



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

Колоректальный рак

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП23**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, зав. кафедрой семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) РФ, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейный врач) Минздрава России.

Члены рабочей группы:

Попов Михаил Юрьевич — доцент кафедры онкологии Кировской государственной медицинской академии, к.м.н.

Кисличко Анатолий Григорьевич - д. м. н., профессор, заведующий кафедрой онкологии Кировской государственной медицинской академии

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольникова Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карпетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Кузнецова О.Ю.(Санкт-Петербург); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); д.м.н., проф. Шапорова Н.Л.(Санкт-Петербург); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

Содержание

1. Определение
2. Коды по МКБ-10
3. Эпидемиология
4. Факторы и группы риска
5. Скрининг
6. Классификация
7. Закономерности роста первичной опухоли и метастазирования колоректального рака
8. Диагностика колоректального рака в амбулаторных условиях
9. Лечение рака колоректальной зоны
10. Прогноз
11. Диспансеризация
12. Последствия лечения
13. Список литературы

1. Определение.

В последнее время рак ободочной и рак прямой кишки всё чаще объединяют в понятие колоректальный рак. Анатомически толстая кишка включает в себя следующие отделы: слепую кишку с червеобразным отростком, восходящую ободочную кишку, правый изгиб (печёночный), поперечную ободочную кишку, левый изгиб (селезёночный), нисходящую ободочную кишку, сигмовидную кишку, прямую кишку. Конечный отдел прямой кишки — анальный канал.

Колоректальный рак — злокачественная опухоль из элементов эпителия толстой кишки.

Приведены уровни доказательности и градации рекомендаций, используемые в руководствах Американского Общества Клинической Онкологии.

Уровни доказательности и градации рекомендаций, используемые в руководствах Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO)

Уровни доказательности

Уровни доказательности	Тип доказательности
I	Доказательства полученные в результате мета-анализа большого числа хорошо спланированных рандомизированных исследований. Рандомизированные исследования с низким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
II	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного рандомизированного исследования. Рандомизированные исследования с высоким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований. Контролируемые исследования с одной группой больных, исследования с группой исторического контроля и т.д.
IV	Доказательства получены в результате нерандомизированных исследований. Непрямые сравнительные, описательно корреляционные исследования и исследования клинических случаев.

V	Доказательства основаны на клинических случаях и примерах.
---	--

Градация рекомендаций

Степень	Градации
A	Доказательство I уровня или устойчивые многочисленные данные II, III или IV уровня доказательности
B	Доказательство II, III или IV уровня, считающиеся в целом устойчивыми данными.
C	Доказательство II, III, IV уровня, но данные в целом неустойчивые.
D	Слабые или несистематические эмпирические доказательства.

Литература

1. Cook-DJ; Guyatt-GH; Laupacis-A; Sackett-DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. Chest. 1992 Oct; 102 (4Suppl): 305S-311S.

2. Коды по МКБ-10

- C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки;
- C18.0 Злокачественное новообразование слепой кишки;
- C18.1 Злокачественное новообразование червеобразного отростка;
- C18.2 Злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки;
- C18.3 Злокачественное новообразование печёночного изгиба;
- C18.4 Злокачественное новообразование поперечной ободочной кишки;
- C18.5 Злокачественное новообразование селезёночного изгиба;
- C18.6 Злокачественное новообразование нисходящей ободочной кишки;
- C18.7 Злокачественное новообразование сигмовидной кишки;
- C18.8 Злокачественное новообразование с поражением ободочной кишки, выходящим за пределы одной и более вышеуказанных локализаций;
- C18.9 Злокачественное новообразование ободочной кишки неуточнённой локализации;
- C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения;
- C20 Злокачественное новообразование прямой кишки;
- C21.2 Злокачественное новообразование клоакогенной зоны
- C21.8 Злокачественное новообразование с поражением прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала, выходящим за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

Опухоли анального канала (3—5 см длиной) принято рассматривать отдельно.

При статистическом анализе данных ректосигмоидный отдел относят к прямой кишке.

3. Эпидемиология

Заболеваемость колоректальным раком растёт практически во всех странах, в том числе и в России.

В США и некоторых европейских странах заболеваемость колоректальным раком стабилизировалась, а порой начала снижаться.

Это объясняется профилактическими мерами, изменением характера питания в результате усиленной санитарной пропаганды (уменьшение потребления животных жиров, увеличение потребления свежих фруктов и овощей), борьбой с избыточным весом.

Заболеваемость колоректальным раком повышается с увеличением возраста и достигает максимума в возрастной группе старше 70 лет.

В структуре заболеваемости злокачественными опухолями колоректальный рак в России занимает 3 место после рака лёгкого и опухолей (рак и меланома) кожи.

Наиболее высокая заболеваемость раком ободочной кишки в Японии, в стране, в которой частота этой болезни до недавнего времени являлась низкой (Хиросима: мужчины – 59, женщины – 28 на 100000 населения). Высока заболеваемость среди темнокожего населения США (мужчины – 33, женщины – 26), в странах Северной и Западной Европы.

Заболеваемость в России у мужчин – 14, у женщин – 12 на 100000 населения. В структуре онкологической заболеваемости рак ободочной кишки занимает 5 место.

Самая высокая заболеваемость раком прямой кишки зарегистрирована в Японии (Хиросима: мужчины – 73, женщины – 10 на 100000 населения), в Чехии (мужчины – 18, женщины – 7). Высокая заболеваемость регистрируется в Новой Зеландии, Северной Америке, Северной и Западной Европе.

В России заболеваемость у мужчин – 14, у женщин – 8 на 100000 населения. В структуре онкологической заболеваемости рак прямой кишки занимает 6 место.

Низкая заболеваемость колоректальным раком отмечается в странах Африки, в Южной и Центральной Америке.

Соотношение рака ободочной кишки к раку прямой кишки в развитых странах составляет примерно 2:1, в отсталых -1:1. В России этот показатель составляет 1,2:1. Первично-множественный синхронный колоректальный рак диагностируется у 4 – 8% больных.

4. Факторы и группы риска

Особенности питания и факторы внешней среды

Говоря о причинах возникновения колоректального рака необходимо отметить, что наиболее часто опухоль локализуется в тех отделах, где происходит задержка кишечного содержимого - в прямой кишке, сигмовидной и слепой.

То есть, состав кишечного содержимого имеет значение для возникновения рака. Данные о частоте этого заболевания в различных странах и у разных групп населения свидетельствуют об этиологической роли факторов внешней среды, питания. Отмечен более высокий уровень заболеваемости среди тех групп населения, пища которых богата животными жирами, белками, легко усвояемыми углеводами и содержит мало клетчатки. Предполагается, что возникновение опухолей толстой кишки связано с изменением секреции желчи, состава желчных кислот и кишечной флоры под влиянием отдельных компонентов пищи.

Накопленный опыт в области исследования физиологии питания позволяет заключить, что основным пищевым ингредиентом, определяющим количество выделенных желчных кислот, а также степень их превращения во вторичные желчные кислоты являются жиры. Кроме того, на основании данных, полученных за последние годы, можно утверждать, что содержание клетчатки в пище влияет не только на концентрацию, но и на количество и метаболизм желчных кислот в кишечнике. Выделение желчных кислот в просвет кишечника контролируется также уровнем эстрогенов в крови. Высказано предположение, что процесс превращения первичных желчных кислот во вторичные зависит от количества витамина К в содержимом кишечника. Все эти факторы, возможно, наряду с другими, нам еще не известными, влияя на процесс выделения и метаболизм желчных кислот и таким образом определяя их содержание в толстой кишке, оказывают влияние на риск заболеваемости раком толстой кишки .

Одно время широко дискутировался вопрос о холецистэктомии как этиологическом факторе при раке толстой кишки. Более детальное исследование, посвященное взаимосвязи между развитием рака толстой кишки и холецистэктомией, установило, что холецистэктомия приводит к значительному повышению уровня хенодезоксихолевой кислоты по сравнению с холевого. Относительное содержание вторичных желчных кислот после операции изменялось незначительно. Полученные данные свидетельствуют против гипотезы о том, что холецистэктомия индуцирует рак толстой кишки путем повышения количества выделяемых в кишечник вторичных желчных кислот. Высокая частота предшествующих холецистэктомий при раке толстой кишки объясняется высоким содержанием в желчи вторичных желчных кислот, что способствует камнеобразованию.

Наиболее постоянным фактором риска возникновения колоректального рака оказывается содержание протеина в пище. Повышенный риск возникновения колоректального рака коррелирует с общей калорийностью пищи. Ожирение и, в меньшей степени, чрезмерный вес являются признанными факторами риска возникновения рака толстой кишки.

Канцерогенное влияние особенностей питания на толстую кишку и рост колоректального рака объясняется образованием нитросоединений в кишечнике.

Среди факторов, увеличивающих риск заболевания раком толстой кишки, называют алкогольные напитки. Риск возникновения колоректального рака зависит от количества потребляемого чистого алкоголя, независимо от типа алкогольных напитков. По мнению многих авторов, одной из причин заболеваемости раком толстой кишки могут быть химически вредные вещества, такие, как асбест, афлотоксин и другие вещества. В некоторых исследованиях по изучению злокачественных опухолей отмечена связь между низким содержанием аскорбиновой кислоты в диете больших групп населения и возникновением различных форм рака. Было установлено, что у больных, страдающих раком толстой кишки, наблюдается выраженный дефицит витаминов А и С. Протективное влияние витамина С объясняется способностью аскорбиновой кислоты блокировать образование канцерогенных нитросоединений.

Многолетнее изучение особенностей питания показало, что риск заболевания снижается при употреблении пищи богатой содержанием клетчатки, пищевой рацион, в котором содержится большое количество овощей и фруктов, снижает риск развития рака толстой кишки. Имеются исследования, показывающий протективный эффект потребления растительного масла, употребление рыбы и других морских продуктов. Снижает риск развития рака толстой кишки приём ацетилсалициловой кислоты и других нестероидных противовоспалительных препаратов.

Высокая физическая активность, как профессиональная, так и связанная с физическими упражнениями, тоже снижает риск развития рака толстой кишки.

Наследственно-генетические факторы и предраковые заболевания

Среди близких родственников больных раком толстой кишки эта форма рака встречается в 2—3 раза чаще, чем в других популяциях.

В результате генеалогического обследования семей пробандов с первично-множественными опухолями, показано, что частота рака толстой кишки среди родственников I степени родства составила 9 %, что превышает таковую не только в популяции (в 70 раз), но и среди родственников пробандов, болеющих раком толстой кишки (в 3,4 раза).

Риск развития рака толстой кишки очень высок у больных с некоторыми врождёнными болезнями, такими как семейный аденоматозный полипоз, синдромы

Гарднера, Пейтца — Егерса, Тюрко, наследственного неполипозного рака толстой кишки.

Причиной возникновения семейного аденоматозного полипоза является герминальная мутация в гене APC. У 90% носителей мутированного гена APC к 45 годам развивается рак толстой кишки. Средний возраст появления первых признаков болезни – 20 лет. Наблюдаются тяжесть в животе, метеоризм, диарея, кровотечение.

Причинами возникновения наследственного неполипозного рака толстой кишки являются мутации в одном или нескольких генах, отвечающих за репарацию ДНК.

Синдром Гарднера – наследственная болезнь, характеризующаяся множественным полипозом прямой и ободочной кишки в сочетании с доброкачественными опухолями, чаще костей и кожи; наследуется по аутосомно-доминантному типу. Облигатный предрак.

Синдром Пейтца-Егерса – наследственный полипоз желудочно-кишечного тракта, сочетающийся с коричневой мелкоочечной пигментацией слизистых оболочек губ и полости рта, а также кожи в окружности рта и тыльных поверхностей мелких суставов кистей. Колоректальный рак возникает у 40% больных.

Синдром Тюрко - наследственная болезнь. Проявляется сочетанием полипоза кишечника и опухоли (обычно глиомы) мозга.

Мутации гена BRCA I наследуются аутосомно-доминантно с неполной пенетрантностью и сопряжены с раком молочной железы, яичников, толстой кишки и предстательной железы.

Оценивая должным образом значение перечисленных выше факторов в развитии рака толстой кишки, большинство исследователей все-таки считают, что наиболее важное значение имеют полипы и полипоз кишечника. При этом частота малигнизации полипов колеблется от 10 до 50 %, а при диффузном (семейном) полипозе она достигает 100 %. Частота малигнизации зависит от размеров полипов, их локализации, длительности заболевания, а также от их морфологической структуры.

В группе больных с аденоматозными полипами частота малигнизации около 9%, а с ворсинчатыми, или villous, около 50 %. Ряд исследователей дают частоту малигнизации при ворсинчатых полипах – 70%.

Исследования показали, что процесс образования рака в толстой кишке проходит через несколько стадий. Одна группа исследователей предполагает, что рак в толстой кишке образуется в предшествующем аденоматозном полипе, другие настаивают на появлении дисплазии в неизменной слизистой оболочке с последующим развитием карциномы *in situ* и инвазивного рака. Однако, несмотря на это различие в понимании патогенеза рака толстой кишки, многостадийность процесса образования злокачественной опухоли в толстой кишке не оспаривается.

К числу преопухолевых заболеваний могут быть отнесены также неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и другие хронические воспалительные заболевания толстой кишки, а больные, страдающие этими заболеваниями, должны относиться к группам риска.

Колоректальный рак чаще встречается у людей, излеченных от рака толстой кишки, яичников, тела матки и молочной железы.

R. Deuyhle выделил следующие заболевания и состояния, с которыми связан повышенный риск возникновения колоректального рака:

- 1) полипоз — 100 %;
- 2) одиночные и групповые полипы — 20 %;
- 3) язвенный колит — 4—5 %;
- 4) предшествующая операция по поводу рака толстой кишки — 15%;

- 5) предшествующая операция на молочной железе и яичниках — 8%;
- 6) уретероколомия — 8 %.

Причины возникновения плоскоклеточного рака промежностного отдела прямой кишки не изучены. Предполагают, что в части случаев, имеет значение инфицированность вирусом папилломы человека.

5. Скрининг

Своевременное выявление колоректального рака предполагает диагностику его на ранних, доклинических стадиях, когда отсутствуют всякие клинические проявления этого заболевания. Скрининг, или раннее выявление колоректального рака, проводится с помощью пальцевого обследования, эндоскопического метода и гемоккультного теста.

Около 70% всех ректальных карцином выявляется при пальцевом исследовании прямой кишки. Пальцевое обследование прямой кишки в соответствии с приказом МЗ РФ N270 от 12.09. 1997г. с целью скрининга обязательно производят в смотровых кабинетах поликлиник.

Профилактическому обследованию подвергают лиц обоего пола старше 45 лет и, независимо от возраста, людей группы повышенного риска.

К группе повышенного риска относят близких родственников больных раком толстой и прямой кишки и людей, лечившихся ранее по поводу полипов и полипоза кишечника. Пальцевое обследование прямой кишки является обязательным при профилактических осмотрах у гинеколога, уролога и врачей других специальностей.

Обследование производят ежегодно.

Лицам группы повышенного риска рекомендуют 1 раз в 5 лет проходить колоноскопию.

Сигмоидоскопия и тотальная колоноскопия являются важными методами скрининга колоректального рака. Чувствительность этого метода составляет 85%. В настоящее время Американская ассоциация врачей рекомендует проведение сигмоидоскопии каждые 3-5 лет, начиная с 50-летнего возраста, у лиц, не предъявляющих каких-либо жалоб на дисфункцию кишечника.

Однако возможность использования этих методик для широкого скрининга представляется сомнительной из-за их большой сложности и высокой стоимости. Поэтому большинство онкологов рекомендуют ограничиться применением указанных методов обследования в первую очередь среди лиц, имеющих факторы повышенного риска возникновения колоректального рака.

Исследование кала на скрытую кровь (гемоккультный тест) является основным методом скрининга. Гемоккульт-тест (гваяковая проба, модифицированная Грегором) был разработан в 60-х гг. XX века, к настоящему времени апробирован на миллионах людей. К основным достоинствам этого метода следует отнести простоту исследования и его относительную дешевизну.

Основанием для проведения указанного теста является то, что колоректальные аденомы и карциномы в той или иной степени кровоточат. При проведении скрининга среди формально здорового населения от 2 до 6% обследованных имеют положительный гемоккульт-тест. При дальнейшем обследовании пациентов, имеющих положительный гемоккульт-тест, колоректальный рак выявляется в 5-10%, а железистые аденомы - в 20-40% случаев. В 50-70% случаев тест бывает ложноположительным.

В настоящее время в США проведено более 10 контролируемых рандомизированных исследований, которые продемонстрировали влияние этого метода скрининга на снижение заболеваемости и смертности при колоректальном

раке. Смертность от рака ободочной кишки при проведении ежегодного скрининга с использованием гемокульт-теста может быть снижена на 30%. С 1977 г. гемокульт-тест стал в ФРГ обязательным стандартным методом массового обследования населения на рак толстой кишки.

6. Классификация

Локализация опухоли

В России на опухоли прямой кишки приходится несколько больше половины случаев колоректального рака.

При раке ободочной кишки в сигмовидной кишке опухоль встречается у 40 – 50% больных, в слепой у 20 – 25%. Другие отделы поражаются реже, примерно с одинаковой частотой.

Первично-множественные синхронные поражения ободочной кишки отмечаются у 1 – 3% больных.

При раке прямой кишки наиболее часто опухоль поражает ампулярный отдел (80% всех случаев), при этом частота поражения верхне-, средне-, и нижеампулярного отделов примерно одинаковая.

Рак ректосигмоидного отдела прямой кишки встречается у 12 – 15%, рак промежностного отдела у 5 – 8% больных раком прямой кишки.

Могут встречаться первично-множественные поражения прямой кишки.

Макроскопическая классификация

По типу роста опухоли выделяют следующие формы рака: экзофитный, и эндофитный.

Экзофитные опухоли растут в просвет кишки в виде полипа, узла или ворсинчатого образования, напоминающего цветную капусту. При распаде экзофитной опухоли возникает блюдцеобразный рак, который имеет вид язвы с плотным дном и валикообразными краями, выступающими над поверхностью непоражённой слизистой.

Эндофитный (инфильтративный) рак растёт преимущественно в толще кишечной стенки. Опухоль распространяется по периметру кишки и охватывает её циркулярно, вызывая сужение просвета. При распаде эндофитного рака образуется обширная плоская язва со слегка приподнятыми плотными краями и неровным дном, расположенная по периметру кишки (язвенная или язвенно-инфильтративная форма).

Гистологическая классификация

При микроскопическом (гистологическом) изучении колоректального рака самой распространённой нозологической формой является аденокарцинома. В Международной гистологической классификации ВОЗ рекомендуют указывать степень её гистологической дифференцировки: высоко-, умеренно- и низкодифференцированной. Аденокарциному разной степени дифференцировки встречают в 75— 80% наблюдений. На втором месте по частоте встречаемости стоит слизистая аденокарцинома (до 10—12%). Следующими гистологическими формами являются перстневидно-клеточный рак (до 3—4%) и плоскоклеточный рак (до 2%).

Плоскоклеточный рак встречается в промежностном отделе прямой кишки и составляет до 40-50% возникающих там опухолей.

7. Закономерности роста первичной опухоли и метастазирования колоректального рака

Рост опухоли происходит преимущественно в поперечном к кишке направлении. Раковые клетки при экзофитных формах опухоли обычно не проникают дальше видимых границ опухоли. При эндофитном росте клетки рака удаётся обнаружить на расстоянии 2-3 см от края новообразования.

При выходе опухоли за пределы кишки рак может распространиться в забрюшинную клетчатку, на брюшную стенку, петли тонкой кишки, другие органы и ткани.

Основным путём метастазирования является лимфогенный путь. Частота лимфогенного метастазирования зависит от величины, расположения, формы роста и гистологического строения опухоли. Метастазы в лимфатические узлы чаще встречаются при больших размерах опухоли, эндофитном росте, слизистом, перстневидноклеточном, недифференцированном раке. При раке нижних отделов прямой кишки могут поражаться паховые лимфоузлы.

По грудному лимфатическому протоку возможно метастазирование в лимфоузлы левой надключичной области.

Гематогенный путь метастазирования обусловлен прорастанием опухоли в венозные сосуды. Гематогенные метастазы чаще всего встречаются в печени, гораздо реже в лёгких, надпочечниках и других органах.

Имплационные метастазы возникают при прорастании опухолью всех слоёв стенки кишки и висцеральной брюшины. Опухолевые клетки отрываются от основной массы опухоли и распространяются по париетальной и висцеральной брюшине. Имплационное метастазирование может проявляться асцитом, а также метастатическим поражением пупка.

8. Диагностика колоректального рака в амбулаторных условиях

Как правило, рак колоректальной зоны диагностируется после обращения больного с клиническими проявлениями болезни к врачу первого контакта. Знание клиники колоректального рака позволяет своевременно провести необходимое обследование и установить верный диагноз. Наличие выраженной клиники не означает невозможность выздоровления больного. К сожалению, в части случаев пациент может месяцами наблюдаться с клиническими проявлениями рака до установления диагноза. Клинические проявления зависят от разных факторов и во многом от локализации опухоли. Клиника различна не только от того имеется ли рак в ободочной и прямой кишке, но и от того, в каком отделе ободочной или прямой кишки локализуется опухоль. Задачами врача общей практики являются: обоснованно заподозрить рак колоректальной зоны, своевременно провести обследование, направленное на подтверждение диагноза рака, при подтверждении данной патологии своевременно направить больного к специалисту-онкологу.

Клиника рака ободочной кишки

Клинические проявления рака ободочной кишки во многом зависят от расположения опухоли, степени распространения опухоли, наличия осложнений.

Имеются различия в клинике рака правых (слепая кишка, восходящая часть ободочной кишки, печёночный изгиб) и левых (поперечная ободочная кишка, селезёночный изгиб, нисходящая и сигмовидная кишка) отделов ободочной кишки.

Наиболее частые симптомы: боли в животе, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишки, наличие патологических выделений с калом, изменение общего состояния больного и, наконец, наличие пальпируемой опухоли.

Боли в животе являются наиболее частым симптомом рака ободочной кишки и отмечаются более чем у 80 % пациентов. Причины возникновения болей могут быть разными. При правосторонней локализации опухоли боли как один из первых симптомов рака ободочной кишки встречаются в 2—3 раза чаще, чем при раке левой половины. Этот факт объясняется, нарушением двигательной функции илеоцекального запирающего аппарата, обусловленным нарушениями васкуляризации и иннервации и приводящим к маятникообразному перемещению содержимого кишечника из тонкой кишки в слепую и обратно.

Болевой синдром может быть вызван спастическими сокращениями кишечной стенки с целью преодолеть препятствие, обусловленное обтурацией просвета полого органа (чаще при раке левой половины), а иногда – наличием перифокального и внутриопухолевого воспалительного процесса, часто сопутствующего опухолям ободочной кишки.

Опухоли ободочной кишки могут длительное время протекать без болевого синдрома и только при распространении новообразования за пределы кишечной стенки, и при переходе на париетальную брюшину и окружающие органы появляются боли, интенсивность и периодичность которых может быть различной. В зависимости от локализации опухоли болевой синдром может имитировать хронические аппендицит, холецистит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический аднексит. Почти в 60 % случаев рак правой половины ободочной кишки проявляется болями в правой половине живота, кишечными расстройствами, гипертермией, наличием симптомов интоксикации и анемией. Такое сочетание клинических симптомов характерно для токсико-анемической формы рака ободочной кишки.

Нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки приводят к застою кишечного содержимого и обуславливают такие симптомы дискомфорта, как чувство тяжести в животе, потерю аппетита, тошноту. Важную роль в развитии кишечного дискомфорта играют рефлекторные функциональные нарушения других органов пищеварительной системы.

Всасывание продуктов распада воспалённой слизистой оболочкой, изменение нормального состава кишечной микрофлоры, сопровождающееся появлением патогенных штаммов, выделяющих экзо - и эндотоксины, приводит к развитию синдрома эндогенной интоксикации.

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у больных раком ободочной кишки проявляются нарушением пассажа содержимого, запором, вздутием живота, приступообразными болями. Скопление каловых масс проксимальнее опухоли сопровождается усилением процессов гниения и брожения, приводя к вздутию живота с задержкой стула и газов. Гиперпродукция слизи воспаленной слизистой оболочкой приводит к разжижению кишечного содержимого, в результате чего запор чередуется с жидким зловонным стулом в ряде случаев с примесью крови, что нередко расценивается специалистами как дизентерия и приводит к диагностическим и тактическим ошибкам.

В тех случаях, когда течение опухолевого процесса осложняется развитием кишечной непроходимости, в клинической картине больных раком ободочной кишки преобладают такие симптомы, как вздутие живота с затрудненным отхождением кала и газов, тошнота, отрыжка, рвота. В большинстве наблюдений боли носят приступообразный характер. При локализации злокачественной опухоли в левой половине толстой кишки стенозирующий характер опухолевого роста

приводит к сужению просвета кишки, вследствие чего каловые массы, скапливаясь в проксимальном отделе (выше опухоли), могут пальпироваться через брюшную стенку и иногда ошибочно принимаются за опухоль.

Нередко функциональные расстройства дефекации, изменение формы кишечного содержимого, скопление его и внезапное опорожнение от задержавшихся обильных каловых масс являются одними из первых признаков опухоли ободочной кишки.

Одними из довольно частых и сравнительно ранних клинических проявлений рака ободочной кишки, являются патологические выделения из прямой кишки. К таковым относятся слизь, кровь, гной, опухолевые массы и др. Наиболее часто патологические примеси в кале отмечены при левосторонней локализации опухоли толстой кишки, нежели при расположении опухоли в правой половине. Наличие патологических выделений из прямой кишки не всегда напрямую связано с опухолевым поражением толстой кишки. Выделение гноя, фрагментов опухолевых масс наблюдается редко, свидетельствует о присоединении воспалительного процесса, приводящего к распаду опухоли, инфицированию и образованию перифокальных и внутриопухолевых гнойников.

Во всяком случае, наличие таких выделений довольно часто свидетельствует о распространенном опухолевом процессе.

Важными симптомами, наблюдающимися у больных раком ободочной кишки, являются общие симптомы. К ним относят общую слабость, недомогание, беспричинную потерю массы тела, быструю утомляемость и другие, обусловленные интоксикацией вследствие резорбции, как самой опухоли, так и продуктов метаболизма.

Одним из симптомов, свидетельствующих о далеко зашедшем опухолевом процессе, является пальпируемая через брюшную стенку опухоль. Частота этого симптома колеблется от 40 до 60 %.

Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что клинические проявления начальных форм рака ободочной кишки являются более характерными для так называемых фоновых заболеваний. Тем не менее, любой из перечисленных выше симптомов (боль, кишечные расстройства, наличие патологических примесей в стуле) является основанием для детального обследования.

Учитывая многообразие клиники рака ободочной кишки, А. М. Ганичкиным выделены следующие клинические формы рака ободочной кишки:

токсико-анемическая, характеризующаяся различной степенью выраженности анемией, общими симптомами, интоксикацией;

обтурационная, характеризующаяся возникновением признаков нарушения проходимости кишечника и сопровождающаяся приступообразными болями в животе, урчанием и усиленной перистальтикой;

энтероколитическая, сопровождающаяся вздутием живота, чередованием поносов и запоров, наличием патологических примесей в кале;

псевдовоспалительная, характеризующаяся малой выраженностью кишечных расстройств на фоне признаков воспалительного процесса в брюшной полости;

опухолевая (атипичная), для которой нехарактерны общие симптомы, нарушение проходимости кишечника при определяемой пальпаторно опухоли в брюшной полости;

диспепсическая форма, характерными признаками которой являются симптомы желудочного дискомфорта (тошнота, отрыжка, чувство тяжести в эпигастральной области), сопровождающиеся болями, преимущественно в верхнем этаже брюшной полости.

Выделение клинических форм условно и главным образом характеризует

ведущий симптомокомплекс. Тем не менее, знание этих форм позволяет заподозрить наличие опухоли даже в тех случаях, когда заболевание протекает с незначительно выраженными кишечными расстройствами.

Осложнённые формы рака ободочной кишки

Для рака ободочной кишки характерным является наличие различных осложнений опухолевого процесса, оказывающих непосредственное влияние на течение заболевания и прогноз. К ним относятся кишечная непроходимость различной степени выраженности, перифокальный воспалительный процесс, перфорация опухоли, кишечное кровотечение, а также распространение опухоли на окружающие органы и ткани.

Частота развития кишечной непроходимости у больных раком ободочной кишки зависит от многих причин и составляет, по данным различных авторов, от 10 до 60 %. В случаях кишечной непроходимости, перфорации опухоли, кровотечения больной, как правило, попадает в отделение неотложной хирургии.

Клиника рака прямой кишки

Клиническая картина рака прямой кишки разнообразна, а степень ее выраженности зависит от стадии опухолевого процесса, локализации и формы роста опухоли.

В начальном периоде симптоматика очень скудная или вообще отсутствует. Именно поэтому ранние формы рака прямой кишки диагностируют или во время профилактических осмотров, или случайно — при осмотре по поводу другого заболевания.

В этот период появляются чувство неудовлетворённости после акта дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника.

С распадом опухоли и вторичными воспалительными явлениями определяется многообразие клинических симптомов, характерных для рака прямой кишки, которые можно сгруппировать в отдельные симптомокомплексы: 1) патологические выделения; 2) расстройства функции кишечника; 3) болевые ощущения в прямой кишке, крестце, внизу живота; 4) расстройства общего порядка.

Кровотечение как один из ведущих симптомов бывает при локализации опухоли в ампулярном отделе прямой кишки. Чаще оно незначительное, непостоянное, отмечается (в отличие от геморроидального кровотечения) в начале акта дефекации, либо отмечается примесь крови в кале. Редко, при больших опухолях, кровотечение может быть и массивным, приводя к развитию обморочных состояний и анемии.

Кровотечения чаще наблюдаются при экзофитно растущих опухолях. При дальнейшем росте опухоли вместе с кровью выделяются распадающиеся опухолевые массы, имеющие вид мясных помоев со зловонным запахом.

Патологические выделения в виде слизи и свежей крови определяются у более 80% больных. Слизь в чистом виде, иногда в большом количестве, может выделяться в случаях, когда рак прямой кишки развивается на фоне имевшего место ворсинчатого полипа.

Функциональные расстройства многообразны, но менее специфичны для рака прямой кишки, чем патологические выделения. Примерно $\frac{3}{4}$ больных страдают функциональными расстройствами в виде изменения ритма и регулярности испражнений. Прежде всего, появляется чувство неполного опорожнения и наличия инородного тела в прямой кишке («кишечный дискомфорт»). В дальнейшем —

стойкие и регулярные запоры по несколько дней. Чаще это следствие рефлекторного спазма прямой кишки. Запоры как один из ведущих симптомов рака прямой кишки наблюдаются у 40% больных. В дальнейшем, по мере роста опухоли, распада ее и развития вторичных воспалений, появляются ректиты, служащие причиной таких неприятных симптомов, как тенезмы. Тенезмы как один из ведущих симптомов рака прямой кишки определяются более чем у 40 % больных.

У части больных возникают поносы.

В случаях, когда опухоль располагается в промежностном отделе прямой кишки, может развиваться вначале паралич сфинктера, а затем полное его разрушение, что ведет к расстройству его функции. В этих случаях больной не в состоянии управлять актом дефекации, развивается недержание газов и кала. Отмечается изменение формы калового столбика.

Боль как симптом рака прямой кишки встречается при всех локализациях, но характер боли, степень выраженности, локализация и время наступления зависят от расположения опухоли и стадии заболевания.

Боль при раке в заднепреходном канале — ранний симптом и встречается почти в 100 % случаев, особенно при акте дефекации; развивается «стулбоязнь».

При локализации опухоли в ампулярном отделе прямой кишки боль появляется, когда начинается сдавление или прорастание нервных корешков крестцовой области. Боль в этих случаях вызвана актом дефекации и иррадирует в копчик и крестец.

Боли при локализации опухоли в ректосигмоидном и верхне-ампулярном отделах чаще непостоянные, схваткообразные, связанные с нарастающей непроходимостью. Характерными их локализациями являются нижний отдел живота, левая подвздошная область, что у женщин порой неправильно расценивается как воспаление придатков и служит причиной ошибок.

Похудание при раке прямой кишки не относится к числу ранних симптомов, но иногда это бывает единственным поводом, служащим для обращения к врачу.

Клинические наблюдения позволяют отметить, что при раке прямой кишки общее состояние больных длительное время остается ненарушенным. Чем выраженнее функциональные нарушения со стороны кишечника, тем чаще и в большей степени страдает общее состояние больных.

Анемия, так же как и потеря массы тела, не относится к числу ранних симптомов, но имеет значение в общем симптомокомплексе рака прямой кишки.

Ранние формы рака прямой кишки имеют крайне скудную симптоматику, и выявление их — скорее случайность, чем закономерность.

В случаях, когда больные не подвергаются радикальному хирургическому лечению по каким-либо причинам, на первый план выступают сопутствующие раку прямой кишки осложнения, что является характерной особенностью этой формы. При этом осложнения бывают настолько выражены, что могут стать непосредственной причиной смерти этих больных. Около половины больных, не подвергавшихся радикальному лечению, умирают от прогрессирования опухолевого процесса. У остальных непосредственной причиной смерти являются осложнения: гнойно-воспалительные и кишечная непроходимость. У значительной части больных, умерших вследствие гнойно-воспалительных осложнений, опухолевый процесс до конца жизни оставался местным.

Это очень важный в практическом отношении факт, свидетельствующий о том, что рак прямой кишки длительное время остается местным процессом. Наложение противоестественного заднего прохода и ликвидация вторичных воспалительных явлений могут способствовать правильной оценке степени распространения опухолевого процесса, что даёт возможность, в конечном счёте, выбрать

правильный метод лечения.

Таким образом, клиническая симптоматика рака прямой кишки имеет много характерных признаков, в том числе и в раннем периоде.

Диагностические мероприятия при подозрении на колоректальный рак

Диагностические мероприятия при подозрении на рак ободочной и прямой кишки совпадают. То есть при подозрении на рак какого-либо отдела колоректальной зоны обследованию подлежит вся колоректальная зона. Связано это с тем, что у части больных, около 5%, встречаются первично-множественные синхронные опухоли кишечника.

Задачей врача общей практики является первичная диагностика, то есть установления факта наличие опухолевого заболевания. После этого больной должен быть своевременно направлен к онкологу. Вторичная диагностика по большей части осуществляется онкологом. Хотя часть диагностических мероприятий вторичной диагностики (УЗИ органов брюшной полости, рентгенография лёгких и т.д.) может осуществляться врачом общей практики параллельно с первичной диагностикой. Установление первичного диагноза рака колоректальной зоны до настоящего времени значительно запаздывает, и в большинстве случаев больные поступают в специализированные учреждения с распространёнными формами новообразования.

Диагностика рака колоректальной зоны должна быть комплексной и основываться на данных клинического, эндоскопического, ультразвукового, рентгенологического и морфологического методов

В тех случаях, когда на основании характера жалоб и анамнестических данных можно заподозрить опухоль толстой кишки, первым мероприятием при обследовании больного должен быть наружный осмотр.

Осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов в случае их увеличения позволяют вынести предварительное суждение о распространённости рака. В этом случае проводят биопсию увеличенных лимфатических узлов. Необходимы пальпация и перкуссия живота, при которых можно обнаружить опухолевое образование или свободную жидкость в брюшной полости. Особое внимание следует уделять пальпации печени, обращая внимание на ее консистенцию, размер, характер поверхности. Бугристая поверхность может свидетельствовать о метастатическом поражении.

Обязательными исследованиями являются:

Пальцевое исследование анального канала, прямой кишки и перианальной области

Пальпация паховых лимфатических узлов

Ректороманоскопия (при обнаружении опухоли — биопсия)

Ирригоскопия

Фиброколоноскопия с биопсией

Ультразвуковое исследование печени и забрюшинных лимфатических узлов

Рентгенологическое исследование органов грудной полости

Первичная диагностика

При пальцевом исследовании прямой кишки можно установить до 70% опухолей прямой кишки.

При ректороманоскопии жёстким ректоскопом возможно осмотреть до 30 см дистального отдела толстой кишки, то есть все отделы прямой кишки и дистальный отдел сигмовидной кишки. При этом возможна биопсия подозрительных патологических образований с целью их морфологического исследования.

Высокоинформативно рентгенологическое исследование толстой кишки —

ирригоскопия. Значительно расширяет диагностические возможности метод двойного контрастирования. При рентгенологическом исследовании можно определить форму роста, протяжённость опухоли по кишке, наличие межкишечных свищей или изъязвлений. Косвенными рентгенологическими признаками рака ободочной кишки являются отсутствие или расстройство перистальтики кишки на ограниченном участке, перестройка рельефа слизистой оболочки, ригидность стенки, нарушение эвакуаторной функции. Наиболее характерным рентгеновским признаком является наличие дефекта наполнения. Исследование необходимо проводить в различных проекциях для исключения наложения рентгеновских изображений. Опытный рентгенолог при помощи метода двойного контрастирования может выявить опухолевое образование размером от 0,5 см в диаметре.

До сих пор бытует метод обследования толстой кишки введением бария через рот. Это методологически порочное исследование часто даёт неверные результаты и должно быть решительно осуждено.

Наиболее информативным и достоверным методом диагностики рака ободочной кишки является эндоскопический — колоноскопия. Этот метод не только визуализирует опухолевый инфильтрат, но и позволяет произвести биопсию с забором материала для последующего морфологического изучения. Кроме того, при колоноскопии возможен осмотр всей слизистой оболочки толстой кишки и при необходимости осуществление биопсии из всех подозрительных участков (полипы, аденомы, изъязвления и т.д.).

Вторичная диагностика

При помощи внутривенной урографии определяют не только расположение мочеточников и мочевого пузыря, наличие или отсутствие признаков вовлечения последних в опухолевый процесс, но и функцию почек.

В случаях резкого диссонанса в результатах рентгенологического и эндоскопического исследования целесообразно использовать компьютерную томографию.

УЗИ позволяет оценить местную распространённость опухолевого процесса, наличие отдаленных метастазов, а в сочетании с пункцией под контролем УЗИ возможна и морфологическая верификация подозрительных участков.

Начиная с середины 70-х годов за рубежом, а в последнее десятилетие и в нашей стране широко в целях диагностики (мониторинга процесса) стали использовать определение уровня опухолевых маркёров. Наиболее известный маркёр для опухолей толстой кишки — раковоэмбриональный антиген (РЕА), хотя его не относят к патогномичным и у 40 % больных раком толстой кишки его не выявляют. РЕА не является специфическим маркёром, поскольку он может иметь место и при других злокачественных опухолях (раке молочной железы, поджелудочной железы, лёгкого, яичников и даже саркомах), а также в эмбриональной ткани и при незлокачественных заболеваниях. Существуют и другие опухолевые маркёры, используемые при раке толстой кишки (Ca 19-9). Их диагностическое значение широко изучают в настоящее время.

В последние годы за рубежом появились сообщения о новых высокоинформативных методах диагностики рака ободочной кишки. К ним относят: виртуальную КТ — колоноскопию, радиоиммунохирургию (RIGH), позитронно-эмиссионную томографию.

Метод лапароскопической диагностики применяется в стационарах.

Окончательным этапом диагностики является интраоперационная ревизия брюшной полости, которая позволяет установить наличие и истинную распространённость опухолевого процесса.

9. Лечение рака колоректальной зоны

Лечение рака ободочной кишки

Хирургический метод лечения – основной при раке ободочной кишки. При его применении должны быть учтены все современные принципы онкологического радикализма: достаточное расстояние края резекции от макроскопически определяемой опухоли), адекватная лимфаденэктомия, соблюдение футлярности.

При опухолях правой половины ободочной кишки выполняют правостороннюю гемиколэктомию.

При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, а также начальных отделах сигмовидной кишки, выполняют левостороннюю гемиколэктомию.

При локализации опухоли в средней или дистальной трети сигмовидной кишки осуществляют резекцию сигмовидной кишки.

При опухолях поперечной ободочной кишки без метастатического поражения лимфатических узлов допустимо выполнение резекции поперечной ободочной кишки.

При опухоли ободочной кишки ограниченной пределами слизистой оболочки стенки может применяться эндоскопическое удаление опухоли.

Удаление отдалённых метастазов (в печени, яичниках, лёгком) одновременно с первичным опухолевым очагом, либо вторым этапом, получило достаточно широкое распространение в хирургии колоректального рака (**уровень доказательности II,A**).

К средствам, позволяющим повысить абластичность хирургического вмешательства, относится лучевое лечение. В зависимости от последовательности применения ионизирующего излучения и оперативного вмешательства различают пред-, после и интраоперационную лучевую терапию.

При выраженных явлениях кишечной непроходимости и наличии резектабельной опухоли необходимо выполнять радикальные многоэтапные хирургические вмешательства.

При умеренно выраженных явлениях кишечной непроходимости допустимо выполнение радикальных одноэтапных и паллиативных (при запущенном раке) резекций толстой кишки.

При перфорации раковой опухоли толстой кишки с явлениями диффузного распространённого перитонита, тяжёлом состоянии пациентов и декомпенсации сопутствующих заболеваний следует отдавать предпочтение радикальным многоэтапным хирургическим вмешательствам.

При невозможности проведения радикального хирургического лечения при раке ободочной кишки из-за наличия отдалённых метастазов, может быть применена паллиативная или циторедуктивная резекции ободочной кишки, способная существенно продлить жизнь больного.

При запущенном раке ободочной кишки, в случае наличия или угрозе наступления кишечной непроходимости и невозможности произвести резекцию ободочной кишки, прибегают к формированию обходного межкишечного анастомоза или к формированию колостомы,

Адьювантная (послеоперационная) химиотерапия показана после операции больным раком ободочной кишки с регионарными метастазами, а также у пациентов молодого возраста; при прорастании стенки кишки; низкой дифференцировке опухоли; сомнениях в радикальности операции; при повышении уровня раковоэмбрионального антигена выше нормы через 4 недели после операции.

Лечение рака прямой кишки

Единственным методом радикального лечения рака прямой кишки является оперативное вмешательство. Исключение - плоскоклеточный рак анального отдела, при котором эффективна лучевая терапия.

При опухолях, расположенных на расстоянии 10 и более см от заднего прохода наиболее часто применяется передняя резекция прямой кишки.

При низко расположенных опухолях (менее 6-8 см от заднего прохода) прибегают к брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки производят при расположении опухоли на расстоянии 6-8 см от ануса

Операцию Гартмана производят при опухолях, нижний полюс которых располагается на расстоянии не менее 10 см от заднего прохода при осложнённом раке прямой кишки. При солитарных метастазах в печени или лёгких возможно радикальное лечение, включающее удаление первичной и метастатической опухолей **(уровень доказательности II, A).**

Трансанальное иссечение, **(уровень доказательности III, A).**

криодиструкцию, эндоскопическую электрокоагуляцию опухоли применяют при малигнизированных полипах, а также при умеренно или высокодифференцированных подвижных злокачественных новообразованиях с небольшими размерами, если поражение ограничено слизистой оболочкой и подслизистым слоем. Также могут применяться экономные сфинктеросохраняющие операции при малых размерах и неглубокой инвазии низколокализованных опухолей.

При технически удалимых запущенных опухолях с паллиативной целью производят переднюю резекцию, брюшно-анальную резекцию, брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, операцию Гартмана. При опухолях, распространяющихся на другие тазовые органы возможно выполнение эвисцерации таза.

При неудалимых стенозирующих просвет кишки или распадающихся опухолях формируют противоестественный задний проход.

Лучевая терапия является основным методом лечения только при плоскоклеточном раке анального отдела. В остальных случаях лучевая терапия в качестве самостоятельного метода используется для паллиативного лечения больных с местно распространённым процессом.

Кроме этого, лучевую терапию назначают в комбинации с радикальной операцией при раке II и III стадий **(уровень доказательности III, A).**

В качестве самостоятельного метода химиотерапию проводят только при невозможности хирургического и лучевого лечения.

Адьювантная химиотерапия, назначаемая в дополнение к оперативному вмешательству способна улучшить отдалённые результаты лечения **(уровень доказательности II, A).**

10. Прогноз

Прогноз при раке ободочной и прямой кишки зависит от ряда факторов, ведущие из которых – стадия заболевания, метод лечения.

Остальные факторы (локализация опухоли, макроскопическая и микроскопическая формы опухоли и другие, имеют меньшее значение).

При I-II стадиях рака колоректальной зоны (эти стадии характеризуются

отсутствием регионарных и отдалённых метастазов) проведённое радикальное лечение приносит успех у большинства больных.

11. Диспансеризация

Диспансеризация после радикального лечения осуществляется онкологом.

В первый год наблюдения 1 раз в 3 месяца, во второй год 1 раз в 6 месяцев, затем один раз в год.

12. Последствия лечения

После радикального лечения рака ободочной кишки без формирования колостомы и передней резекции прямой кишки состояние больного и его адаптация в обществе, как правило, являются вполне удовлетворительными.

Из наиболее часто наблюдаемых расстройств можно отметить:

Нарушение функции кишечника клинически проявляются диареей, снижением массы тела больного, болезненностью кишки при пальпации.

При лёгкой степени - стул 2-3 раза в сутки, снижение массы тела не отмечается, больной хорошо адаптирован и трудоспособен.

При средней степени тяжести – стул до 4-7 раз в неделю, незначительное снижение массы тела, трудоспособность может быть ограничена в связи с необходимостью соблюдения санитарного режима.

При тяжёлой степени – стул от 8 до 12 раз в сутки, отмечается мацерация в области ануса, выраженное снижение массы тела, нарушение водно-электролитного обмена.

Лечение направлено на нормализацию стула путем адекватно скорректированной диеты (№ 2 и № 4), препаратов, используемых при дисбактериозе кишечника. При воспалительных изменениях в кишечнике, явлениях анастомозита целесообразны высокие клизмы с 0,5% раствором новокаина по 100,0 и 0,2 % раствором фурацилина по 100,0 (после стула) и очистительные клизмы в течение 5-7 дней подряд.

Спаечная болезнь как последствия оперативного вмешательства и воспалительных процессов в брюшной полости. Снижение массы тела не происходит.

При лёгкой степени – кратковременные редкие (1-4 раза в год) обострения, проявляющиеся в умеренных болях, тошноте, вздутии живота.

При средней степени – болевой симптом выраженный и стойкий, периодически (1-4 раза в год) приступы динамической кишечной непроходимости, потеря веса до 15-20 кг, нарушение секреторной и моторной функции кишечного тракта, астенизация.

При тяжёлой степени – непрерывное рецидивирующее течение, периодические приступы полной кишечной непроходимости.

Нарушение функции сфинктера часто наблюдается после операции по поводу рака прямой кишки с низведением сигмовидной кишки (брюшно-анальной резекции прямой кишки). Значительно реже и менее выражено после передней резекции прямой кишки.

При первой степени отмечается только недержание газов.

При второй – недержание газов и жидкого кала. Отмечается снижение анального рефлекса, ослабление тонуса сфинктера и волевых сокращений.

При третьей степени – полное недержание всех компонентов кишечного

содержимого. Наблюдается зияние ануса, резкое снижение или отсутствие тонуса сфинктера.

Обычно в 50% случаев функция замыкательного аппарата восстанавливается по истечении 6-12 мес. Функциональная недостаточность анального жома устраняется путем электростимуляции мышц промежности и сфинктеров прямой кишки.

Анастомозит и рубцовое сужение анастомоза характеризуется постоянными болями в животе, поносами, появлением слизи или примесей крови в кале. Окончательный диагноз устанавливается при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях.

С целью устранения рубцовых стриктур при отсутствии воспаления вокруг кишечной стенки осуществляют бужирование колоректального анастомоза эластическим бужем или электрохирургическую реканализацию с визуальным контролем. Бужирование проводят ежедневно на протяжении 4-5 нед. В течение последующего месяца процедуры осуществляют 2-3 раза в неделю. Бужирование дополняют мероприятиями, направленными на облегчение опорожнения кишечника и профилактику инфицирования микротрещин рубцового сужения (витамиотерапия, мягкодействующие слабительные, промывание кишечника антисептическими растворами, применение средств, уменьшающих газообразование, и т.д.). Лечение сужения колоректального анастомоза проводят сразу после его диагностики во избежание развития частичной и полной кишечной непроходимости.

При выраженном рубцовом сужении анастомоза – хирургическое лечение.

Колостома наиболее тяжелое по своим социальным, психологическим и функциональным исходам последствие лечения рака прямой и ободочной кишки.

После экстирпации прямой кишки с наложением постоянной колостомы больные нуждаются в непосредственном обучении методам регуляции кишечной перистальтики, ирригации ободочной кишки, применению калоприемников и пневмообтураторов. Одним из простых и эффективных методов регуляции перистальтики кишечника является диетотерапия. Наиболее рационален метод трехразового питания через постоянные интервалы времени. Для эффективного управления актом дефекации следует подбирать индивидуальную диету. определенное время. Нормальным следует считать 1-3-кратное опорожнение, следующее порционно, приблизительно в одно и то же время, продолжительностью 30-60 мин. Усиливают перистальтику и способствуют опорожнению Перераспределение объема дневного рациона позволяет добиться дефекации в кишечника сахаристые вещества (сахар, мед, сладкие фрукты), вещества, богатые поваренной солью (соленья, маринады, копчености), продукты со значительным содержанием растительной клетчатки (черный хлеб, отруби, сырые фрукты и овощи), жиры, растительное масло, молоко, кефир, фруктовая вода и соки, мороженое.

Замедляют перистальтику кишечника сухари из белого хлеба, творог, слизистые супы, теплые протертые супы и бульоны, рис, протертые каши, кисели, крепкий чай, кофе, какао, натуральное красное вино.

Не оказывают существенного влияния на опорожнение кишечника паровое и рубленое мясо, рыба, яйца, измельченные фрукты и овощи без кожуры и косточек, макароны, вермишель, пшеничный хлеб.

Первые несколько недель следует питаться бедной шлаками пищей (мясо, рыба, рис, вермишель, белые сухари), чтобы отрегулировать работу кишечника.

Таким больным можно рекомендовать отказ от калоприемника и использование ватно-марлевой повязки или обтуратора для плоской колостомы.

В случае недостаточной эффективности диетотерапии назначают медикаментозное лечение в зависимости от моторики кишечника. При тенденции к запорам показаны чередование слабительных (настой листьев сенны, кора крушины, ревеня и т.д.) с диетой, содержащей много клетчатки, физические упражнения, направленные на укрепление мышц брюшного Пресса. При склонности к диарее, чаще всего обусловленной сопутствующим колитом, назначают антибактериальную терапию, активированный уголь по 0,5 г 3-4 раза в день, нитрат висмута по 0,5 г 3 раза в день, обязательно в сочетании с соответствующей диетой (рис, черника, настой шиповника, чай, кофе). С целью уменьшения запаха фекальных масс внутрь применяют ацетилсалициловую кислоту, комбинированные препараты, содержащие Аира корневище+Висмута субнитрата +Крушины ольховидной кору+ Магния карбонат+ Натрия гидрокарбонат; Аира корневище+Висмута субнитрата+Келлин+Крушины ольховидной кору+Магния карбонат+Натрия гидрокарбонат+Рутозид.

Важнейшим требованием к модели используемых больными калоприемников является надежный герметизм между колостомой и собирающим устройством. При этом следует учитывать изменение упитанности больного; это требует периодической адаптации калоприемника или модификации модели изделия. Для повседневного применения в домашних условиях наиболее оптимальны одноразовые облегченные пластиковые калоприемники на прилипающей основе. С целью профилактики и лечения мацерации кожи вокруг колостомы рекомендуется систематическое (3-4 раза в день) обмывание кожи вокруг нее растворами мыла, фурацилина, перманганата калия и т.д., с последующим наложением мягкой повязки, смоченной растительным маслом.

При развитии осложнений со стороны колостомы (параколостомические грыжи, выпадение престомального участка ободочной кишки, рубцовые стриктуры колостомы, свищи брюшной стенки) выполняют пластические операции. Наиболее эффективным методом реабилитации больных, с колостомой после радикального лечения осложненных форм колоректального рака является выполнение реконструктивно-восстановительных операций, направленных на ликвидацию стомы и восстановление естественного пассажа по толстой кишке.

Нарушение самостоятельного мочеиспускания. Развивается в результате операционной травмы парасимпатической иннервации мочевого пузыря, травматического перицистита и патологической импульсации из раны. Лечение включает катетеризацию мочевого пузыря, прием уросептиков, инъекции прозерина, витаминов В₁ и В₆, магнитотерапию, электростимуляцию мочевого пузыря.

Сексуальные расстройства. Большинство мужчин, перенесших экстирпацию прямой кишки, страдает снижением половых функций или импотенцией функциональной природы, поэтому в систему реабилитационных мероприятий следует включать лечение у психотерапевта и сексопатолога.

Список литературы

1. Рак толстой кишки. Под редакцией Дж. Мейерхардта, М. Сандерза. Рид Элсивер. 2009.
2. Онкология. Справочник практического врача. Под редакцией И. В. Поддубной. МЕД пресс-информ. 2009.
3. Онкология. Национальное руководство. Александрова Л. М., Чиссов В. И., Давыдов М.И. ГЭОТАР-Медиа, 2013 г.
4. www.rosoncweb.ru.

