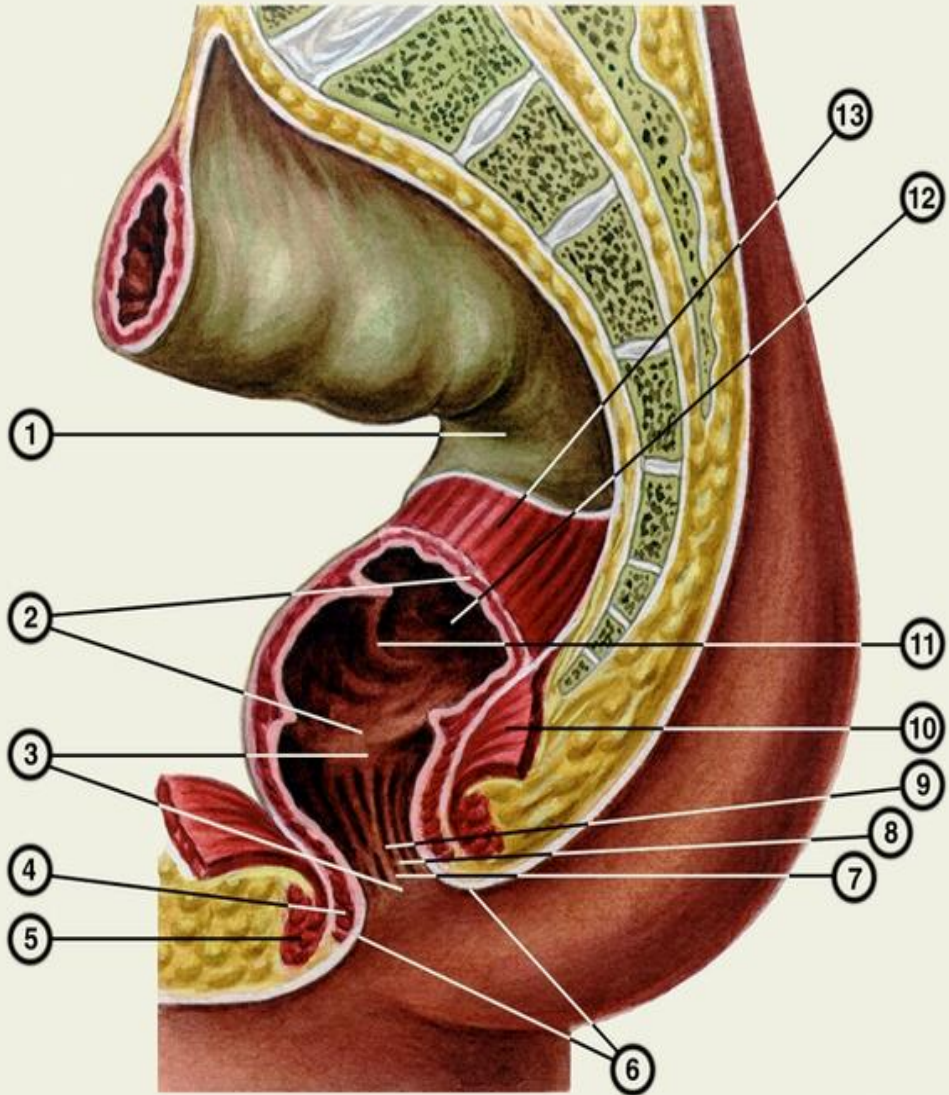
Спадковий неполіпозний рак товстої кишки

- Спадковий неполіпозний колоректальний рак («синдром Лінча»), складає від 5% до 10% всіх випадків колоректального раку. Прийняті наступні критерії СНКРР («амстердамські критерії», 1991):
 - – наявність не менше трьох близьких родичів з підтвердженим морфологічно раком товстої кишки;
 - – ураження раком двох поколінь родичів;
 - – хоча б один випадок виявлення захворювання у віці до 50 років.
- СНКРР успадковується по аутосомно – домінантному типу, відрізняється раннім виникненням пухлини (у віці 40 – 44 роки) і множинними ураженнями переважно правої половини товстої кишки.
- При цьому синдромі може спостерігатися підвищений ризик розвитку і інших злоякісних пухлин: раку ендометрію, молочної залози, яєчників, шлунку, тонкої кишки, перехідно-клітинної пухлини нирок і т.д.

Анатомія товстої кишки

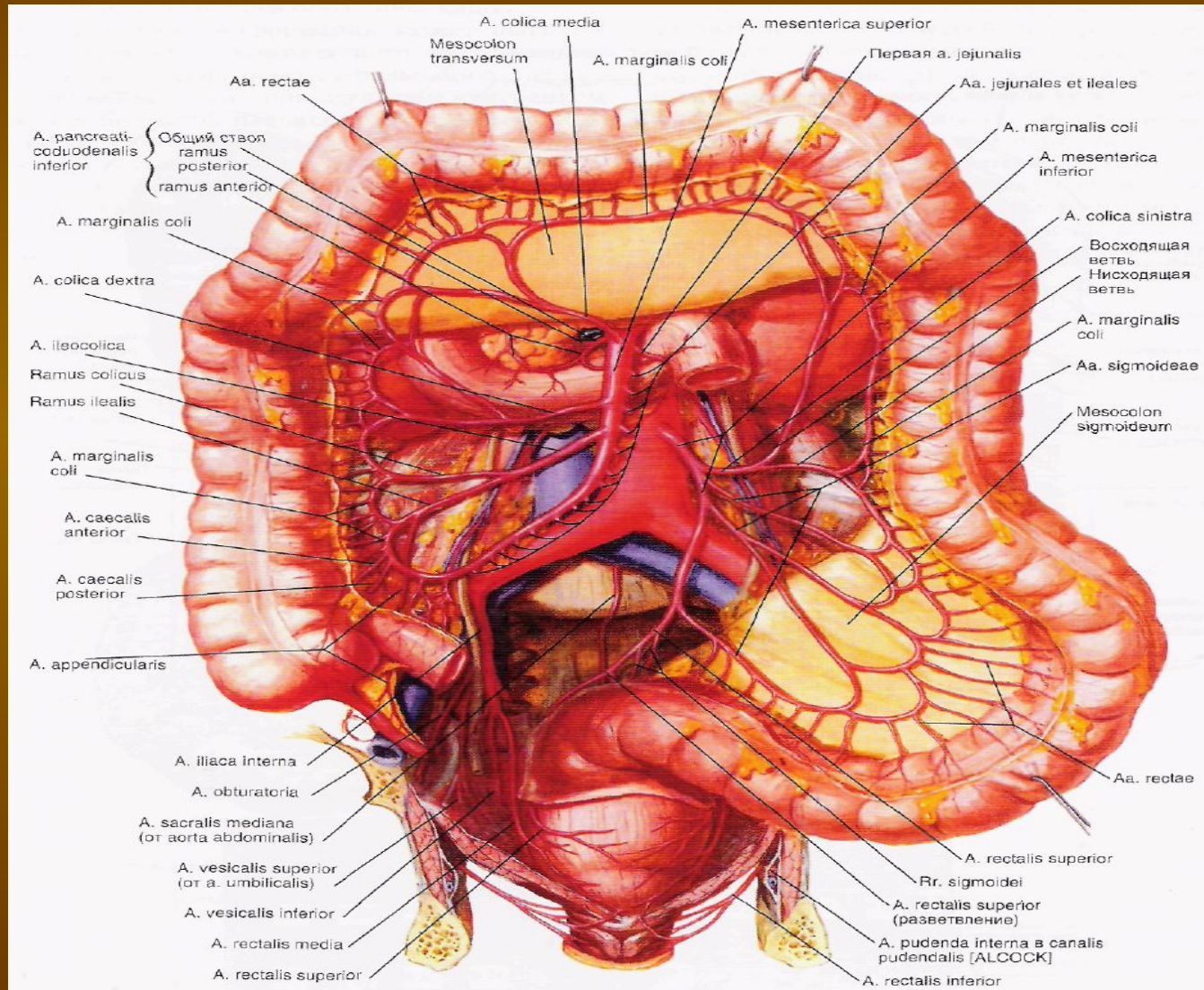


Анатомія прямої кишки

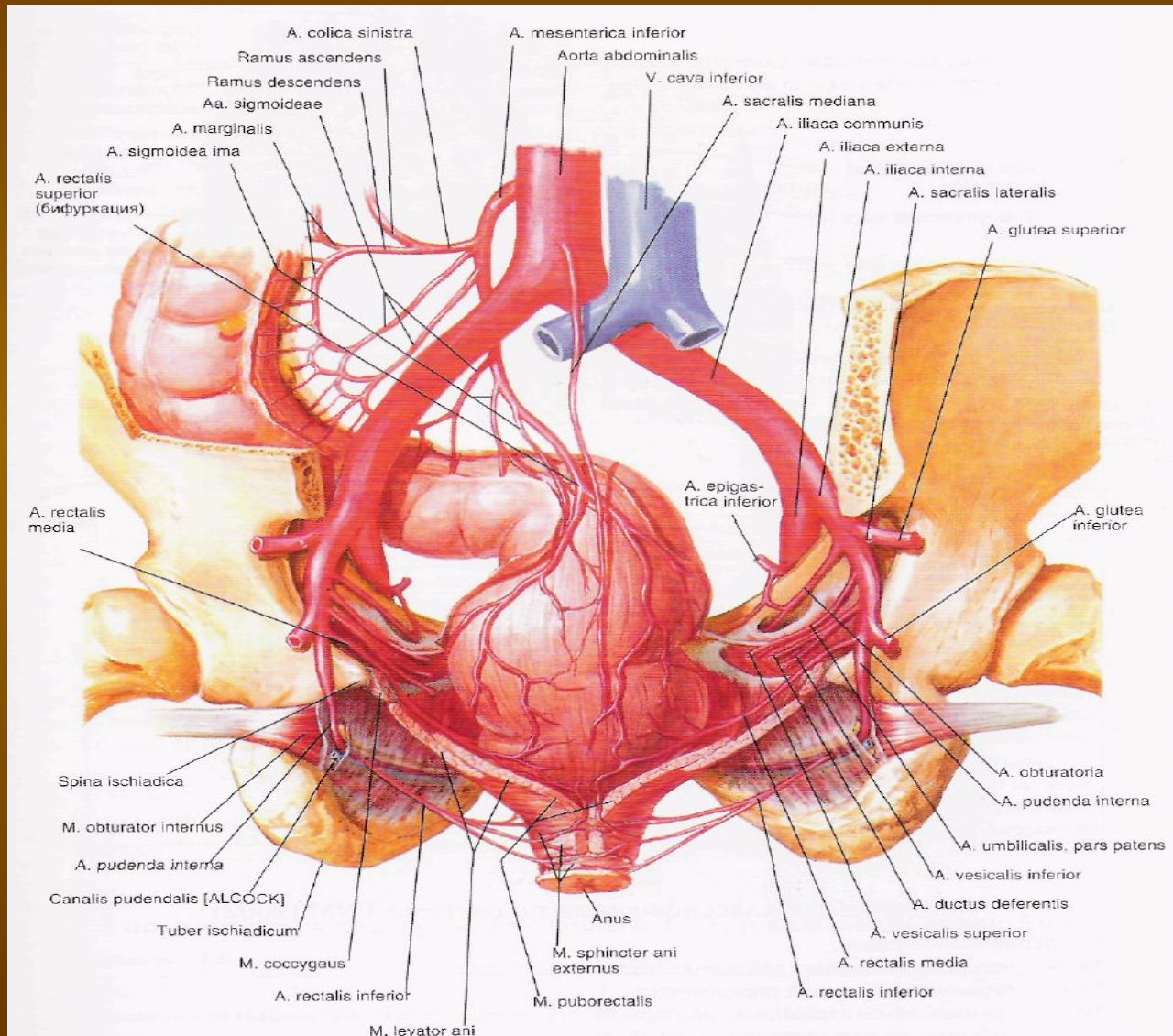


- Пряма кишка:
 - 1 - серозна оболонка (очеревина);
 - 2 - ампула прямої кишки;
 - 3 - задньопрохідний канал;
 - 4 – внутрішній сфінктер заднього проходу;
 - 5 - зовнішній сфінктер заднього проходу;
 - 6 - задній прохід;
 - 7 - задньопрохідний гребінь;
 - 8 - задньопрохідний стовп;
 - 9 - задньопрохідна пазуха;
 - 10 – м'яз-піднімач ануса;
 - 11 - поперечна складка прямої кишки;
 - 12 - слизова оболонка;
 - 13 - м'язева оболонка.

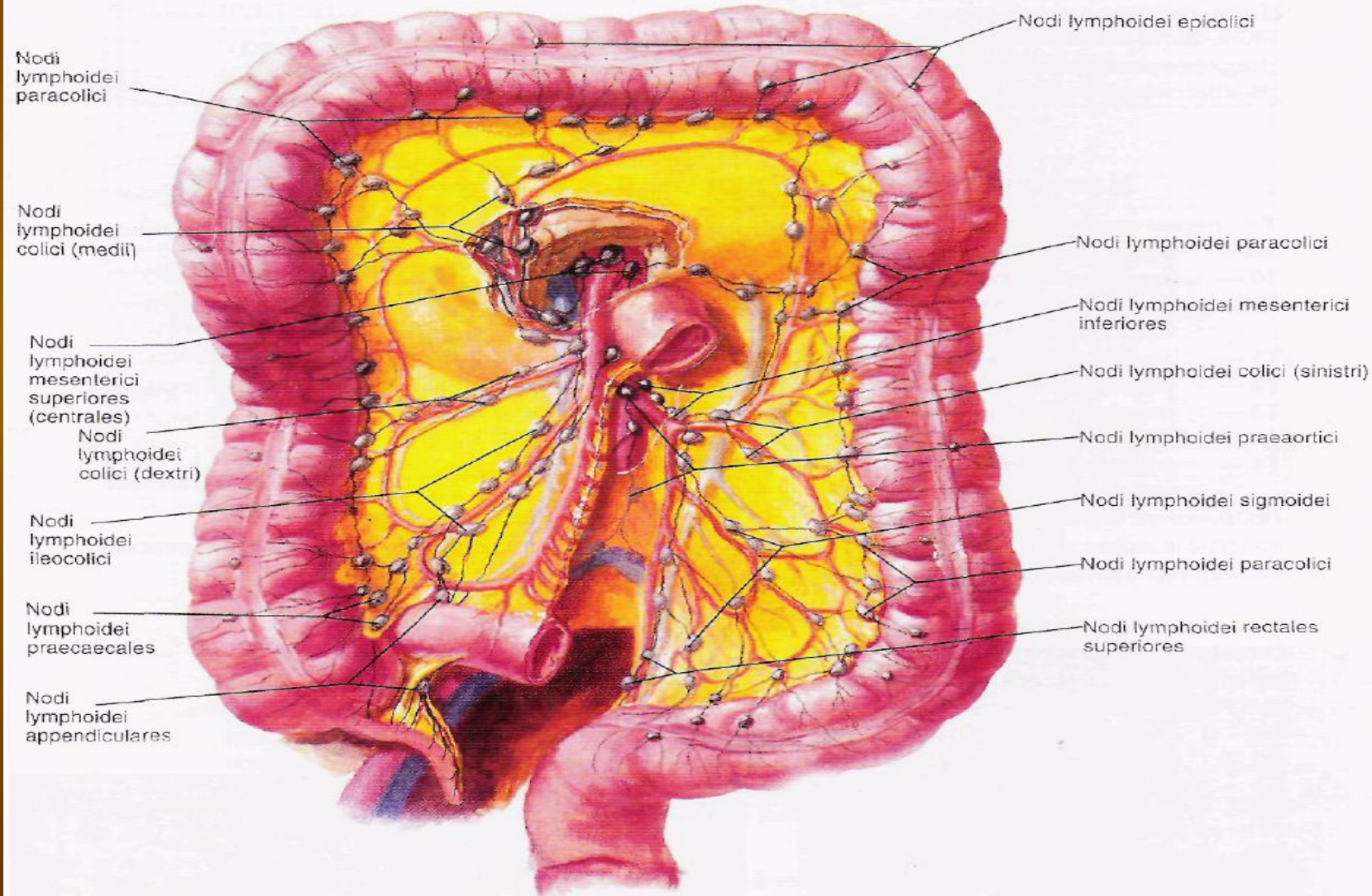
Судини товстої кишки



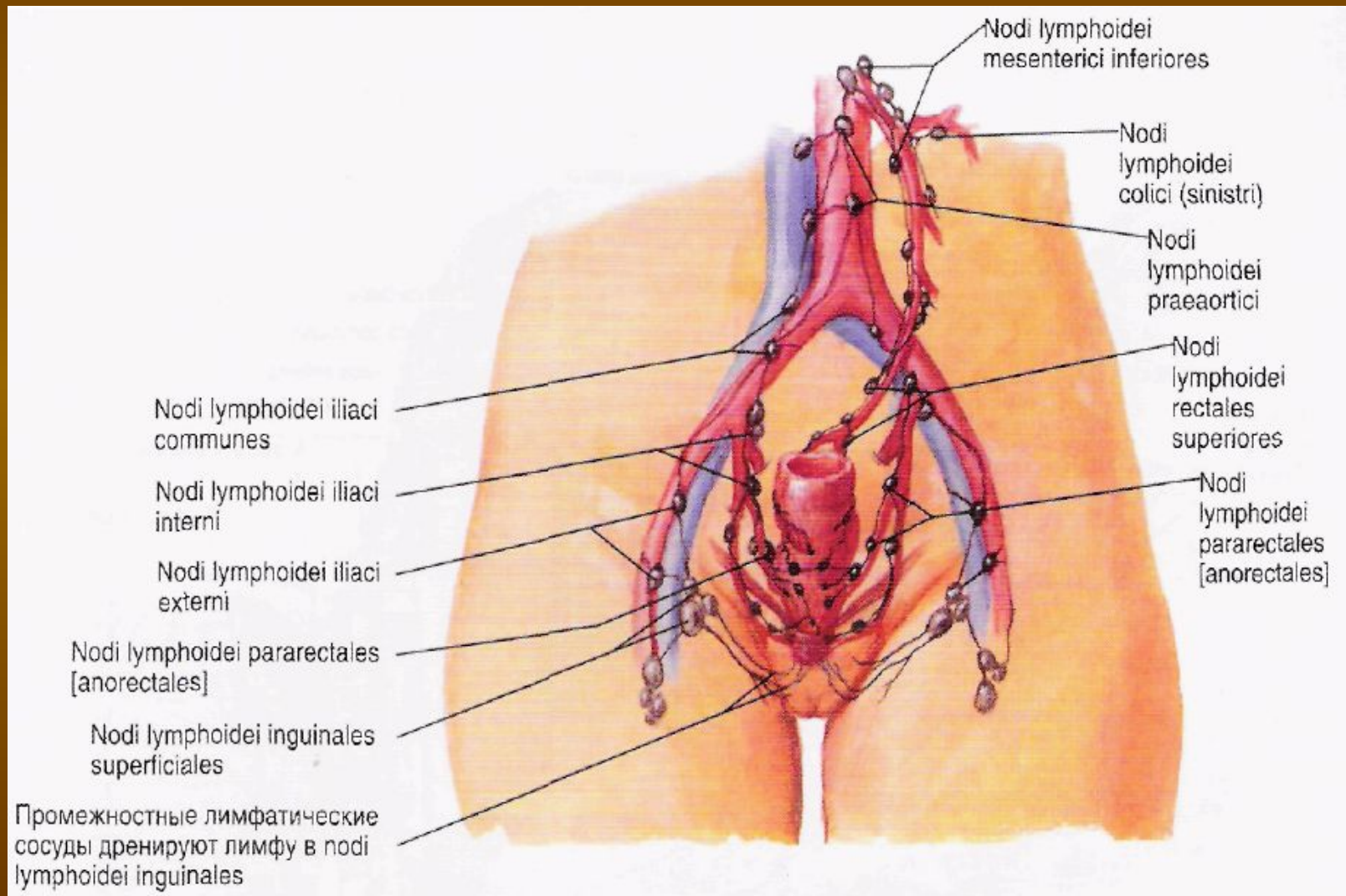
Кровообіг прямої кишки і анального каналу



Регіонарні лімфовузли товстої КИШКИ

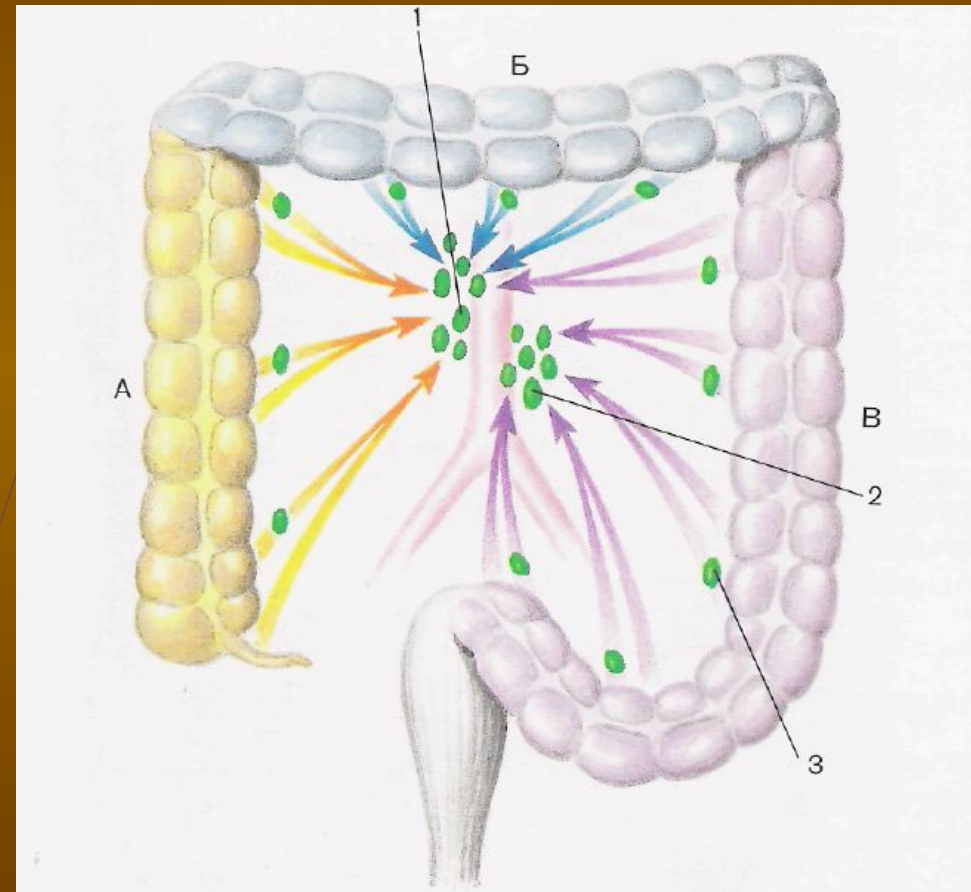


Лімфатичні судини і вузли прямої кишки



Шляхи лімфовідтоку від різних відділів товстої кишки у регіонарні лімфатичні вузли (схема)

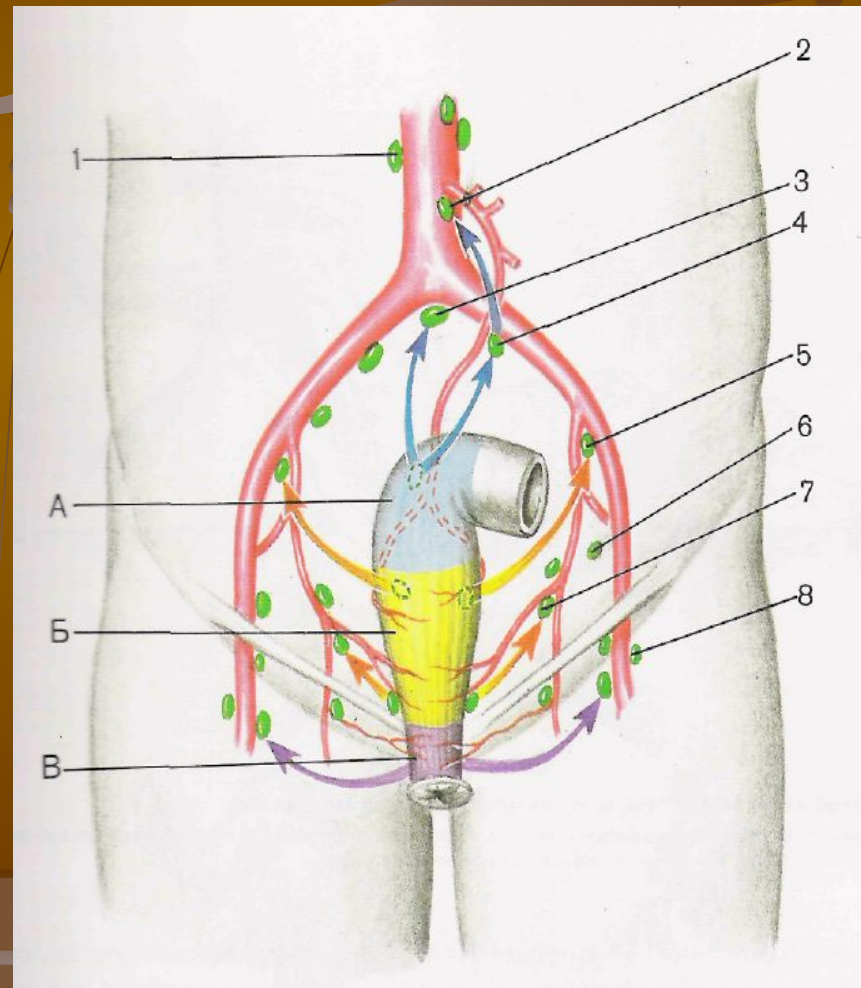
- А — від сліпої і висхідної кишки (жовтий колір):
 - Б — від поперечно ободової кишки (синій колір):
 - В — від нисхідної і сигмовидної кишки (фіолетовий колір);
- 1 — верхні брижові лімфатичні вузли;
 - 2 — нижні брижові лімфатичні вузли;
 - 3 — навколоободові лімфатичні вузли.



Шляхи лімфовідтоку від різних ділянок прямої кишки

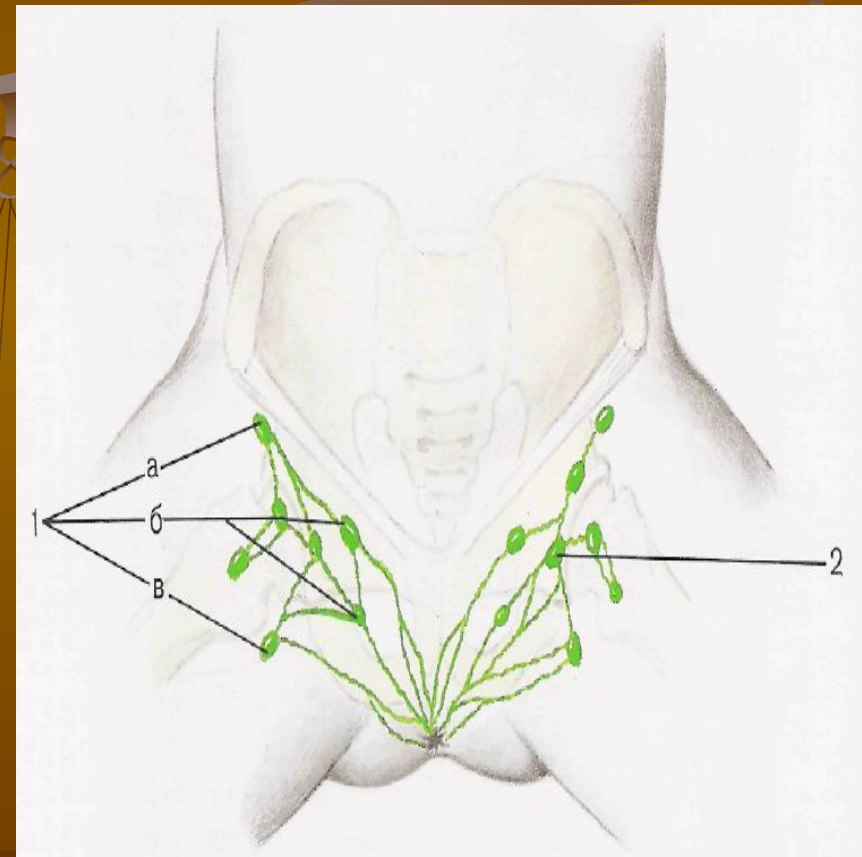
- **А** — верхня третина — ректосигмоїдальний кут (голубий колір);
- **Б** - середня третина (жовтий колір);
- **В** - нижня третина — промежинний і анальний відділи (синій колір).

- 1 - парааортальні лімфовузли;
- 2 - нижні брижові лімфовузли;
- 3 - підаортальні лімфовузли (у біфуркації аорти);
- 4 - загальні здухвинні лімфовузли;
- 5 - вузол біфуркації загальної клубової артерії;
- 6 – зовнішні клубові лімфовузли;
- 7 - внутрішні клубові лімфовузли;
- 8 - пахові лімфовузли.

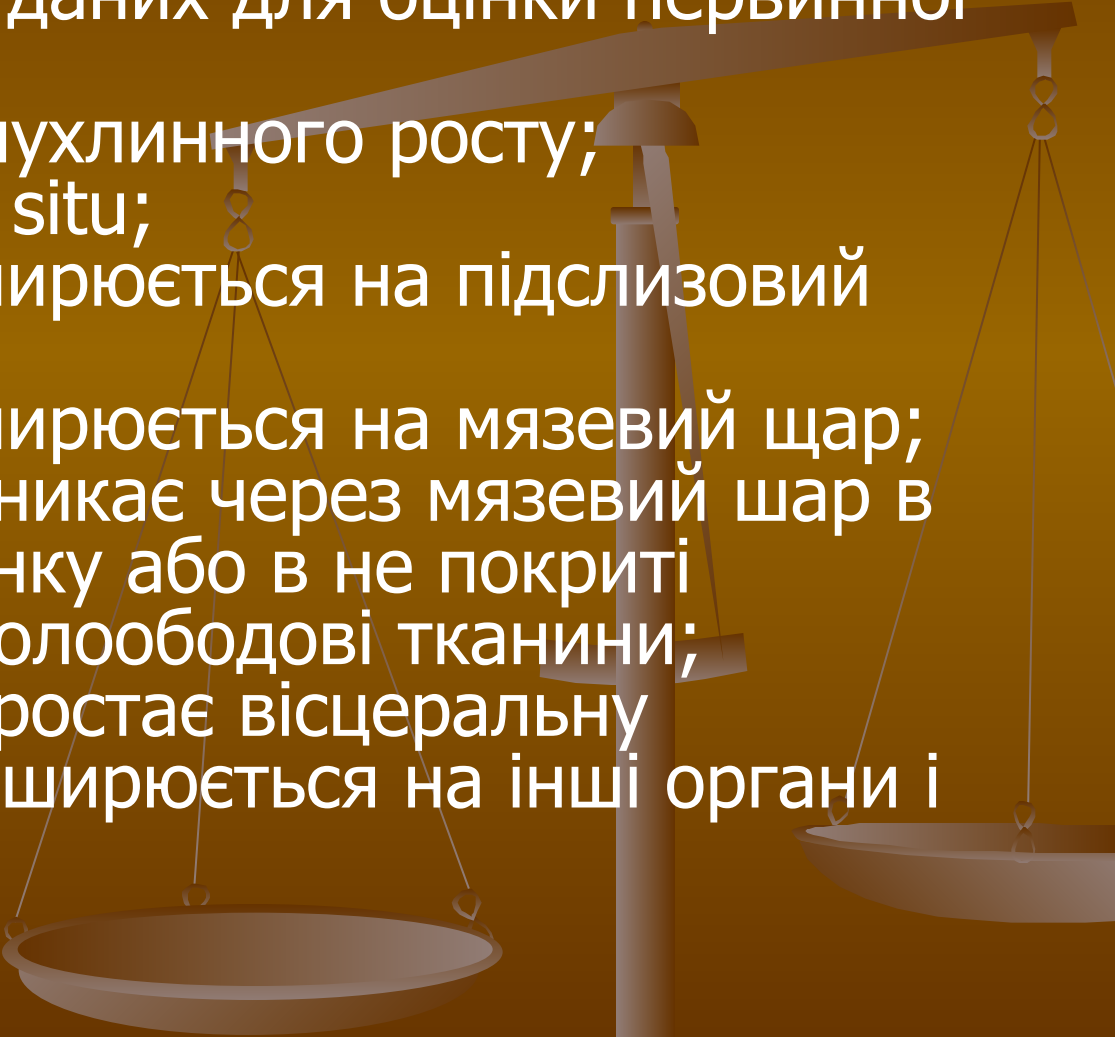


Шляхи лімфовідтоку від анального відділу прямої кишки

- **1 - пахові поверхневі лімфатичні вузли:**
 - а) - верхні латеральні;
 - б) - верхні медіальні;
 - в) - нижні латеральні;
- **2 - пахові глибокі лімфатичні вузли**



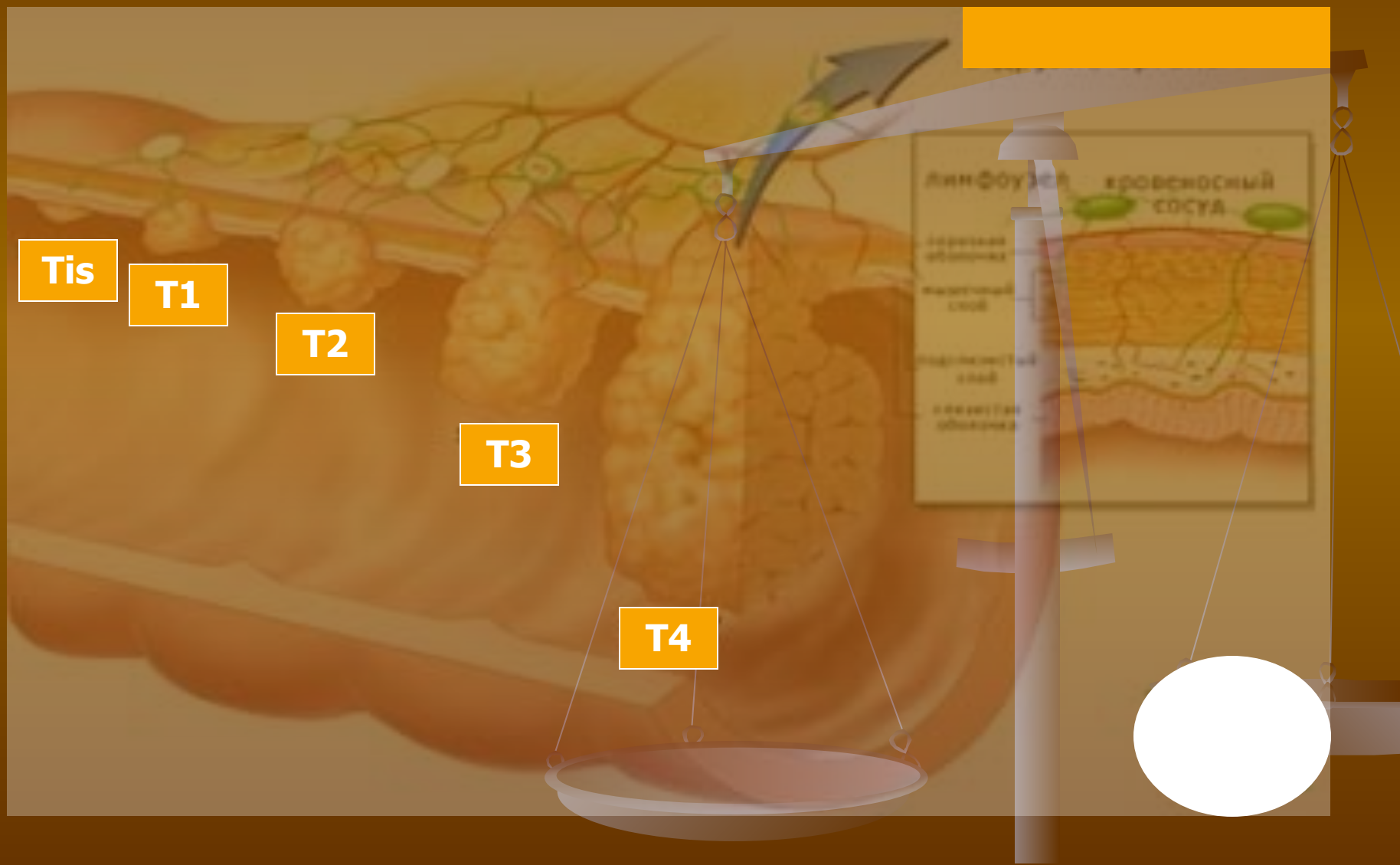
Класифікація раку товстої кишки по TNM

- *T – первинна пухлина:*
 - Tx – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
 - T0 – нема ознак пухлинного росту;
 - Tis – carcinoma in situ;
 - T1 – пухлина поширюється на підслизовий шар;
 - T2 – пухлина поширюється на мязевий шар;
 - T3 – пухлина проникає через мязевий шар в підсерозну оболонку або в не покриті очервиною навколоободові тканини;
 - T4 – пухлина проростає вісцеральну очервину або поширюється на інші органи і тканини.
- 

Класифікація раку товстої кишки по TNM

- ***N – регіонарні лімфатичні вузли*** (периколічні, вздовж клубово – ободової, правої, середньої і лівої товстокишкових артерій, сигмовидної і нижньої мезентеріальної артерій):
 - Nx – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
 - N0 – метастази в регіонарні лімфовузли відсутні;
 - N1 – метастази в 1–3 регіонарних лімфовузлах;
 - N2 – метастази в 4 і більше регіонарних лімфовузлах;
- ***M – віддалені метастази:***
 - Mx – наявність віддалених метастазів не може бути оцінена;
 - M0 – віддалені метастази відсутні;
 - M1 – є віддалені метастази.

Класифікація TNM раку товстої кишки

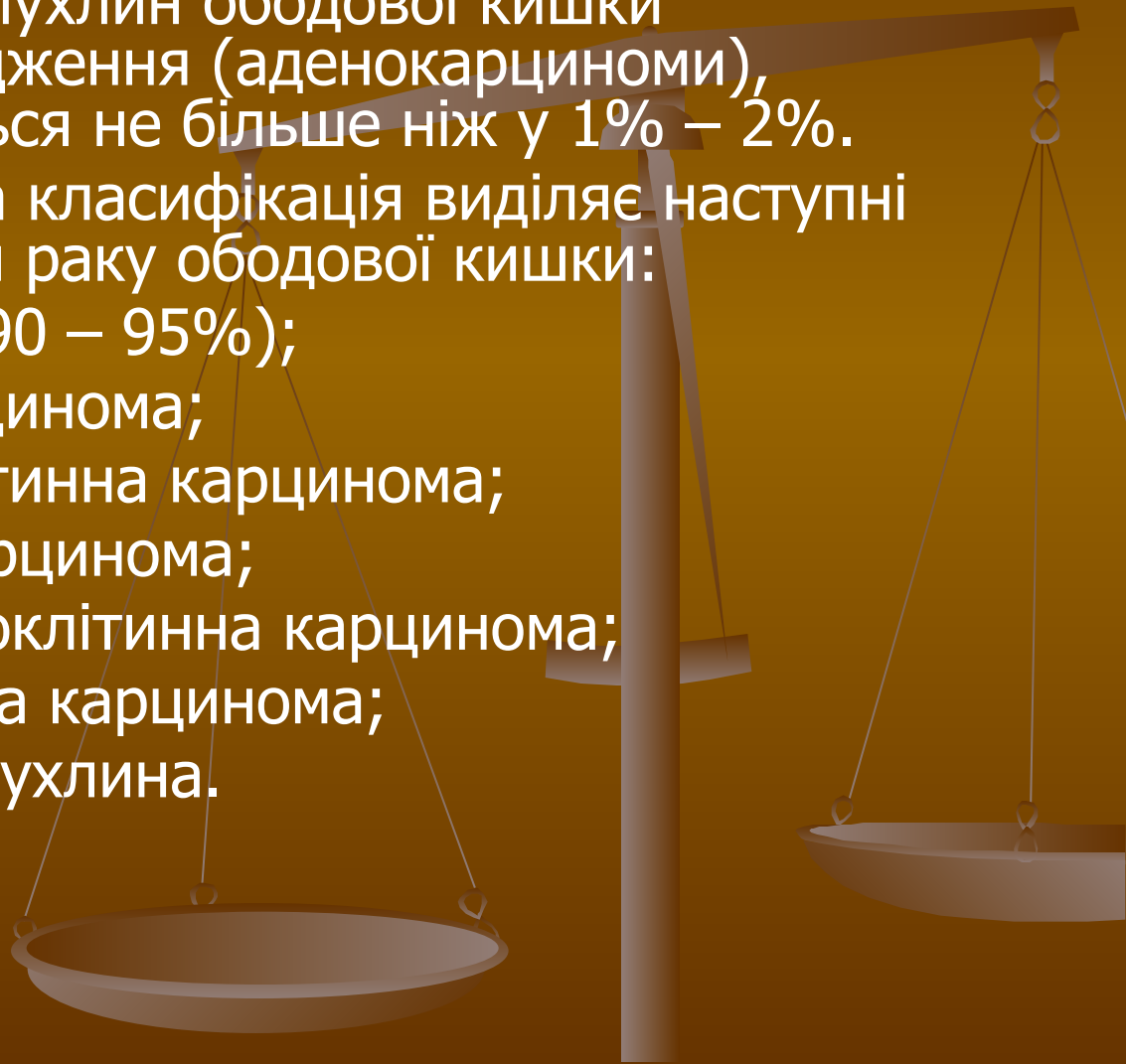


Постадійна класифікація

Стадія	TNM	За Дюксом	За Астле ром- Колером	Пятирічне виживання, %
0	TisN0M0	-	-	100
I	T1N0M0	A	A	95
	T2N0M0	A	B1	90
IIA	T3N0M0	B	B2	80
IIB	T4N0M0	B	B3	75
IIIA	T1-2N1M0	C	C1	79
IIIB	T3-4N1M0	C	C2/C3	56
IIIC	T1-4N2M0	C	C1/C2/C3	50
IV	T1-4N0-2M1	-	D	5

Гістологічна класифікація пухлин товстої кишки

- 95-98% злоякісних пухлин ободової кишки епітеліоїдного походження (аденокарциноми), саркоми зустрічаються не більше ніж у 1% – 2%.
- Сучасна гістологічна класифікація виділяє наступні морфологічні форми раку ободової кишки:
 - аденокарцинома (90 – 95%);
 - слизова аденокарцинома;
 - персневидно – клітинна карцинома;
 - плоскоклітинна карцинома;
 - залозисто – плоскоклітинна карцинома;
 - недиференційована карцинома;
 - некласифікована пухлина.

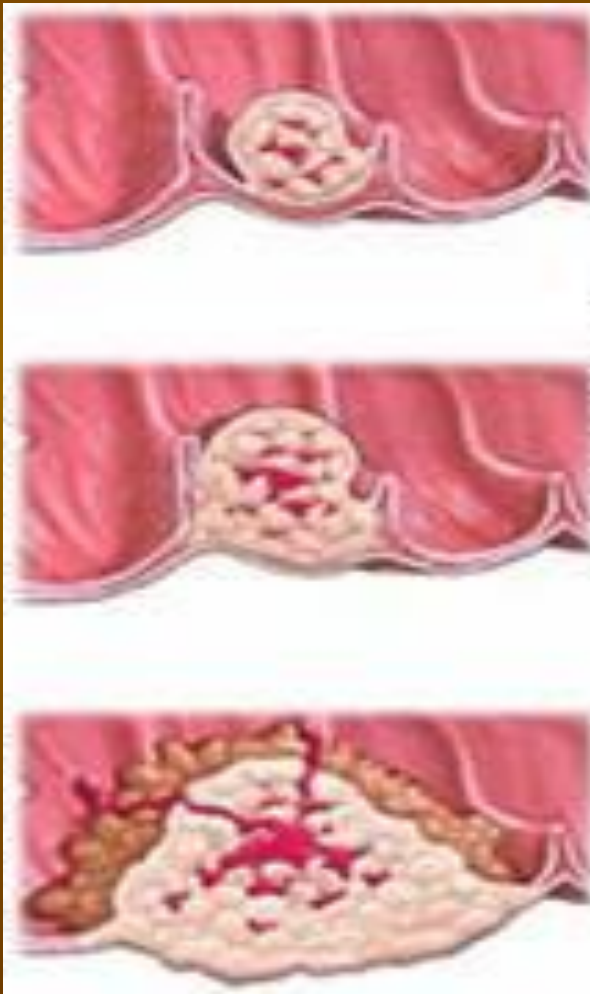


Форми росту раку товстої кишки – екзофітний рак.



- **Екзофітний рак** росте у просвіт кишки, підвищується над рівнем слизової у виді різних по зовнішньому вигляду утворень, рак має декілька різновидностей:
- а) **поліпоподібна пухлина** – розміщена на одній із стінок кишки у виді одного або декількох крупних малігнізованих поліпів, верхівка і тіло поліпу часто звиразковані, а слизова у основі залишається нормальною;
- б) **вузлова форма (1)** – пухлина розміщена на одній із стінок, виступає в просвіт кишки, поверхня пухлини часто звиразкована, при рості пухлини утворюється кратероподібна виразка;
- в) **ворсинчасто-папілярна (2) пухлина** – на широкій або вузькій ніжці, частіше пухлина має широку основу, яка чітко відмежована від слизової оболонки нормальної будови. Як правило, пухлина не поширюється по всій окружності і тому до повної кишкової непрохідності призводить рідко.

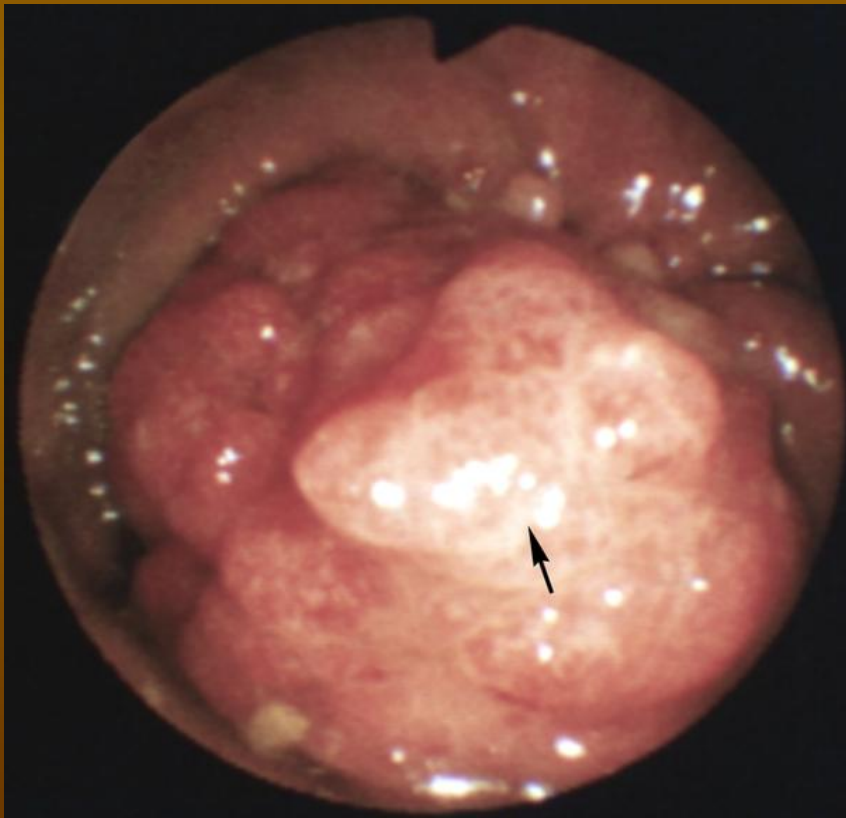
Форми росту раку товстої кишки – ендофітний рак.



- **Ендофітний рак** росте в товщі стінки кишки, поширюючись у поперечному напрямі. Стінки кишки потовщуються, просвіт звужується, що призводить до кишкової непрохідності.
- Розрізняють два різновидності ендофітного раку:
- а) **виразкова форма** – слизова оболонка швидко втягується в процес, цілісність її порушується, утворюється виразкова поверхня; стінка кишки потовщується і ущільнюється; інфільтрація циркулярно охоплює кишкову стінку; виразка звичайно плоска у виді «блюдця» або «ніші» з потовщеними, валикоподібними краями;
- б) **інфільтративна форма** – пухлина поширюється у підслизовому і мязевому шарі, потім інфільтрується і руйнується слизова оболонка.
- Пізніше в процес втягуються усі оболонки кишкової стінки з циркулярним звуженням просвіту кишки.

Форми росту раку товстої кишки

- Поліпоподібний рак
- Ендофітний (інфільтративний) рак.

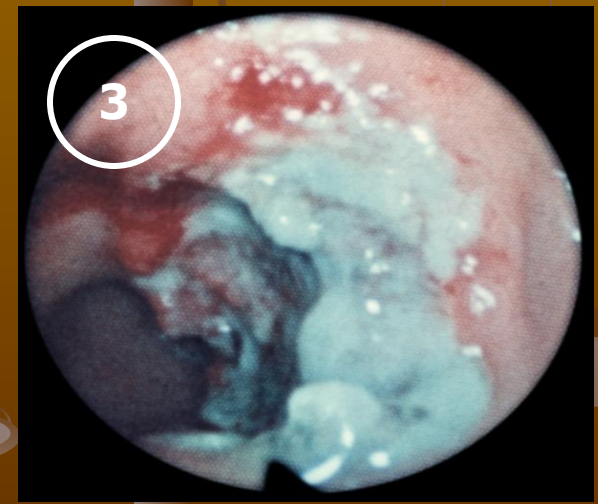


Форми росту раку прямої кишки.

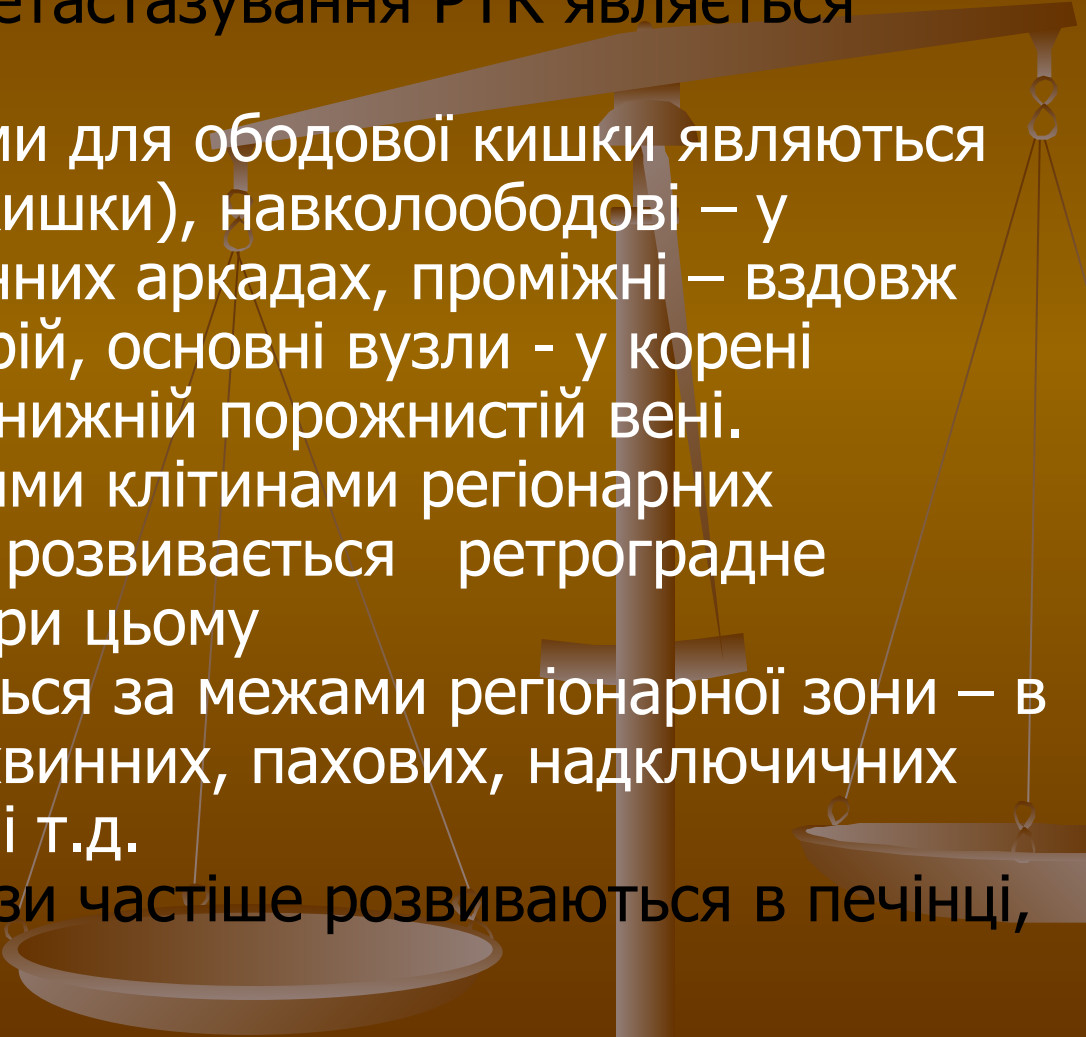
1 - екзофітна - пухлина, росте у просвіт кишки (32,5%), частіше зустрічається в ампулярному відділі прямої кишки.

2 – блюдцеподібна (перехідна) - пухлина овальної форми з припіднятими краями і плоским дном (49,5%).

3 - ендофітна - пухлина, інфільтрує стінку кишки, не має чітких меж (21,6%), частіше уражає супраампулярний відділ кишки.



Метастазування раку товстої кишки

- Основним шляхом метастазування РТК являється лімфогенний.
 - Регіонарними вузлами для ободової кишки являються надободові (у края кишки), навколоободові – у периферичних судинних аркадах, проміжні – вздовж гілок ободових артерій, основні вузли - у корені брижейки кишки і у нижній порожнистій вені.
 - При блокаді пухлиними клітинами регіонарних лімфатичних вузлів розвивається ретроградне поширення лімфи, при цьому метастази виявляються за межами регіонарної зони – в заочеревинних, здухвинних, пахових, надключичних лімфатичних вузлах і т.д.
 - Гематогенні метастази частіше розвиваються в печінці, легенях, кістках.
- 

Метастазування раку прямої кишки

- Рак прямої кишки активно метастазує лімфогенним і гематогенним шляхом.
- Регіонарні лімфогенні метастази при аденокарциномі виявляється у 50% хворих, при слизовому раці – у 70%, при недиференційованих пухлинах – у 82%.
- Пухлини розташовані нижче 5-6 см. від заднього проходу метастазують по ходу середніх і нижніх прямокишкових судин в лімфовузли по задній поверхні прямої кишки, крижові і гіпогастральні лімфовузли; в окремих випадках рак нижньоампулярного відділу можуть метастазувати уверх, по ходу верхньої прямокишкової артерії;
- Пухлини, розміщені вище 5-6см. від ануса метастазують по ходу верхньої прямокишкової і нижньої мезентеріальної артерій - в парааортальні лімфоузли.
- Гематогенні метастази раку прямої кишки частіше розвиваються в печінці і легенях.

Клініка раннього раку товстої кишки

- Клінічні прояви РТК різноманітні і залежать від локалізації, ступеня поширеності і форми росту пухлини.
- На ранніх стадіях рак товстої кишки протікає безсимптомно, без будь-яких специфічних проявів і може супроводжуватися лише незначними неперіодичними кровотечами, унаслідок виразкування або травматизації поверхні пухлини.
- Така пухлина може бути виявлена тільки при ціленаправленому ендоскопічному обстеженні.
- Будь-які лабораторні методи доклінічної діагностики і/або визначення пухлинних маркерів, які можна було б використати для діагностики раннього раку товстої кишки на сьогоднішній день не розроблені.

Клініка поширеного раку товстої кишки: кров у калі, анемія

- Симптоми захворювання у більшості випадків з'являються в стадії місцево-поширеного пухлинного процесу, тоді ростуча пухлина призводить до порушення прохідності кишки, або поширюється на прилеглі органи і тканини.
- **Кров у калі** являється частим симптомом раку товстої кишки. В результаті розпаду пухлини і травматизації її поверхні кровотеча з'являється уже в ранніх стадіях і часто буває першим симптомом захворювання.
- Товстокишкова кровотеча проявляється у вигляді домішки крові в калі, **при кровотечах з проксимальних відділів товстої кишки кров темна, із дистальних – пурпурова (алая).**
- При поширеній пухлині **розвивається анемія** внаслідок хронічної кровотечі і розлади кровотворення, обумовлені пригніченням мікрофлори товстої кишки і порушеннями екскреції вітамінів і мікроелементів.

Клініка поширеного раку товстої кишки: кишкова непрохідність, болі, гіпертермія

- В результаті звуження просвіту кишки розвивається клініка **кишкової непрохідності**, спочатку компенсованої, а потім – декомпенсованої: погіршення апетиту; вздуття живота, болі; закрепи, які змінюються проносами (під впливом мікрофлори вище місця звуження розвиваються процеси гнилісного бродіння, що призводить до розрідження калових мас); при повній непрохідності з'являються нудота, блювота, сухість в роті, спрага – ознаки розвитку інтоксикації.
- **Болі**, частіше помірні і непостійні, з'являються при виникненні функціональних ускладнень, ураженні оточуючих органів і розвитку метастазів.
- **Гіпертермія** супроводжує поширений рак товстої кишки у тих випадках, коли у результаті проростання стінки кишки розвивається параколичний інфільтрат або абсцес.

Алгоритм діагностики раку товстої кишки

- Первинна діагностика: виявлення і верифікація раку.

Скринінг:
позитивний
гемокульт-тест

Скарги:
закрепи,
кров у калі,
гіпертермія.



Колоноскопія з біопсією і пальцеве ректальне дослідження



Іригоскопія або віртуальна колоноскопія

- Уточнююча діагностика: поширеність і стадіювання.

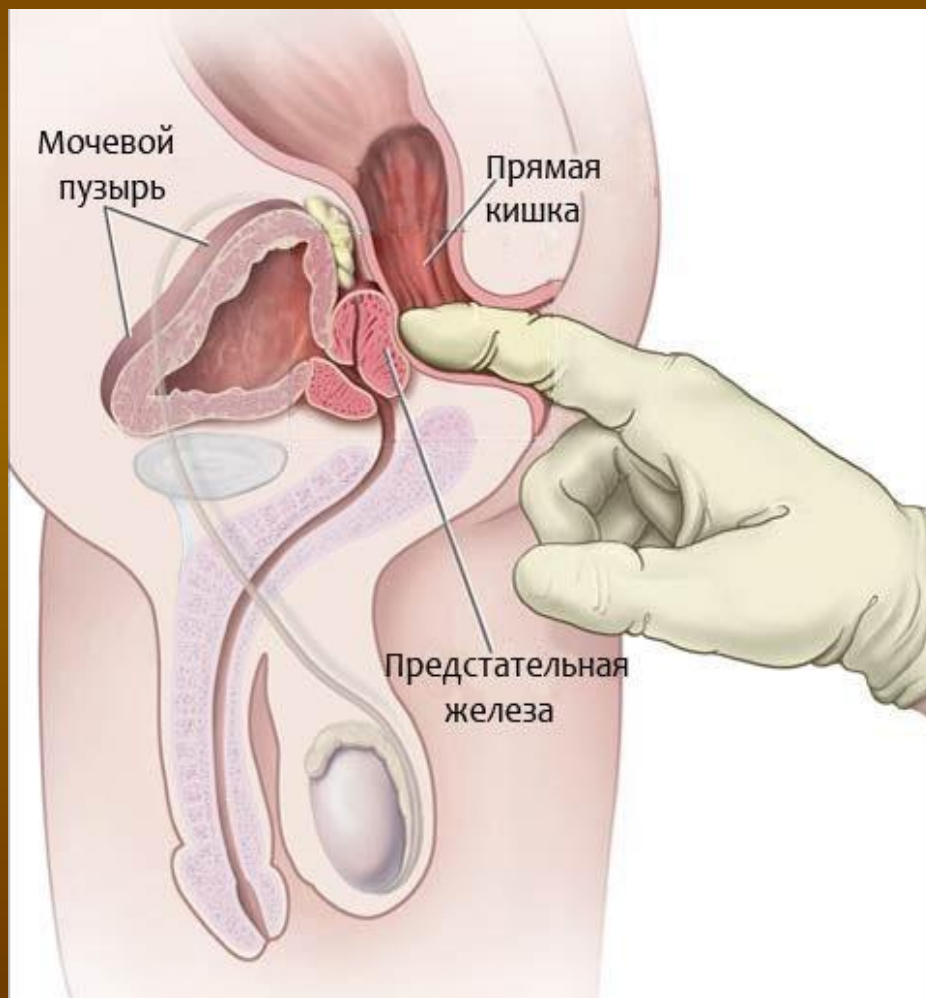
УЗД органів в черевній порожнині

КТ органів в черевній порожнині

Рентгенографія грудної клітини

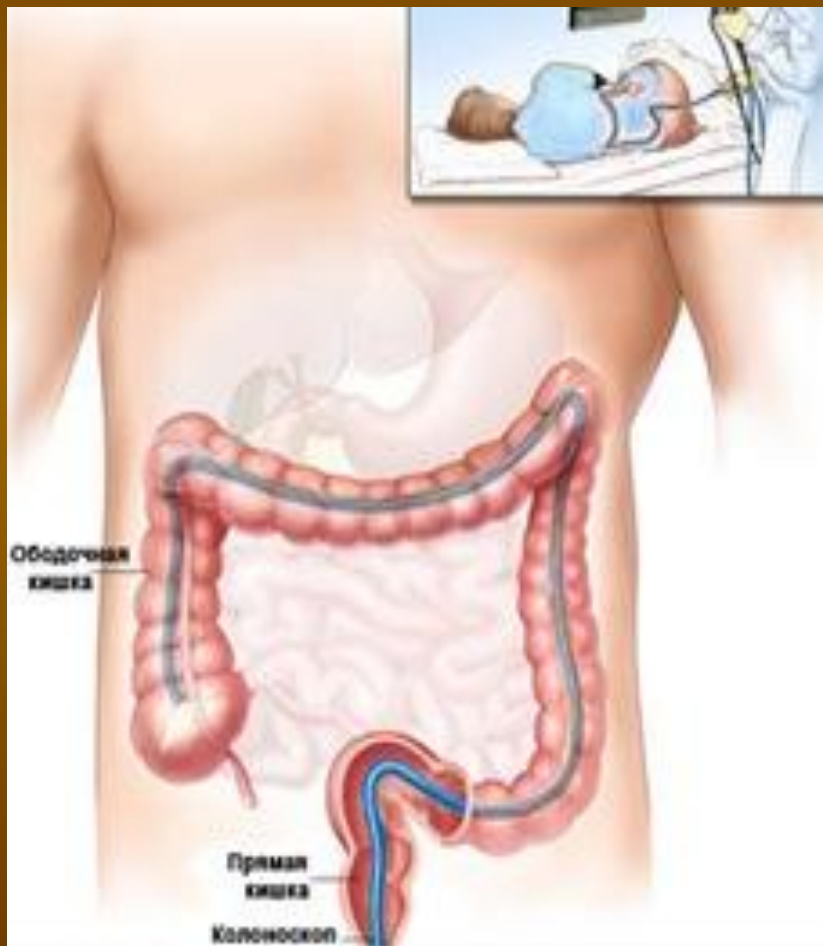
Загальне обстеження

Пальцеве ректальне дослідження – найпростіший метод скринінгу і діагностики раку прямої кишки



В 50–75% випадків достатньо ректального пальцевого дослідження для встановлення діагнозу рак прямої кишки. Дослідження проводиться в положеннях на спині, на животі і при натужуванні, оцінюється рівень і поширеність пухлини по стінці кишки, глибина інвазії, наявність виразок, рухливість. Жінкам одночасно виконується вагінальне обстеження. Пальцеве дослідження передує ректороманоскопії.

Сигмоїдоскопія і колоноскопія в ранній діагностиці раку товстої кишки



При використанні сучасних сигмоїдоскопів довжиною до 60 см вдається виявити 55% аденом і карцином сигмовидної і прямої кишки.

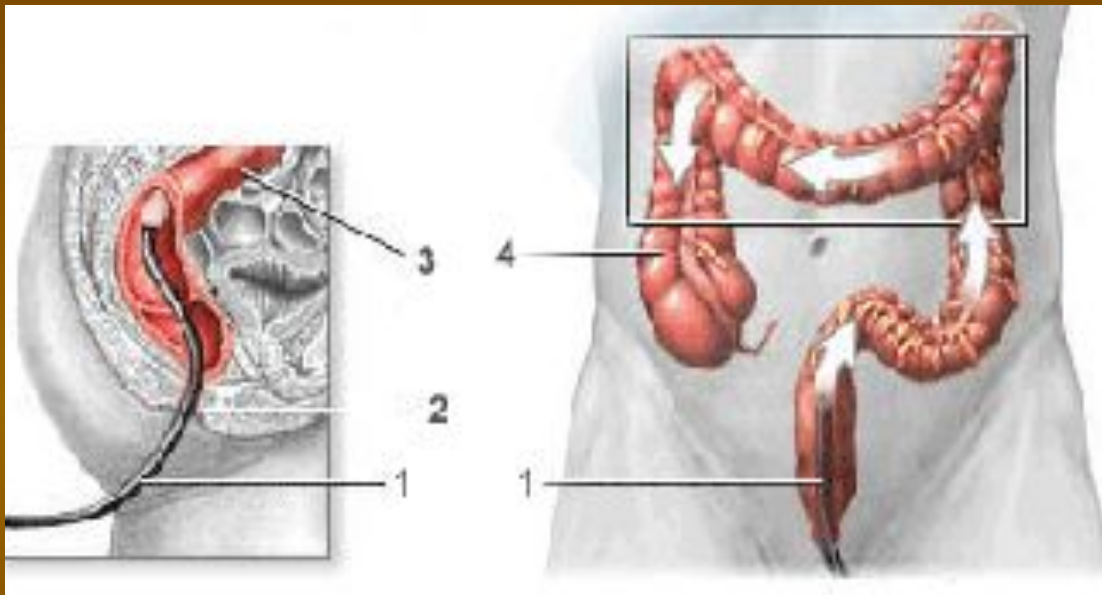
Чутливість методу до 85%, що дозволяє використовувати сигмоїдоскопію як метод скринінгу, з допомогою якого вдається виявити одну карциному на 450 досліджень.

При цьому близько 80% пухлин виявляються на ранніх стадіях, що дозволяє досягти 5-річного виживання близько 90%.

Щорічна колоноскопія дозволяє знизити смертність від колоректального раку на 25 – 33%.

Згідно рекомендацій Американської асоціації лікарів сигмоїдоскопія повинна проводитися кожні 3–5 років, починаючи з 50-річного віку у осіб, які не мають скарг дисфункцію кишечника.

Відеоколоноскопія – сучасний метод діагностики раку товстої кишки



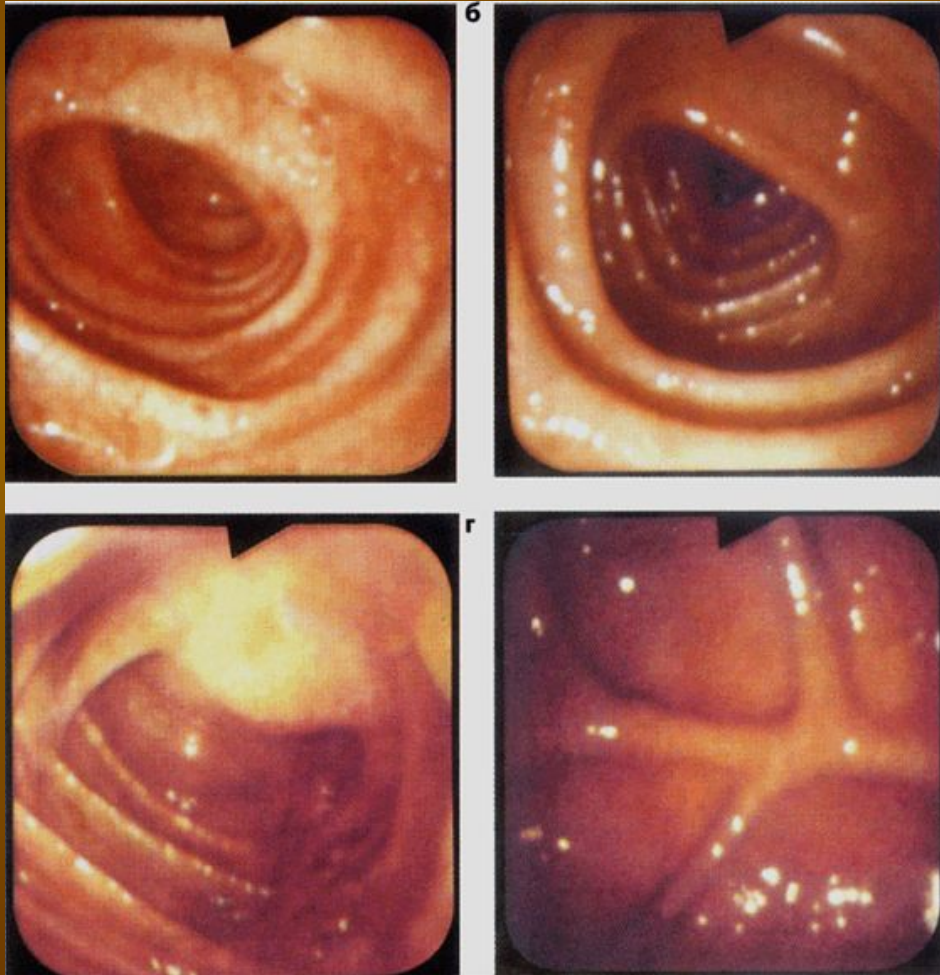
Ендоскопічне обстеження являється найбільш інформативним методом діагностики пухлин товстої кишки і дозволяє виконати:

- візуальну оцінку локалізації і поширеності пухлини;
- прицільну біопсію пухлини;
- візуалізацію і видалення аденом, не виявлених рентгенологічно.

Колоноскопія обов'язкова при наявності крові в калі, особливо при супутньому кровоточивому геморої.

При неможливості колоноскопії (анатомічні особливості, болі, відмова хворого і т.д.), - необхідна іригоскопія.

Фіброколоноскопія



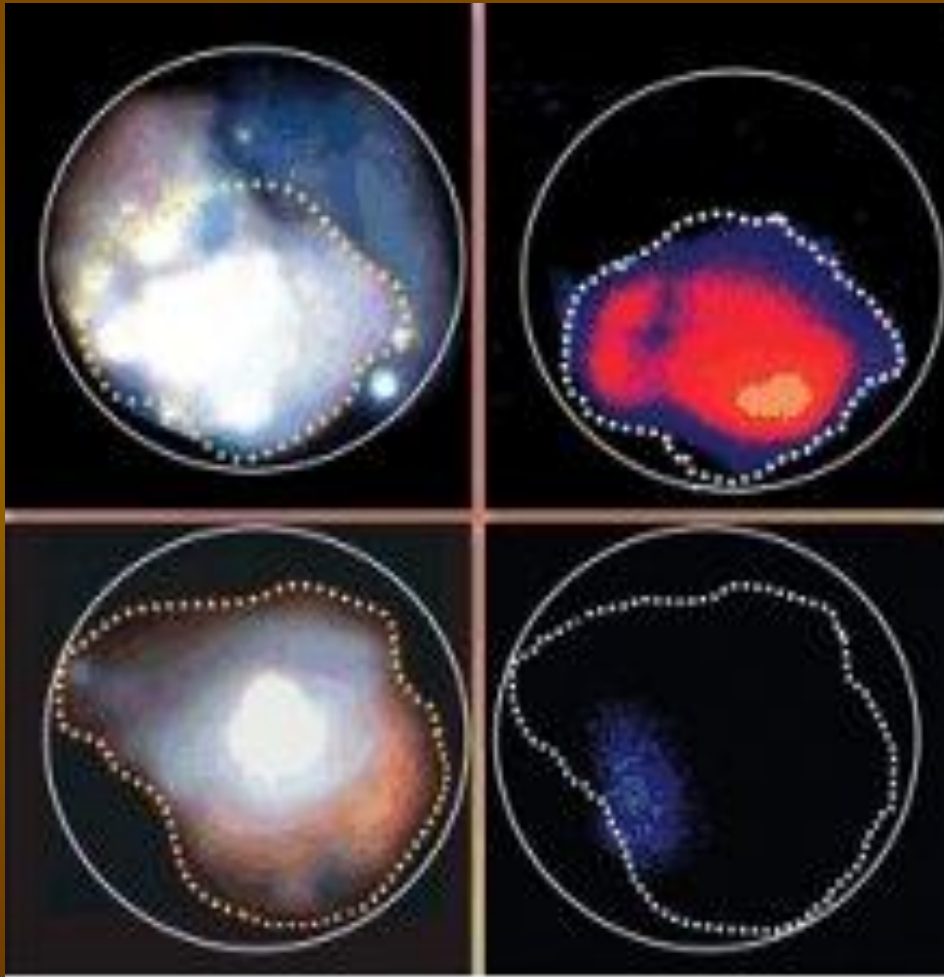
- **Нормальна ендоскопічна картина слизової оболонки товстої кишки: а - сигмовидна кишка; б – поперечно-ободова кишка; в - проксимальна частина поперечно-ободової кишки і баугінієва заслінка; г - сліпа кишка (за В.А. Романовим)**

Відеохромоколоноскопія



1 – стандартна колоноскопія; 2 – вузькоспектральна колоноскопія; 3 – забарвлення 0,1% розчином індигокарміну.

Інтроскопія в діагностиці раку товстої кишки



- Перед інтроскопією лікар розпилює в товстій кишці білок, оброблений спеціальною флуоресцентною речовиною. Білок прикріплюється до ракових клітин і залишає добре помітний світлий слід.
- Потім при допомозі мініатюрного мікроскопа CellVisio лікар може легко дослідити ділянки товстої кишки, які світяться, ураженні раком.

Колоноскопія в діагностиці раку товстої кишки

- 1 - нормальна картина;
- 2 - малігнізований поліп;
- 3 – ракова пухлина.



Колоноскопія в діагностиці раку товстої кишки



*Железистый полип
на широком основании*



*Железистый полип
на ножке*



Ворсинчатая опухоль



Озлокачествлённый полип



Рак из ворсинчатой опухоли



Затупленная раковая опухоль

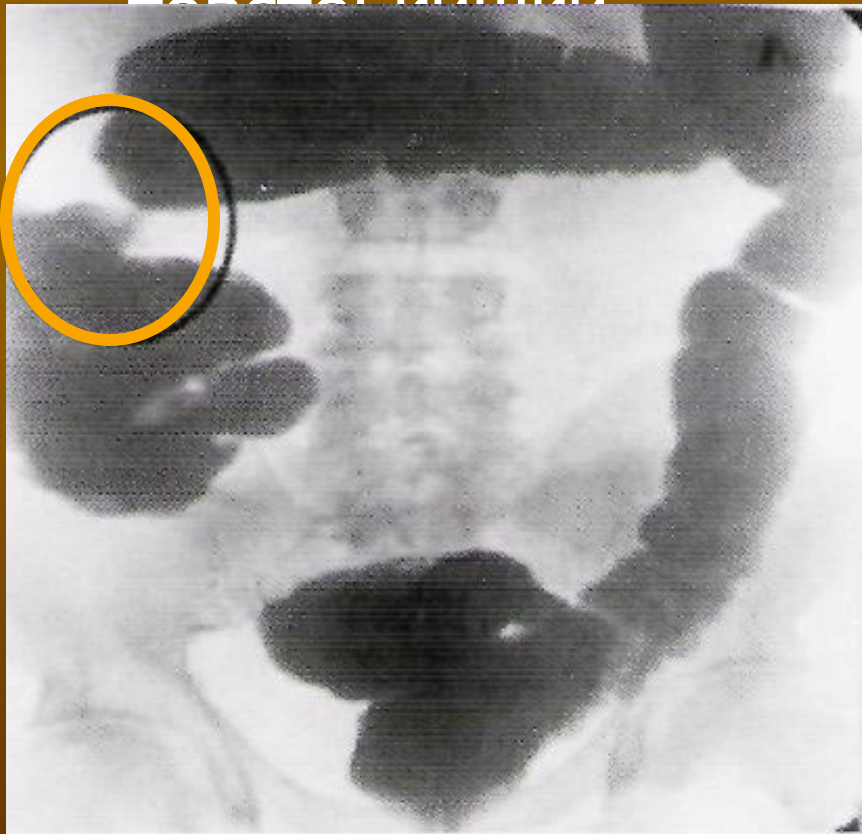
Капсульна відеоендоскопія



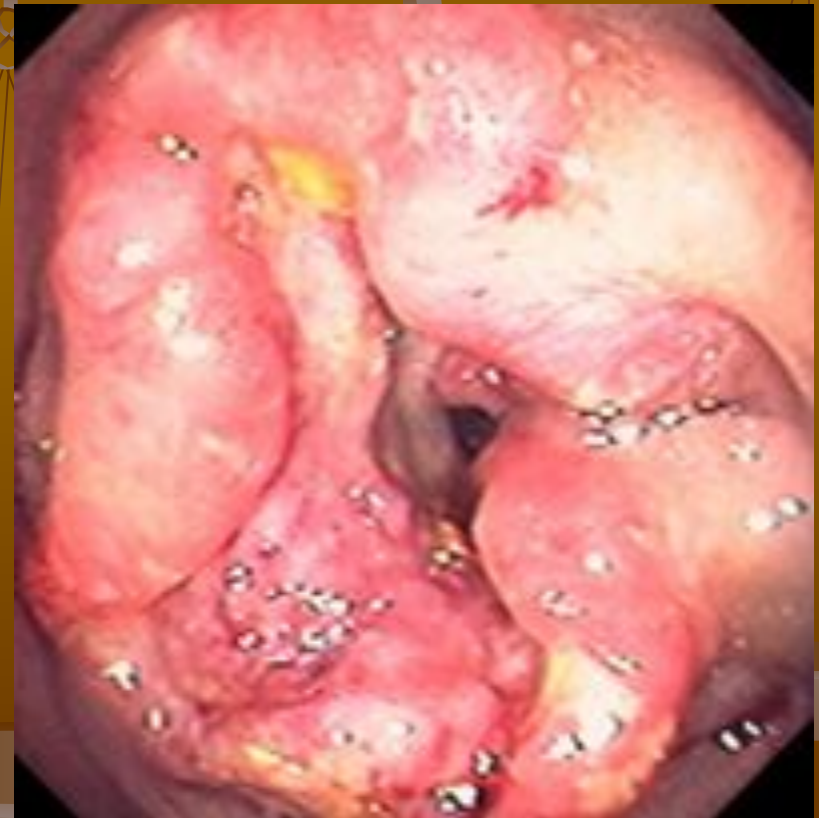
- Методика капсульної ендоскопії полягає в дослідженні ШКТ спеціальною відеокапсулою - пристрій, оснащений цифровою мікровідеокамерою і записуючим блоком.
- Пацієнт приймає капсулу через рот, на протязі 6 годин вона проходить ШКТ і виходить природним шляхом. Отримані дані запису стану стінок ШКТ аналізуються лікарем.
- Основні недоліки відеокапсули впливають з її переваг:
- Автономність - не дозволяє прицільно і детально розглянути виявлене патологічне утворення. Крім того, капсула може повернутися до патологічного вогнища зворотньою стороною і його можна «не помітити»;
- Виключається можливість біопсії і гістологічного підтвердження діагнозу.
- Велика вартість такого обстеження.
- Технології дозволяють запрограмувати капсулу для прицільного уведення ліків у певних ділянках ШКТ.

Іригоскопія

- Іригоскопія – рак печінкового згину товстої кишки

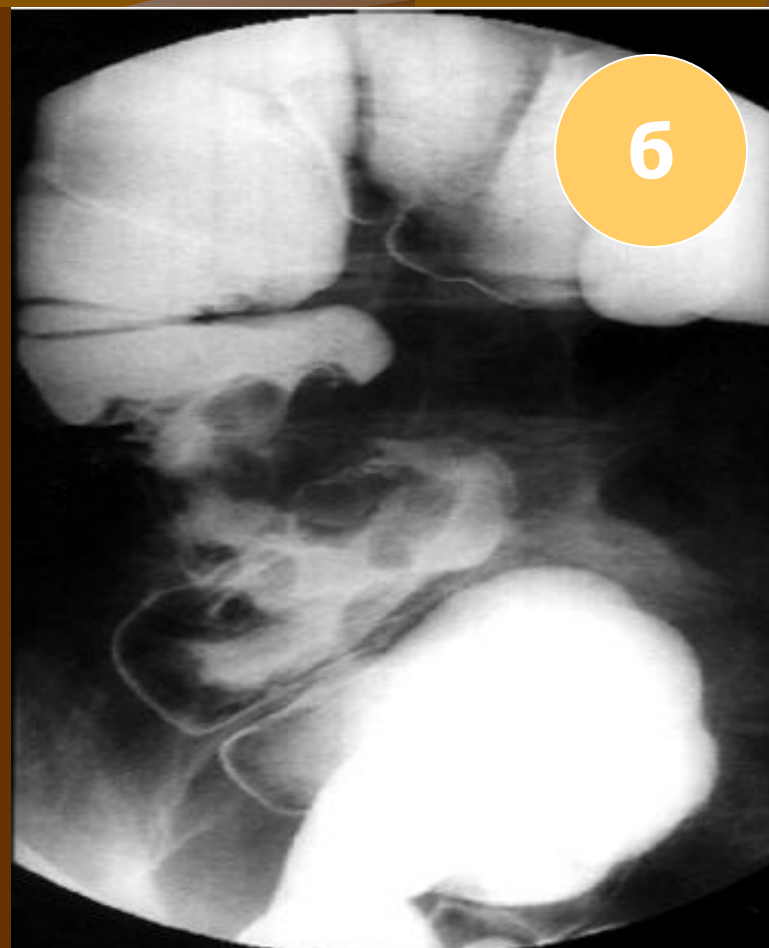
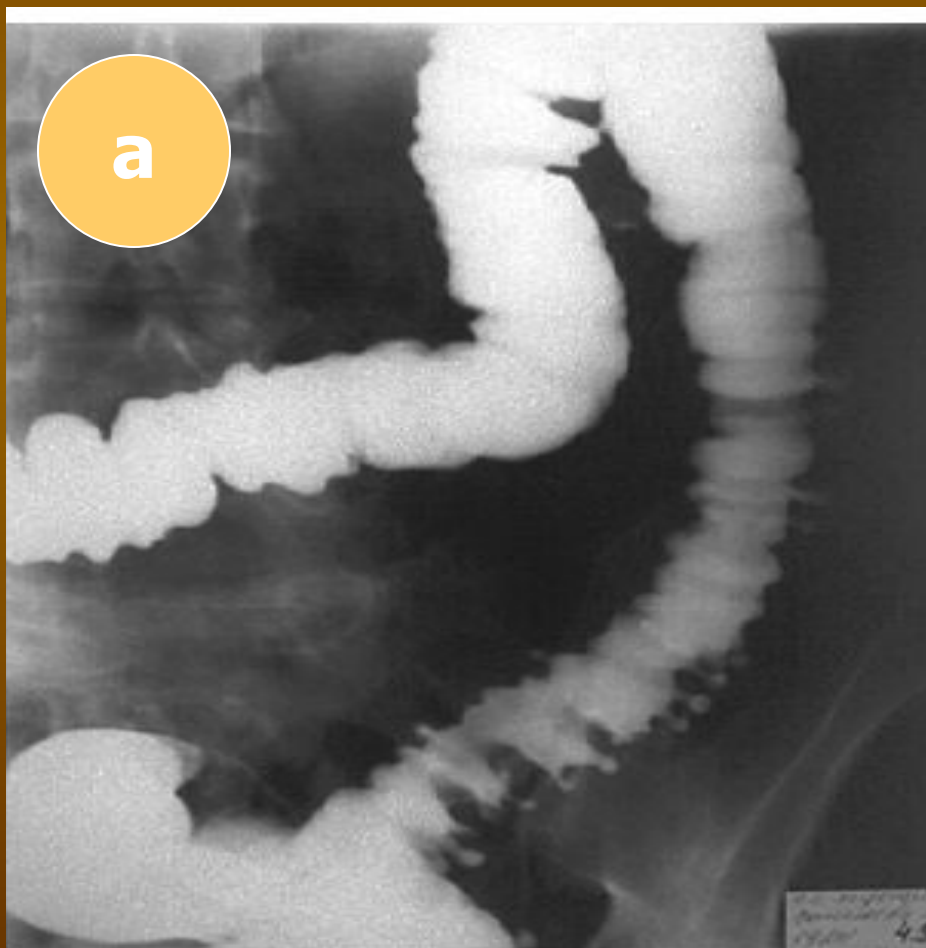


- Рак печінкового згину товстої кишки – ендоскопічна картина



Іригоскопія

- Іригоскопія: а) дивертикульоз товстої кишки (туге наповнення), б — рак висхідної ободової кишки.



Компютерна томографія в діагностиці раку товстої кишки

- Компютерний томограф



- Рак ободової кишки



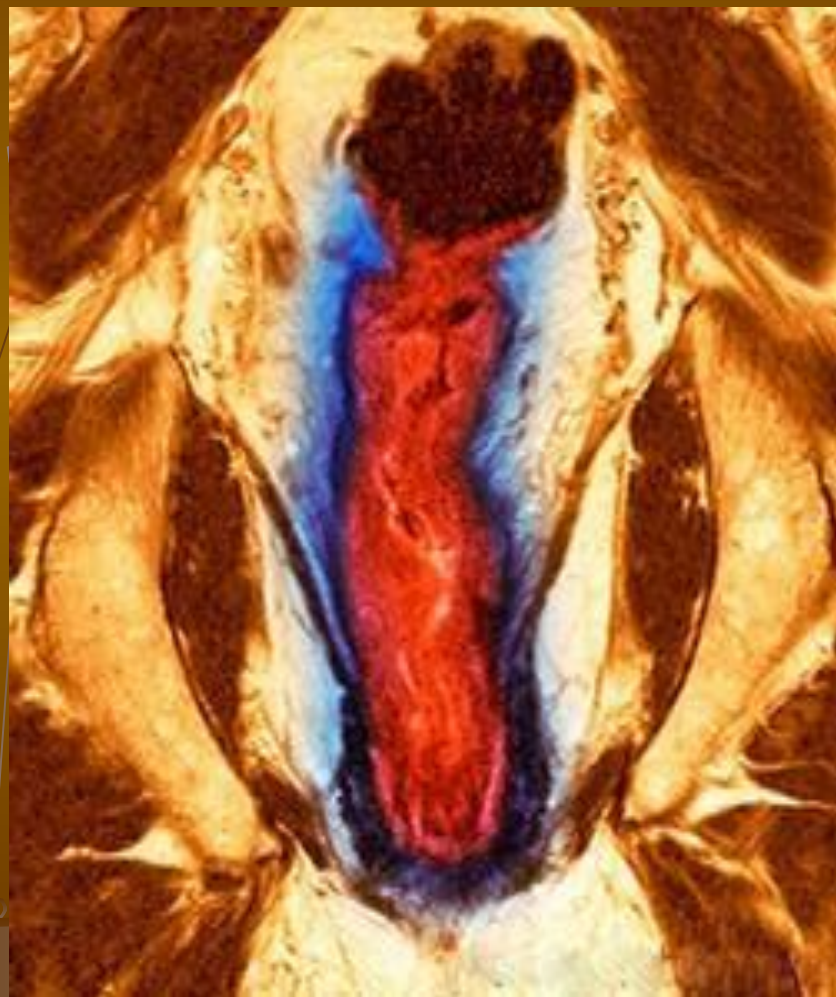
- Рак висхідної кишки



- Рак сліпої кишки

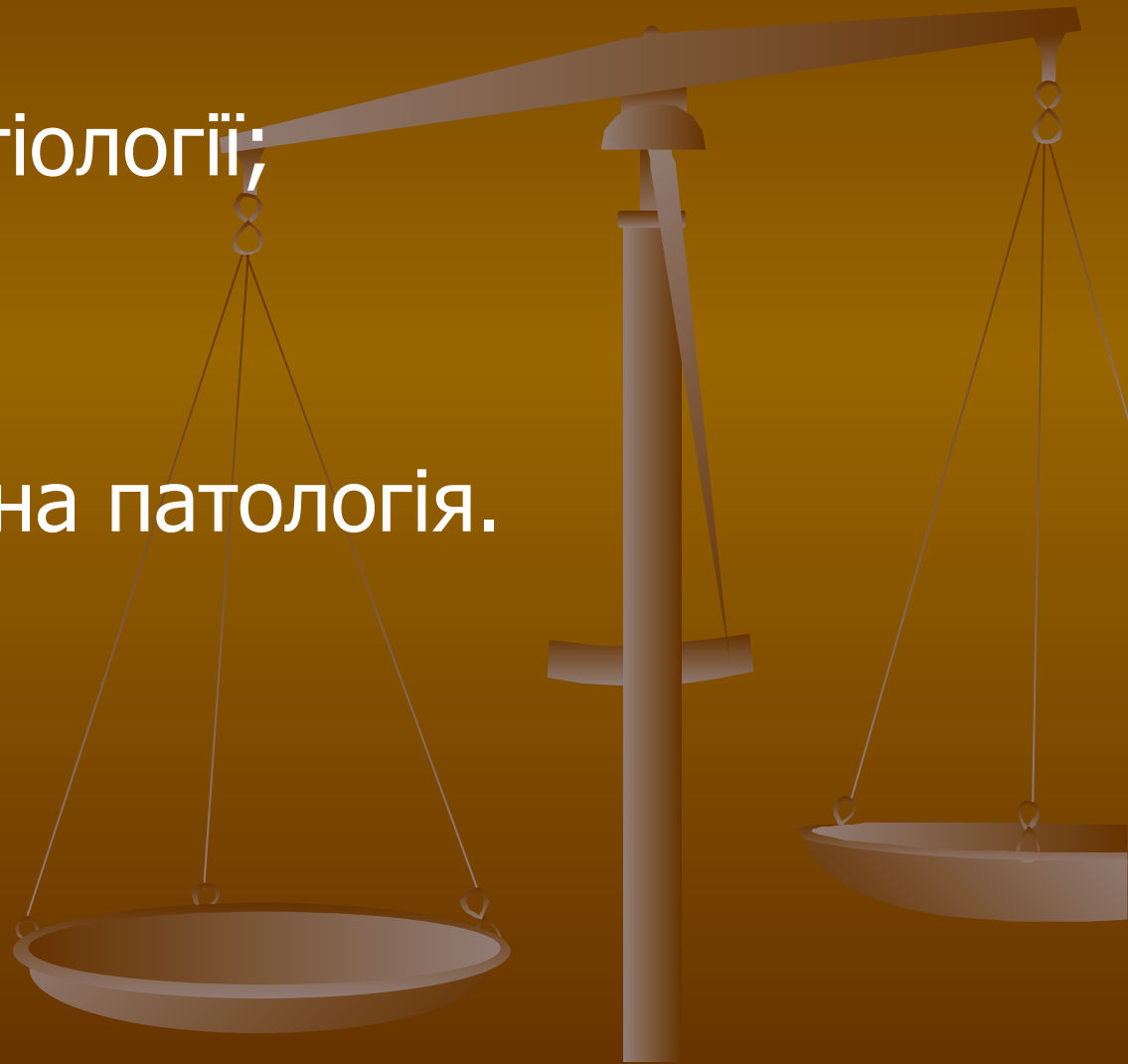


Магнітно-резонансна томографія в діагностиці раку товстої кишки



Диференційна діагностика

- Туберкульоз;
- Коліти різної етіології;
- Геморой;
- Сифіліс;
- Гостра хірургічна патологія.



Правила морфологічного дослідження

Обов'язковому гістологічному дослідженню підлягають:

- первинна пухлина (з визначенням глибини інвазії в оболонки кишкової стінки);
- Краї видаленої кишки (проксимальний і дистальний);
- не менше 12 видалених регіонарних лімфатичних вузлів.
- Необхідно відмітити, що імуногістохімічне дослідження видалених лімфовузлів дозволяє виявити мікрометастази в гістологічно інтактних лімфовузлах у 14 – 16% випадків, хоча прогностичне значення мікрометастазів поки не встановлено.

Стандарти лікування пухлин товстої кишки

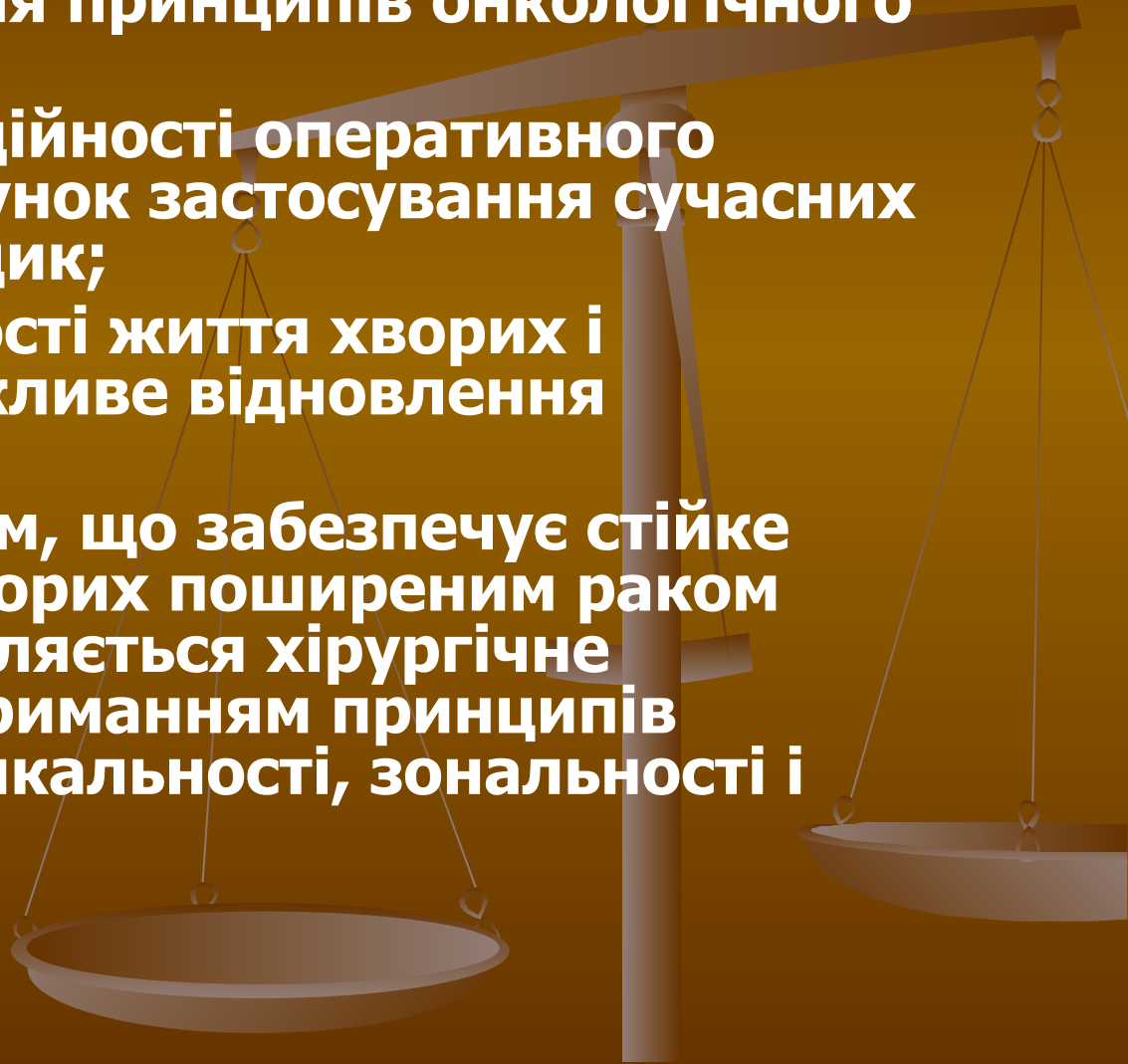
Стадії	Об'єм стандартного Лікування	Стандартні і додаткові операції
0(TisN0M0) I(T1-2N0M0)	1.Хірургічне лікування.	Геміколонектомія, резекція поперечно - ободової або сигмовидної кишки, обструктивна резекція товстої кишки.
II(T1-2N0M0) IIIА(T1-2N0M0) IIIB(T1-2N0M0) IIIC(T1-2N0M0)	2.а)Хірургічне лікування. б)Адьювантна хіміо-терапія.	<i>Колектомія, субтотальна колектомія, ендоскопічне видалення пухлини.</i>
IV(будь-які Т і N M1)	3.Паліативне симптоматичне, хірургічне або хіміо - променеве лікування.	Колостомія, обхідний анастомоз.

Стандарти лікування пухлин прямої кишки

Стадії	Об'єм стандартного лікування	Стандартні і додаткові операції
0(T _{is} N ₀ M ₀) I(T ₁ -2N ₀ M ₀)	1.Хірургічне лікування.	Передня резекція прямої кишки; Черевно-анальна резекція прямої кишки;
II(T ₂ -3N ₀ M ₀); IIIA(T ₁ -3N ₁ M ₀) (T ₄ N ₀ M ₀); IIIB(T ₄ N ₁ M ₀) (T ₁ -4N ₂ M ₀)	2.а)неoadьювантна хіміо-променева терапія; б)Хірургічне лікування; в)Адьювантна хіміотерапія.	Операція Гартмана; Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки; <i>Проктектомія.</i>
IV(будь-які T і N M ₁)	3.Паліативне симптоматичне, хірургічне або хіміо-променеве лікування.	Колостомія.

Основні принципи хірургічного лікування злоякісних пухлин товстої кишки

- Строге дотримання принципів онкологічного радикалізму;
- Забезпечення надійності оперативного втручання за рахунок застосування сучасних хірургічних методик;
- Забезпечення якості життя хворих і максимально можливе відновлення працездатності;
- Основним методом, що забезпечує стійке виліковування хворих поширеним раком товстої кишки, являється хірургічне втручання з дотриманням принципів онкологічної радикальності, зональності і футлярності.

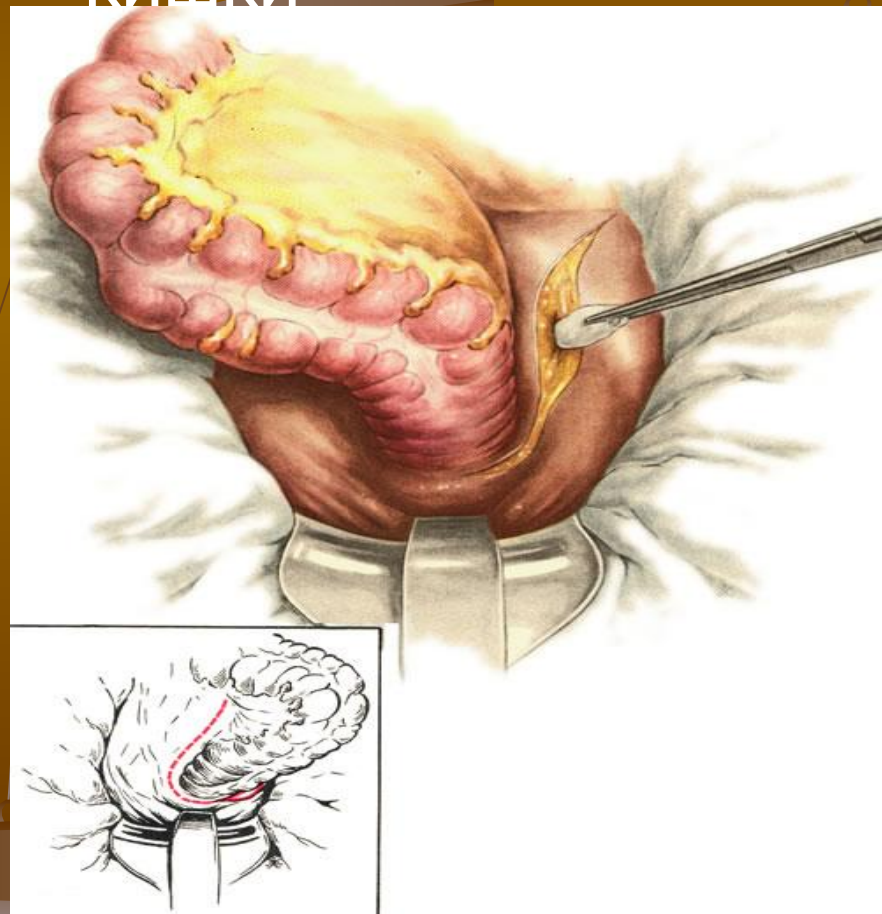


Хірургічне лікування раку товстої кишки

- Відшарування задньої стінки прямої кишки.

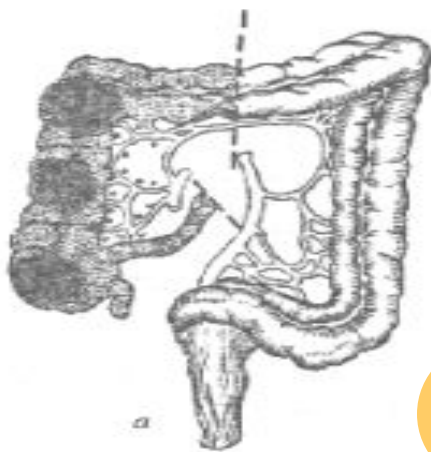


- Мобілізація прямої кишки

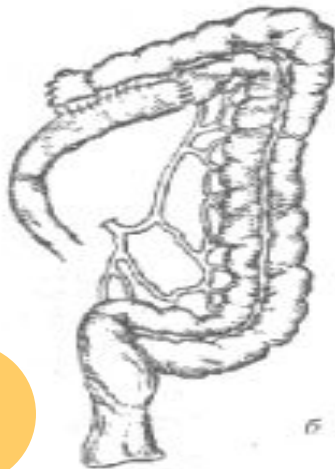


Хірургічне лікування раку товстої КИШКИ

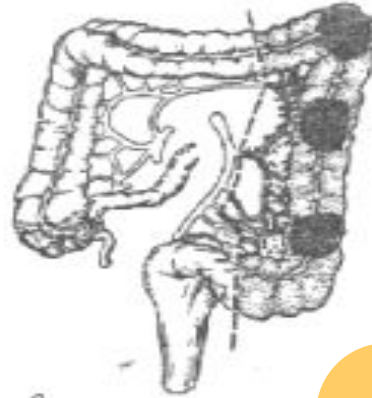
1 – правостороння геміколонектомія; 2 – лівостороння геміколонектомія; 3 – резекція поперечно-ободової кишки; 4 – обхідний товсто-тонко і товсто-товстокишковий анастомози



1



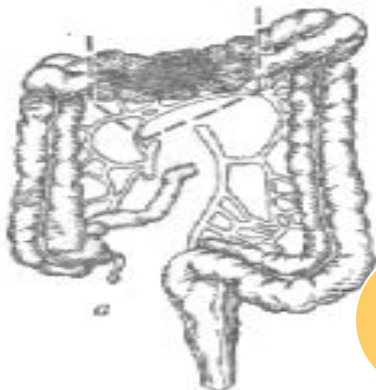
б



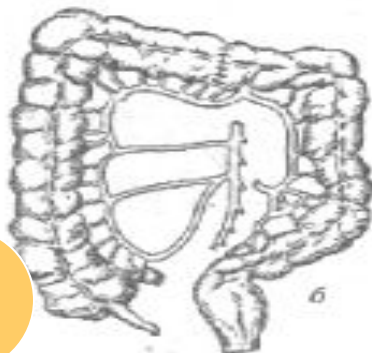
2



б



3



б

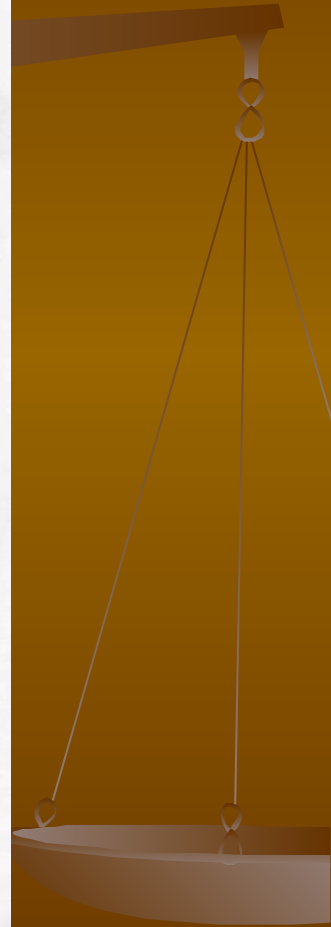
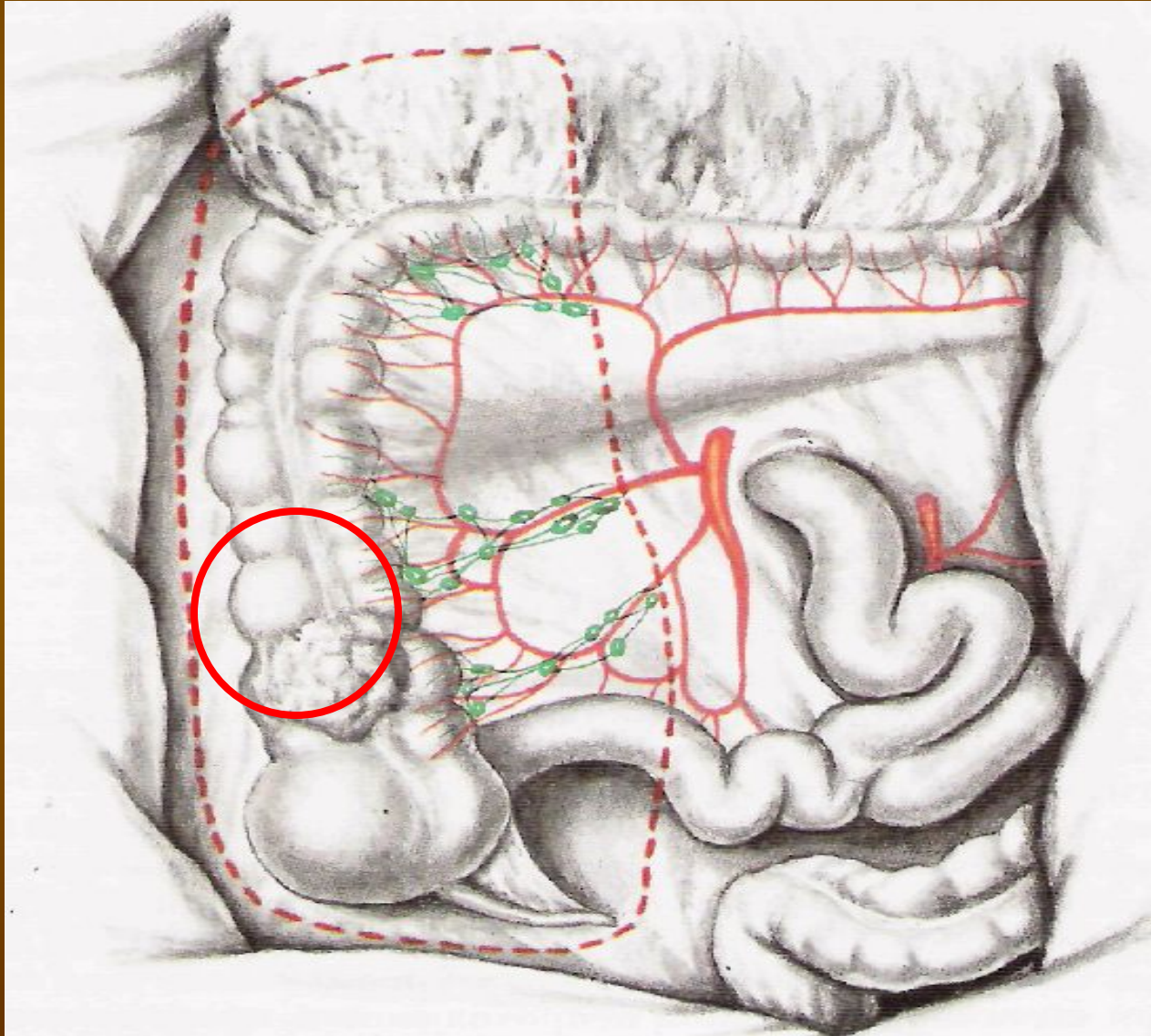


4

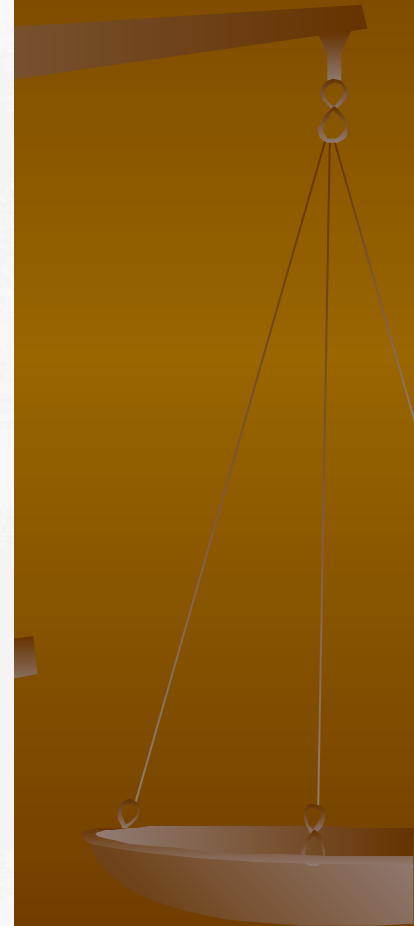
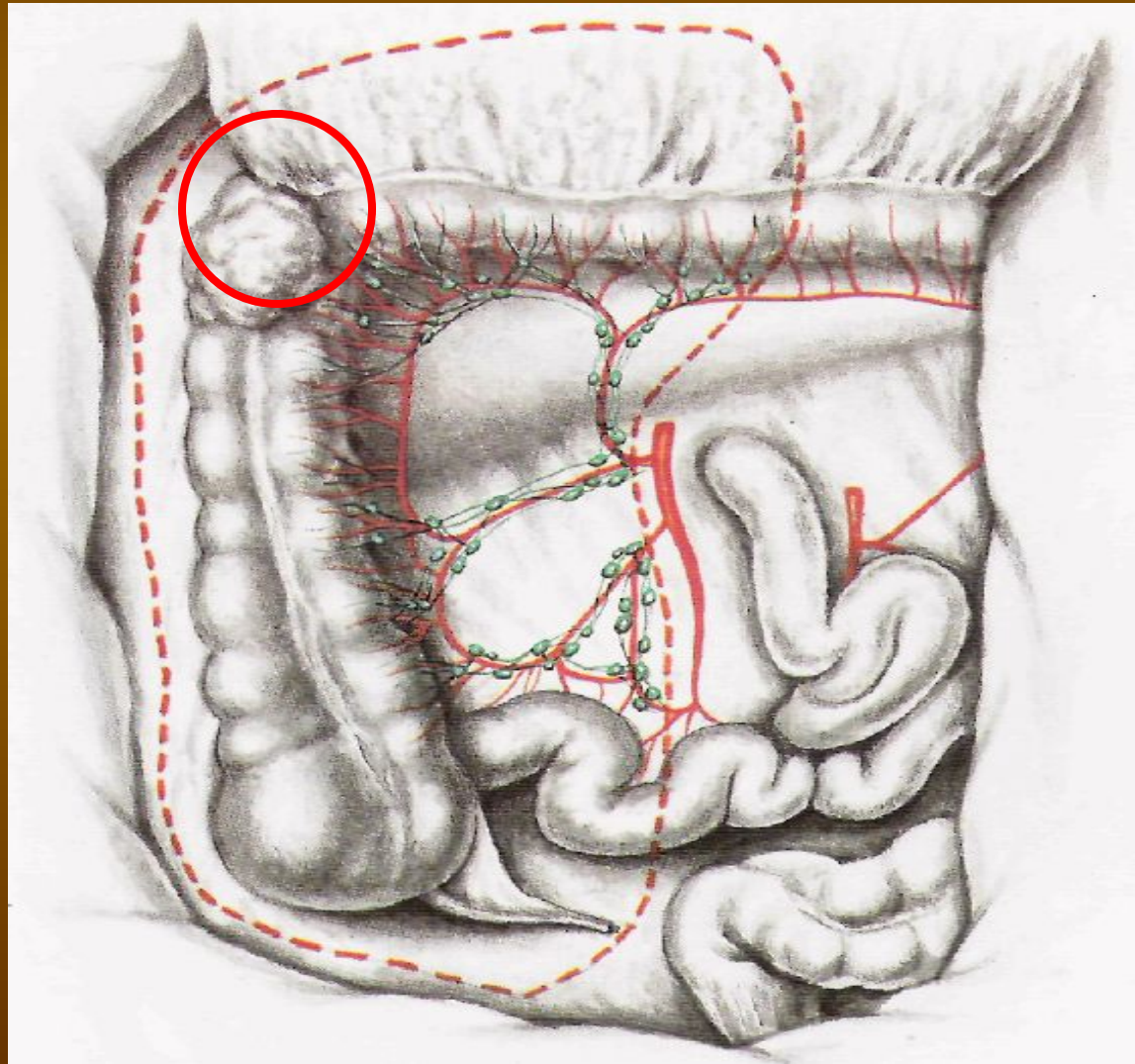


б

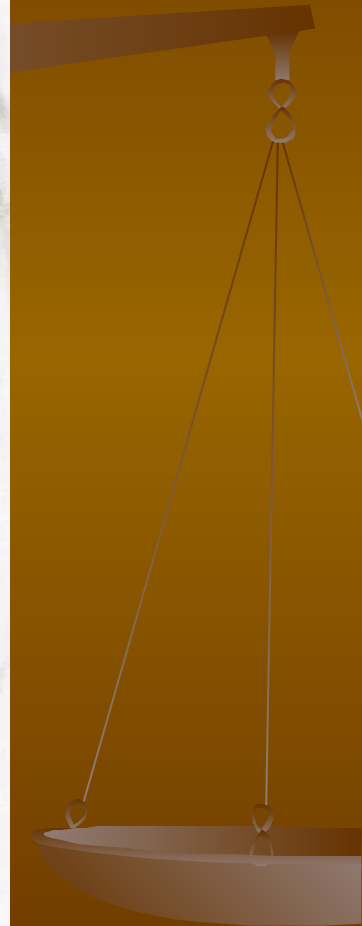
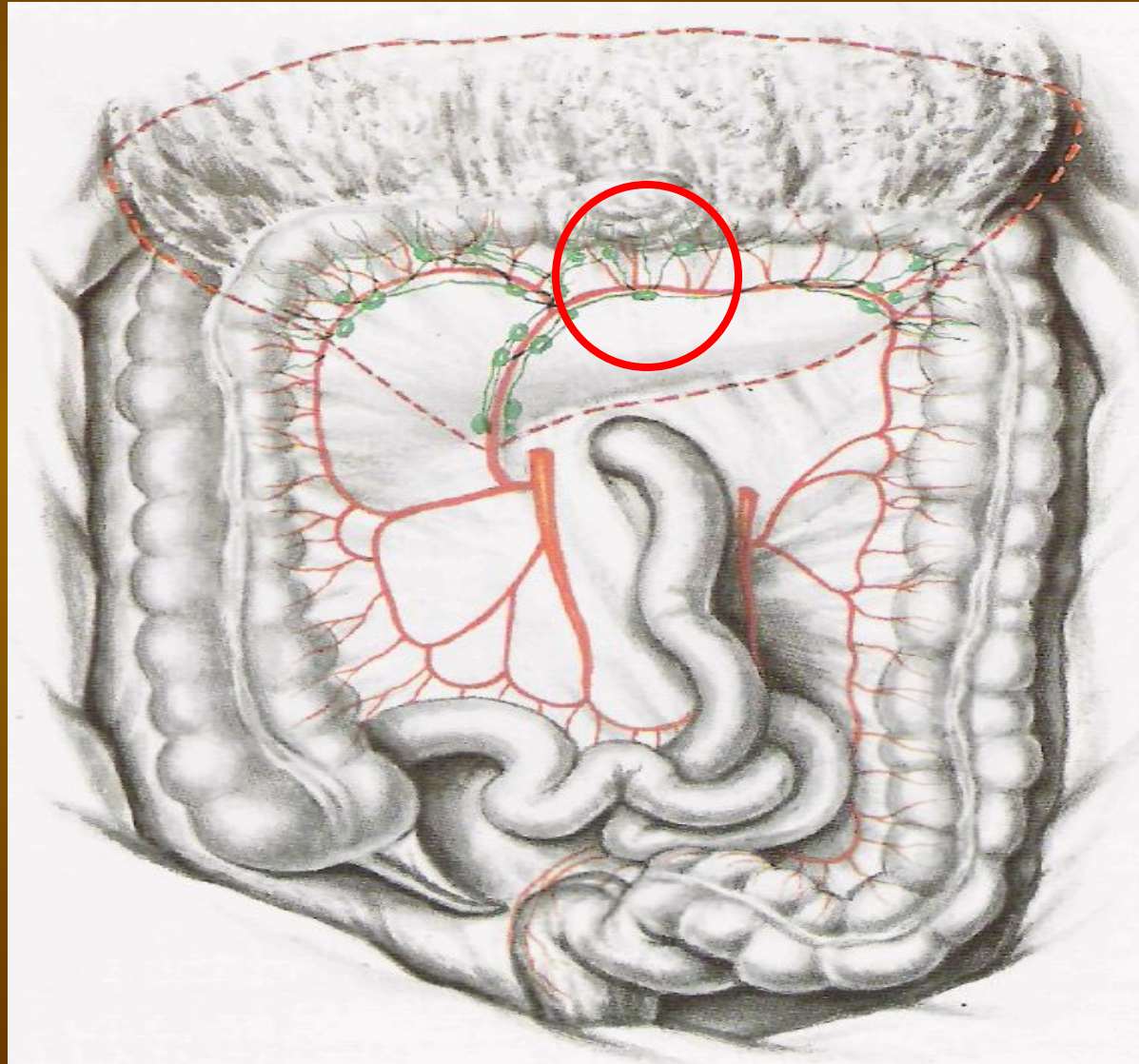
Об'єм операцій при раковій сліпої кишки. Правобічна геміколонектомія



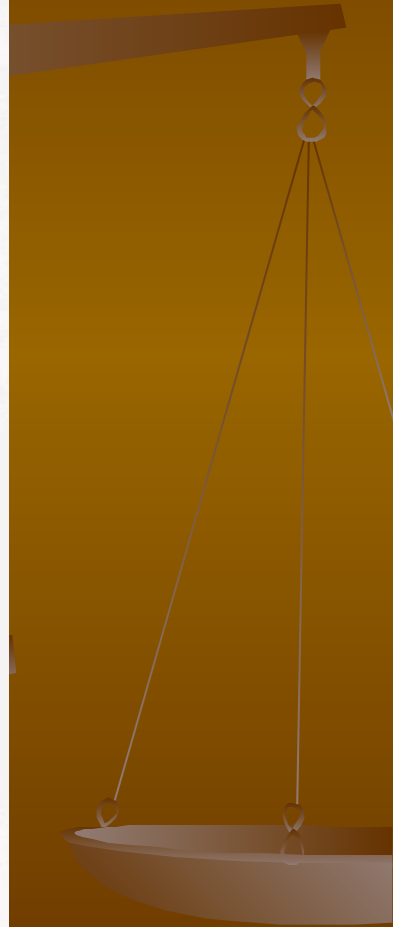
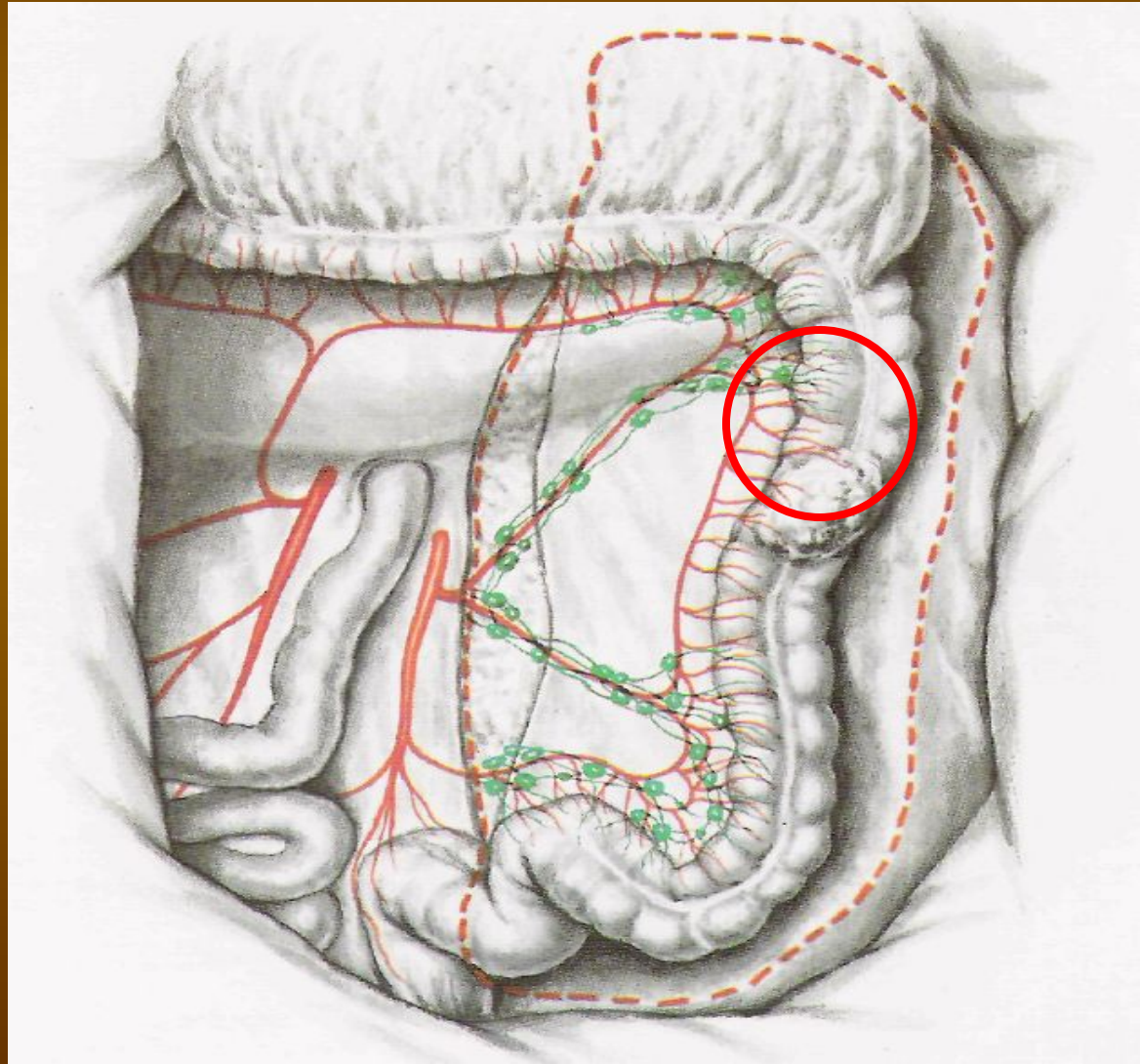
Об'єм операцій при ракові печінкового згину товстої кишки. Правобічна геміколонектомія



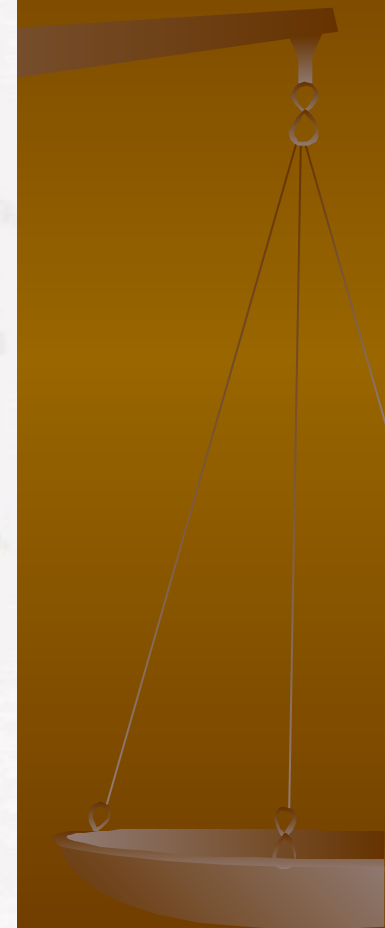
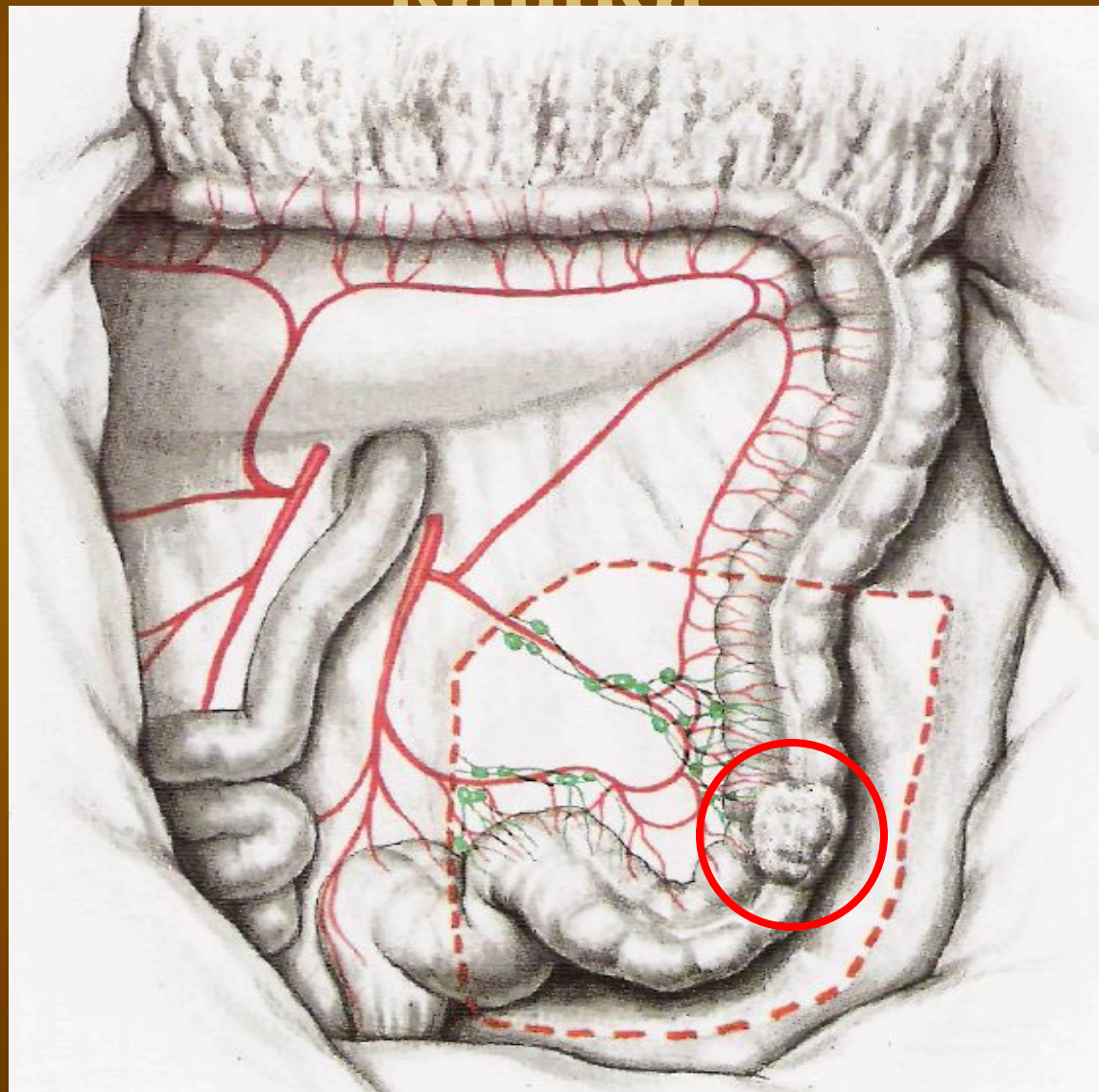
Об'єм операцій при ракові поперечно-ободової кишки



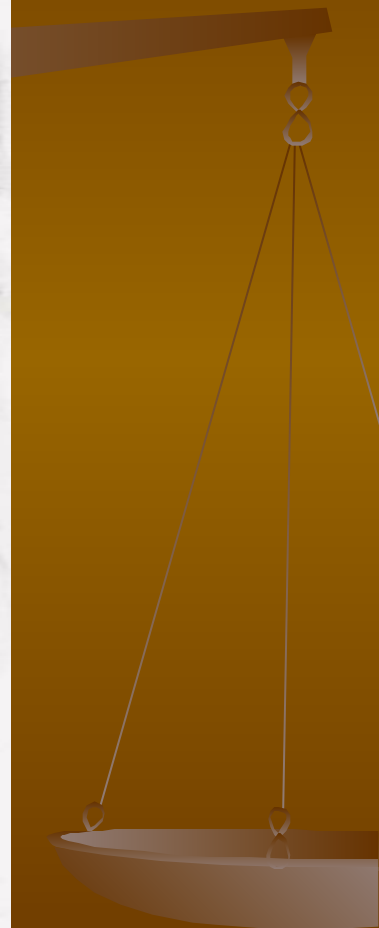
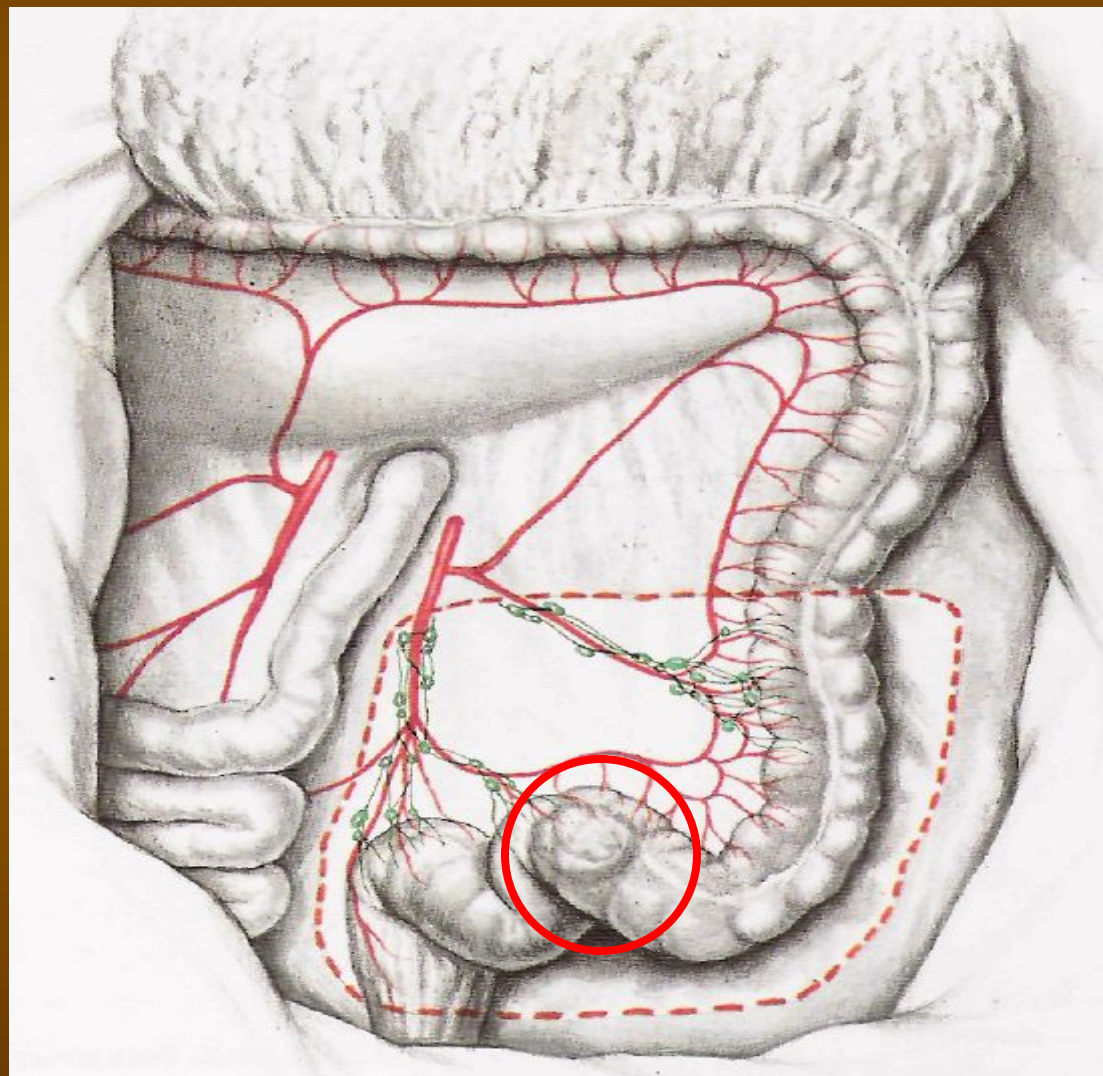
**Об'єм операцій при раковій лівої третини
поперечної, лівого згину і низхідної
ободової кишки.
Лівобічна геміколонектомія**



Объем операции при раковой средней трети сигмовидной кишки

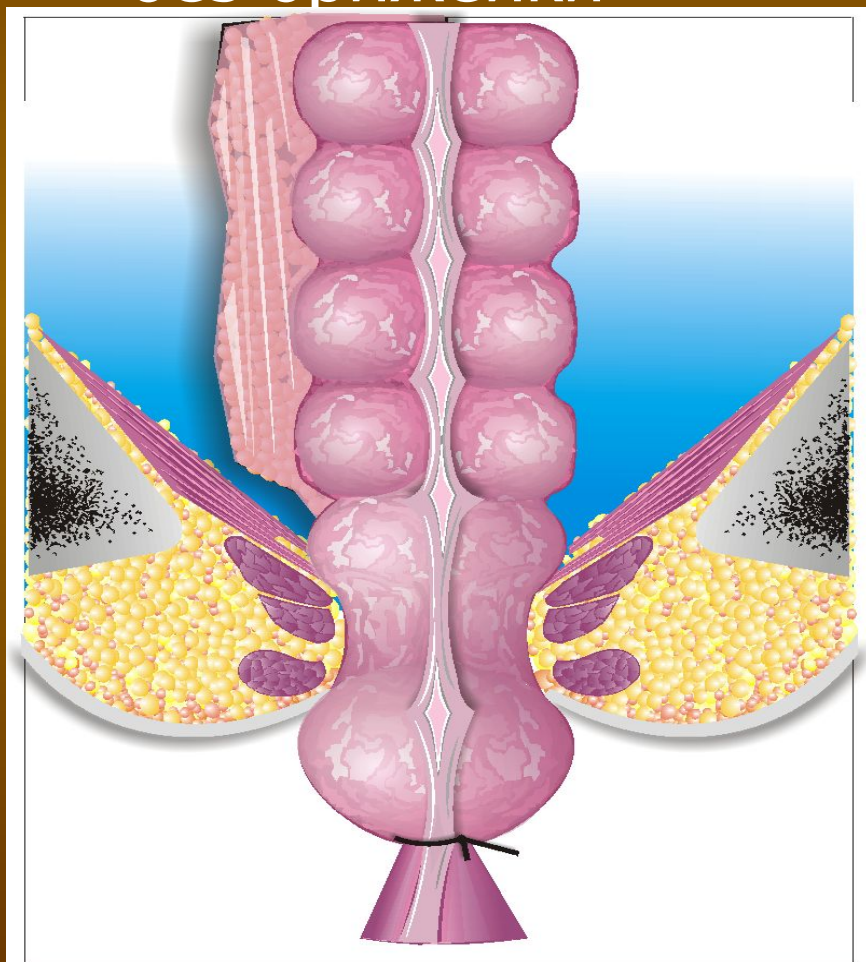


Об'єм операції при ракові дистальної третини сигмовидної кишки

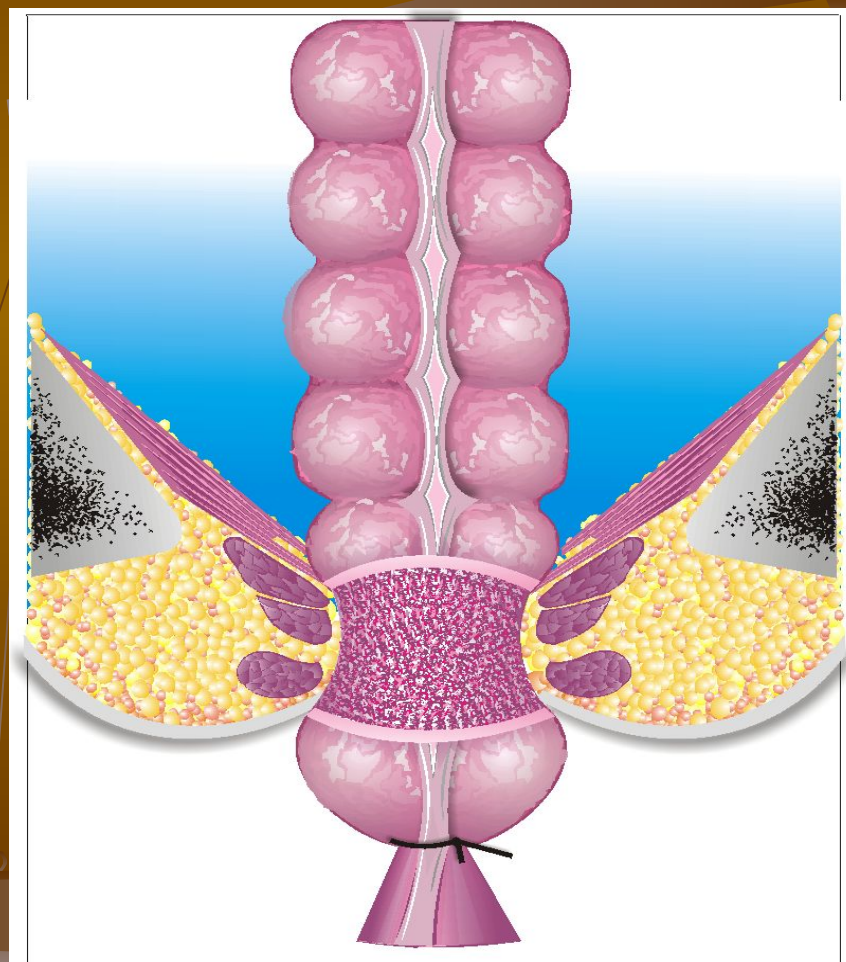


Методики лікування раку прямої кишки

- Низведення кишки без брижейки



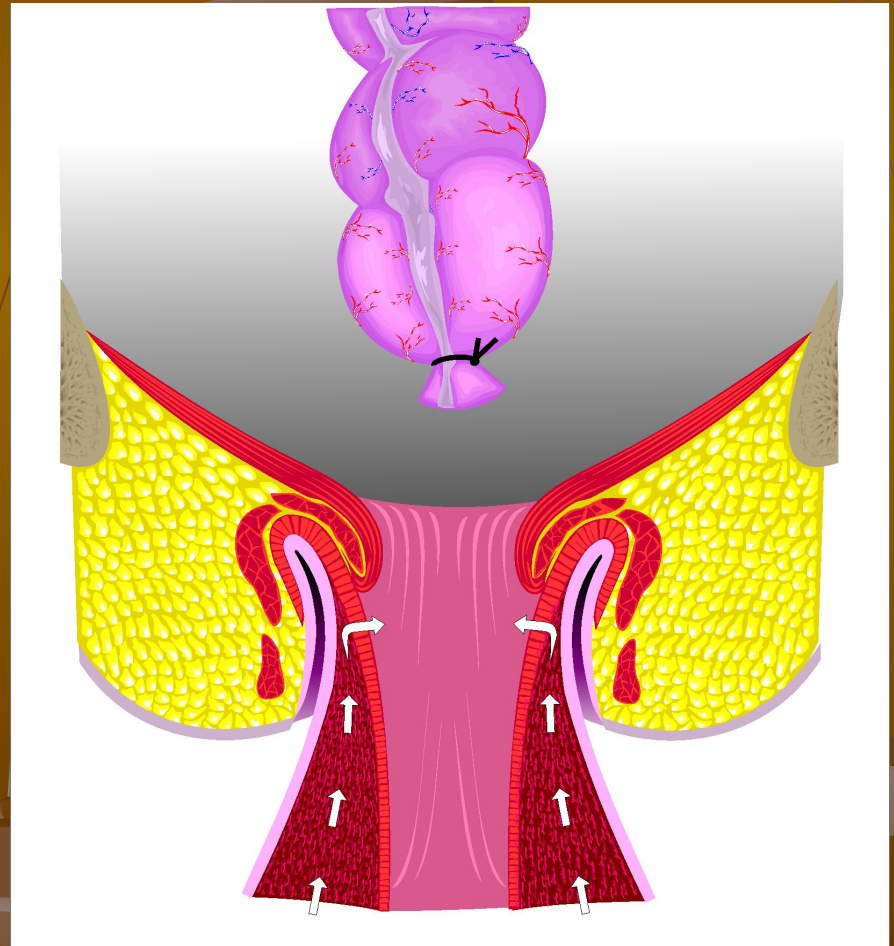
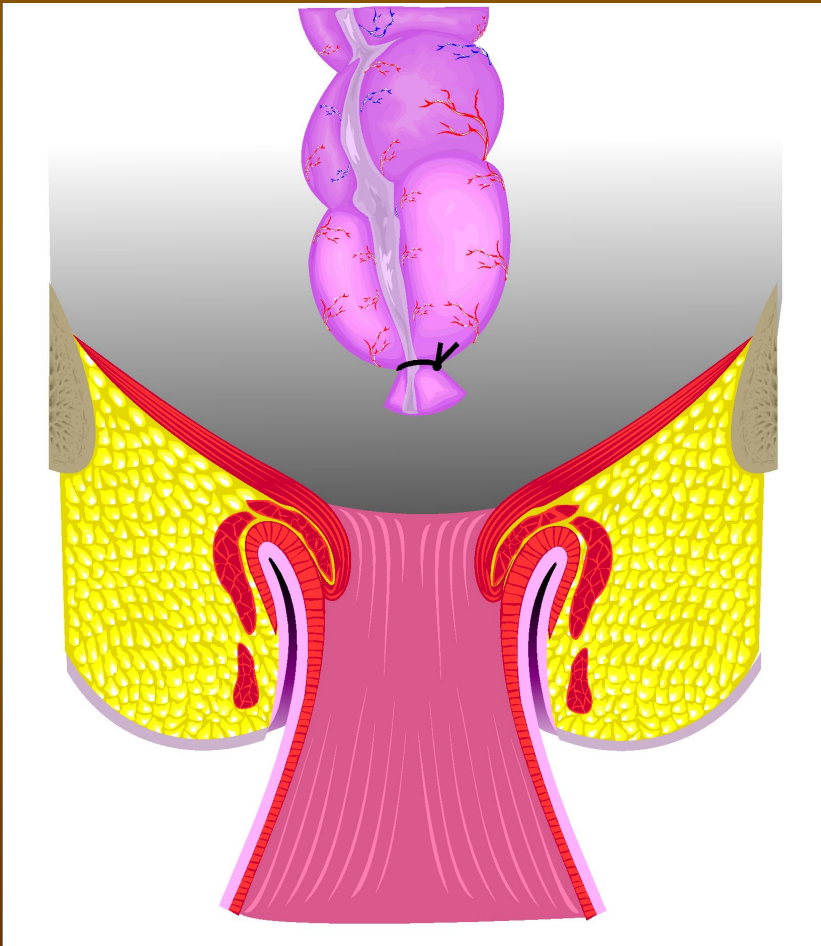
- Ремукозація анального каналу



Субтотальна черевно - наданальна резекція по методиці ДОПЦ

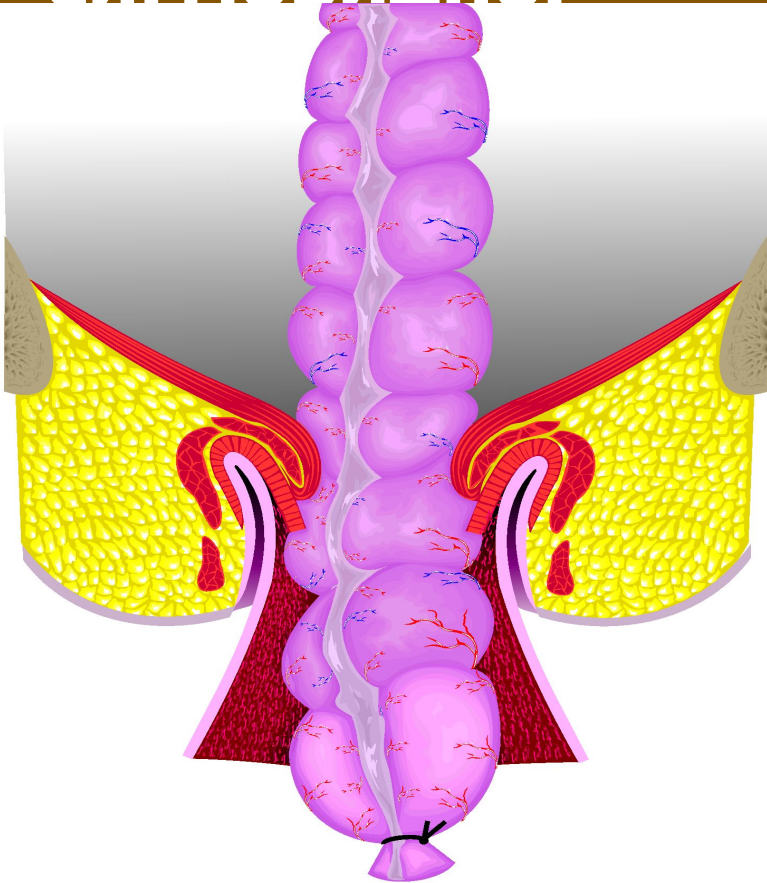
- Мобілізація анального каналу з евагінацією культі прямої кишки

- Висічення адвентиціально-мязевого шару культі прямої кишки



Субтотальна черевно - наданальна резекція по методиці ДОПЦ

- Низведення на промежину сигмовидної



- Загальний вид колоректального співустя після його евагінації в малий таз

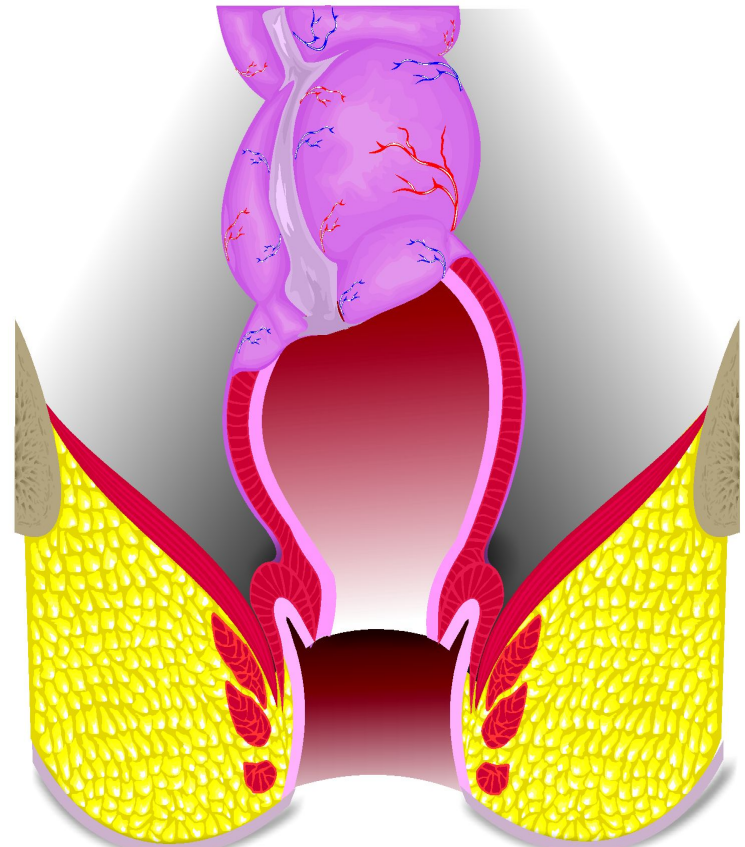
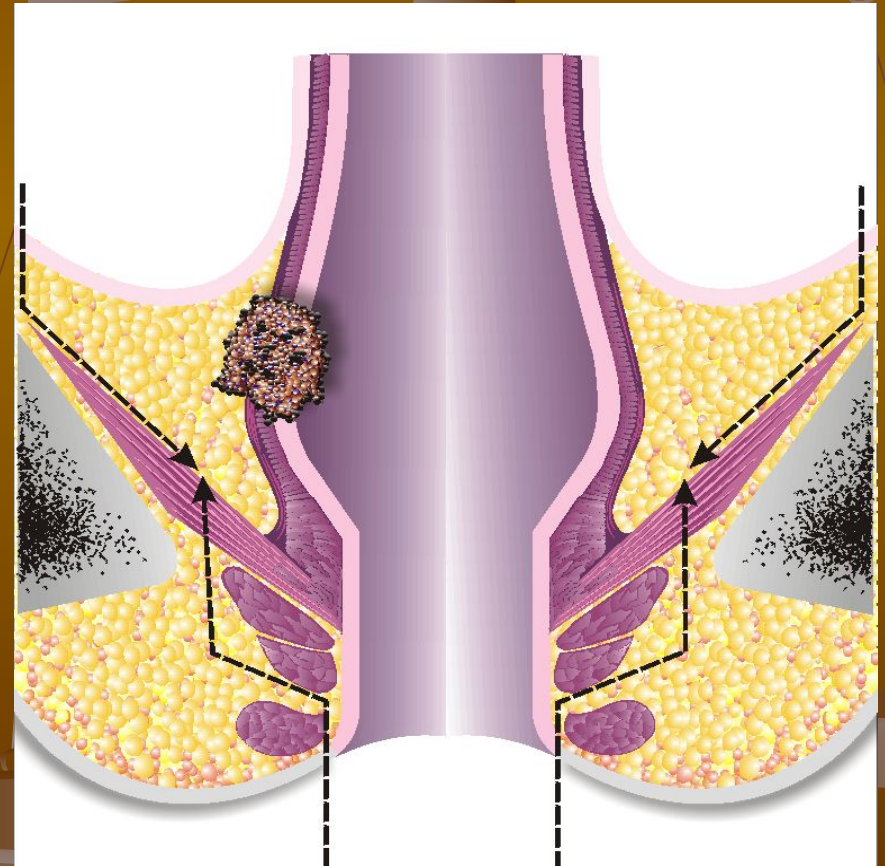
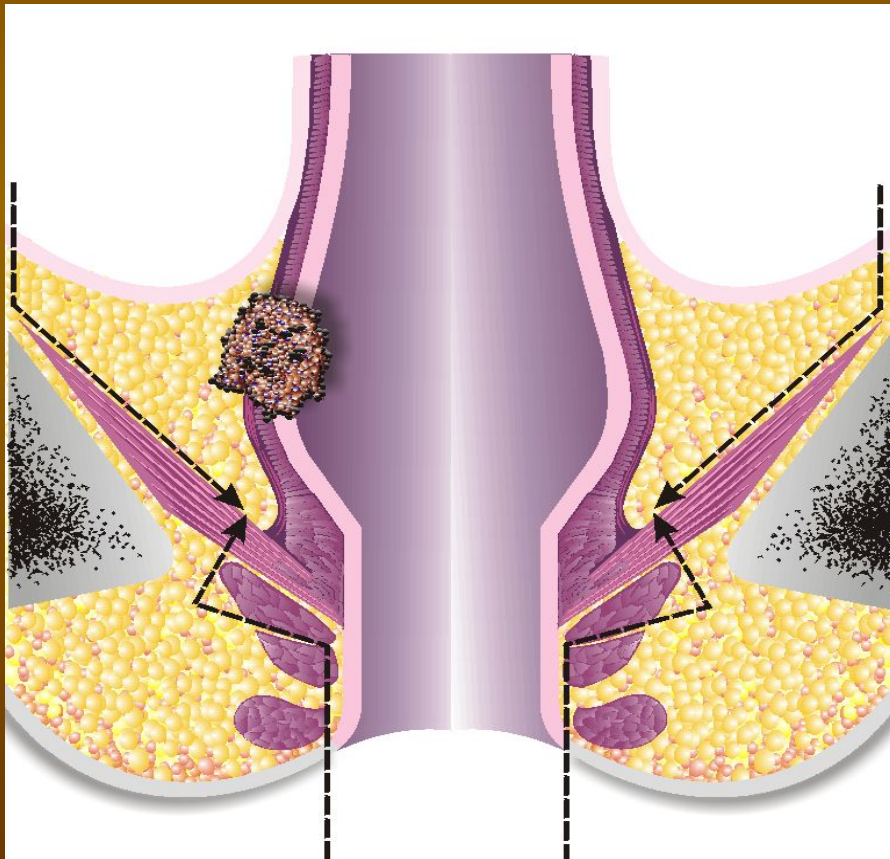


Схема черевно-анальної резекції нижньоампулярного відділу прямої кишки по методиці ДОПЦ

- З збереженням підшкірної і поверхневої порції зовнішнього анального сфинктеру

- З збереженням підшкірної порції зовнішнього анального сфинктеру



Європейські і американські стандарти хірургічного лікування РПК

1. При розташуванні пухлини в дистальній частині прямої кишки і на відстані менше 7 см від ануса при будь-якій стадії захворювання (незалежно від анатомічного типу і гістологічної будови пухлини) – виконується черевно-промежинна екстирпація прямої кишки з формуванням колостоми (операція Майлса).

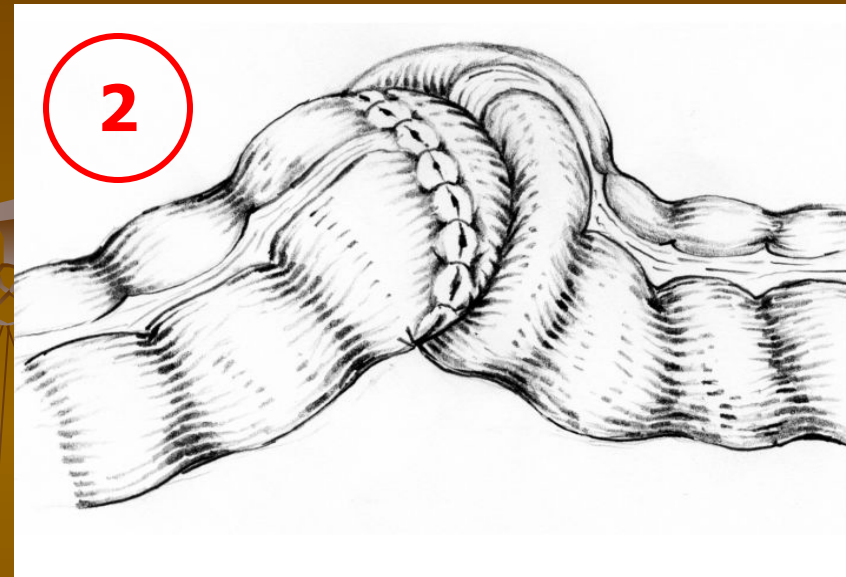
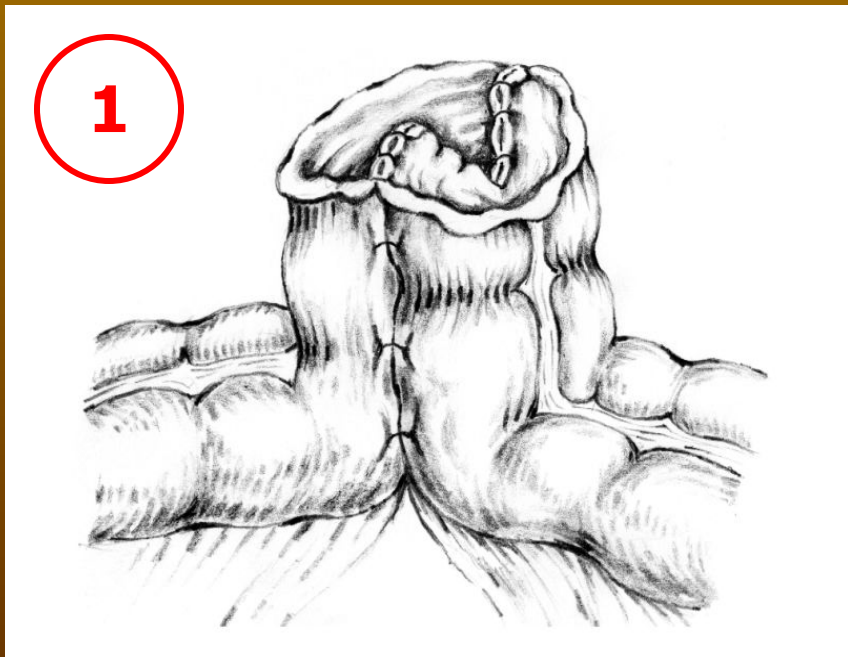
2. Сфінктерозберігаючі операції можна виконувати при локалізації нижнього краю пухлини на відстані більше 7 см від заднього проходу. Черевно-анальна резекція прямої кишки з низведенням дистальних відділів ободової кишки можлива при пухлині, яка розміщена на відстані 7-12 см від ануса.

3. Передня резекція прямої кишки виконується при пухлинах верхньоампулярного і ректосигмоїдного відділів, нижній полюс яких розміщений на відстані 10-12 см від заднього проходу.

4. При малігнізованих поліпах і ворсинчастих пухлинах прямої кишки виконуються економні операції: трансанальне висічення або електрокоагуляція пухлини через ректоскоп, висічення стінки кишки з пухлиною з допомогою колотомії.

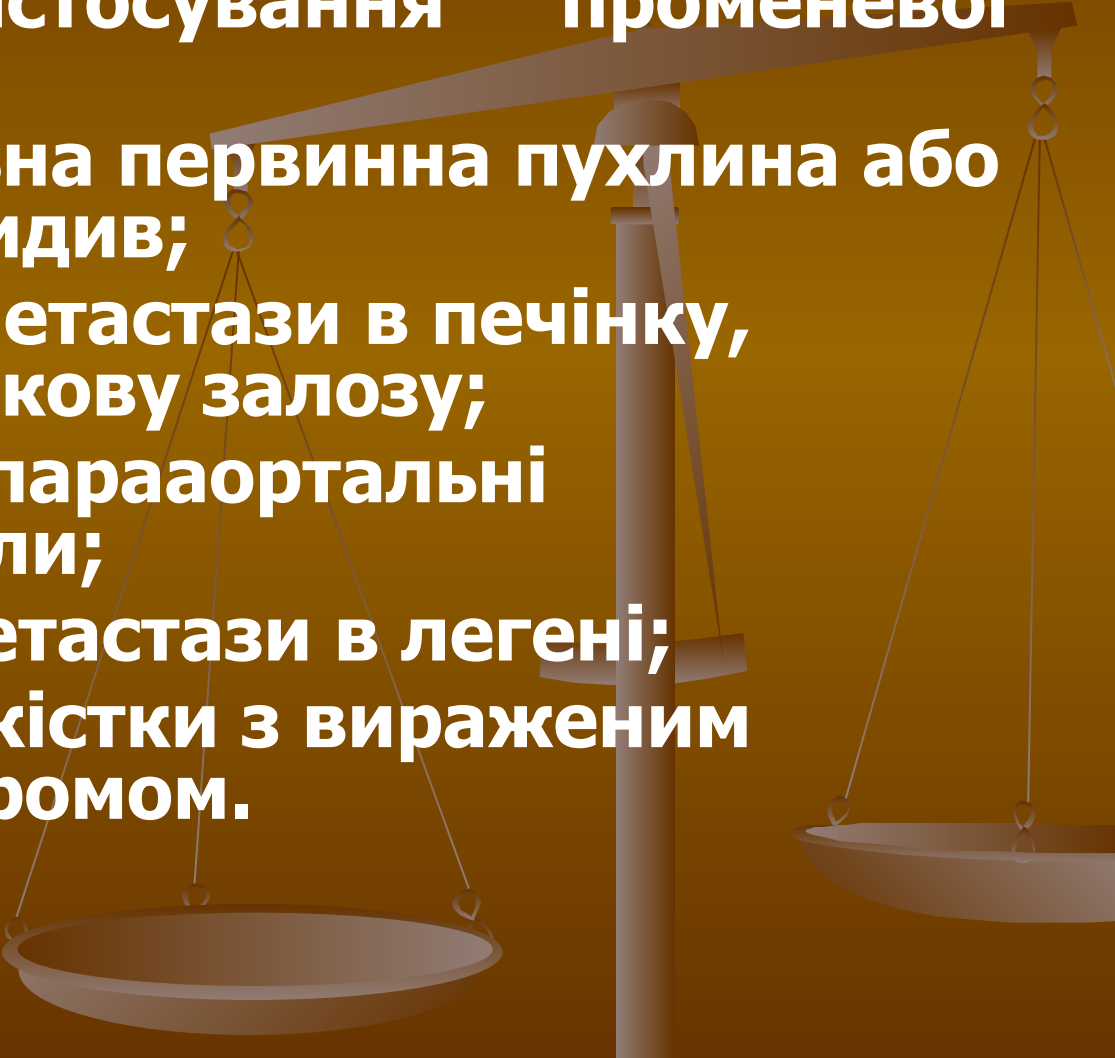
Інвагінаційний товсто- товстокишковий анастомоз по Г.В. Бондарю

- 1 - формування дубликатури;
- 2 - інвагінація анастомозу;
- 3 - схема анастомозу.



Променева терапія у лікуванні раку товстої кишки

Покази до застосування променевої терапії:

- неоперабельна первинна пухлина або локальний рецидив;
 - вогнищеві метастази в печінку, нирки, підшлункову залозу;
 - метастази в парааортальні лімфатичні вузли;
 - поодинокі метастази в легені;
 - метастази в кістки з вираженим больовим синдромом.
- 

Комбіноване і комплексне лікування РПК

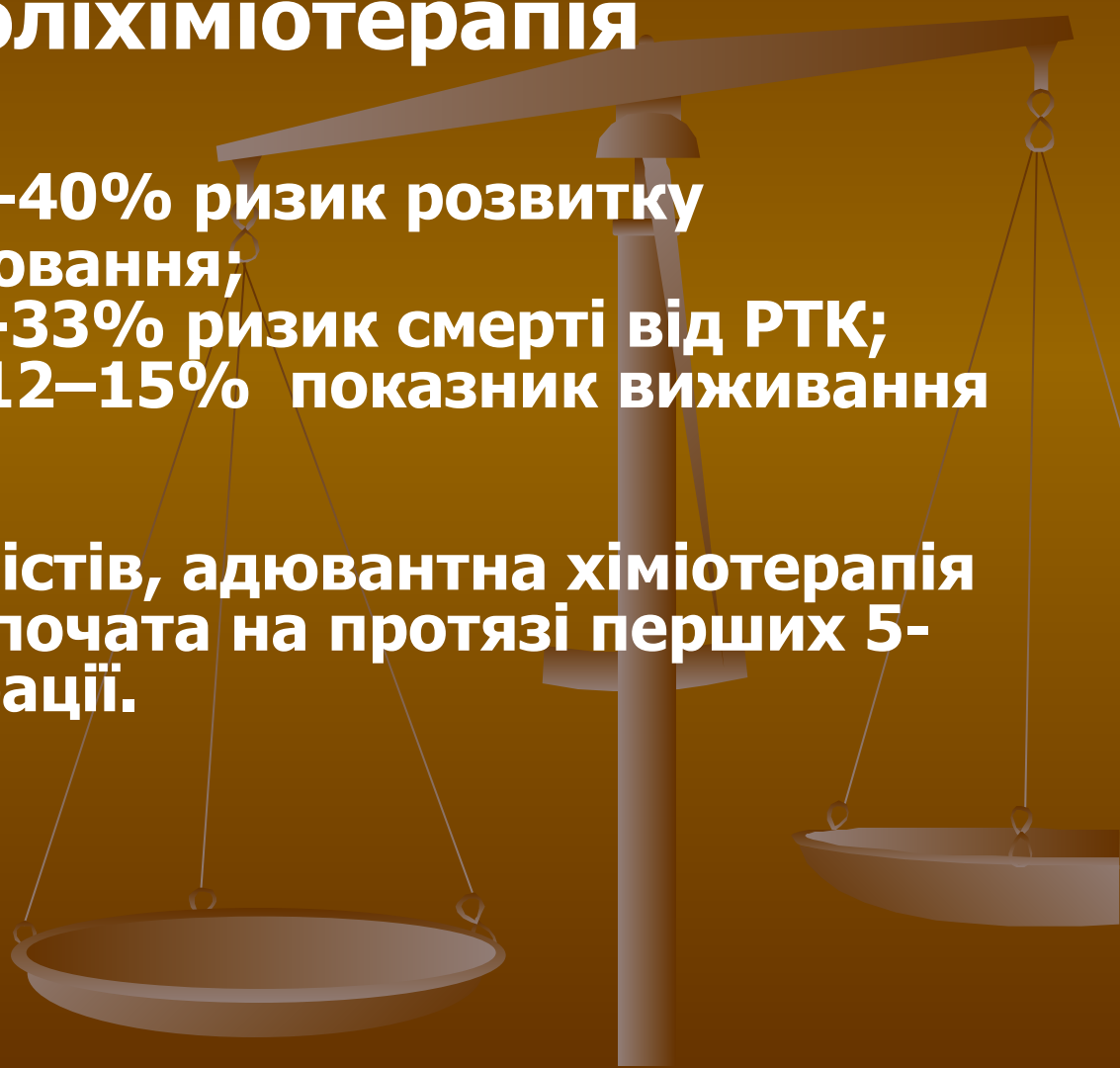
- Основним методом комбінованої терапії в наш час являється адьювантна хіміопроменева терапія, при якій опромінення зон ураження і регіонарного метастазування проводиться з метою місцевої ерадикації пухлини, а хіміотерапія призначена для впливу на субклінічні віддалені метастази.
- Поліхіміотерапія 5-фторурацилом і лейковорином («схема клініки Мейо») являється на сьогоднішній день найпоширенішою і стандартною схемою лікування РПК у всьому світі. Сучасною її альтернативою можна вважати застосування у тому ж співвідношенні препаратів для перорального прийому (кселода), що робить можливим пероральне лікування поширеного колоректального раку. Зараз з'явилися нові більш ефективні хіміопрепарати (кселода, кампто, елоксатин, томудекс), однак висока вартість лікування є серйозною перепорою їх широкого використання.

Адьювантна хіміотерапія раку товстої кишки

Адьювантна поліхіміотерапія дозволяє:

- знизити на 35 -40% ризик розвитку рецидиву захворювання;
- знизити на 22 -33% ризик смерті від РТК;
- підвищити на 12–15% показник виживання хворих.

На думку спеціалістів, адьювантна хіміотерапія повинна бути розпочата на протязі перших 5-тижнів після операції.



Адьювантна хіміотерапія раку

ТОВСТОЇ КИШКИ

- Адьювантна терапія показана всім хворим раком товстої кишки з регіонарними метастазами (N+), так як дозволяє достовірно збільшити показники загального і безрецидивного виживання.
- Рішення щодо проведення адьювантного лікування хворих без регіонарних метастазів (N0) вирішується індивідуально на основі наступних несприятливих прогностичних ознак:
 - молодий вік хворого;
 - несприятливі прогностичні і гістологічні ознаки (проростання стінки кишки, низькодиференційована);
 - невпевненість хірурга в радикальності втручання;
 - підвищення рівня раковомембронального антигену (РЕА) вище норми через 4 – 5 тижнів після операції.

Паліативне хірургічне лікування раку товстої кишки

- В наш час вважається загальноприйнятим, що віддалені метастази не повинні бути протипоказом до паліативного хірургічного лікування РТК, в тому числі і до видалення первинної пухлини, по наступним причинам:
 - паліативне видалення первинної пухлини запобігає розвитку кишкової непрохідності, перфорації, кровотечі і інших важких ускладнень;
 - паліативна циторедуктивна операція зменшує об'єм пухлинної маси і сприяє підвищенню ефективності медикаментозного лікування;
 - паліативне видалення первинної пухлини дає можливість покращити якість життя хворих.

Скринінг раку товстої кишки

- Різні методи скринінгу рекомендується проводити з різною періодичністю в залежності від ступеня ризику.
- У відповідності до рекомендацій Американської академії сімейних лікарів серед осіб старше 50 років які не мають факторів ризику розвитку колоректального раку достатнім є проведення гемокульт-тесту 1 раз в рік.
- Сигмоїдоскопія в цій групі рекомендується кожні 3–5 років, рентгенологічне обстеження товстої кишки з подвійним контрастуванням необхідно виконувати кожні 5–10 років, або кожні 10 років виконувати колоноскопію.
- Скринінг серед осіб групи ризику треба починати у більш ранньому віці, в залежності від індивідуального ризику розвитку раку, пацієнти з високим ризиком, наприклад, при спадковому неполіпозному колоректальному ракові або сімейному дифузному поліпозі, підлягають генетичному обстеженню і проведенню більш інтенсивного скринінгу, починаючи з 35 – 40-річного віку.
- Ендоскопічне обстеження таким особам повинно виконуватись щорічно.



Дякуємо за увагу!

В лекції використані матеріали
кафедри онкології Донецького
обласного протипухлинного центру