РАК ЖЕЛУДКА, РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Москва

1999

РАК ЖЕЛУДКА

Клинико-гистологические соответствия:

Рак интестинального типа (гистологически):

***Факторы риска:***

* мужской пол
* возраст старше 60 лет
* хронические заболевания гастродуодунального отдела ЖКТ:
* хронический атрофический гастрит,
* в т.ч. после резекции желудка
* полипы и полипоз желудка
* язвенная болезнь желудка
* пернициозная анемия
* болезнь Менетрие
* особенности пищевого поведения
* пристрастие к жирной, острой пище, копченостям, жареному
* гиповитаминоз
* регион проживания - эндемики по Mg, Se.

Рак диффузного типа (гистологически)

***Факторы риска***

* неспецифичен по отношению к полу
* возраст 30 - 40 лет
* наследственная предрасположенность
* (отягощенность по хроническим заболеваниям ЖКТ, раку
* желудка)
* группа крови А(II) - HLA DR4, DR34
* характер питания роли не играет

Клиническая картина рака желудка:

**Ранний рак** - синдром малых признаков (Савицкий А.И., 1947)

1. немотивированная общая слабость, быстрая утомляемость
2. депрессивно-ипохондричный синдром
3. гипо- и анорексия
4. желудочный дискомфорт после приема пищи - ощущение переполнения желудка, распирания газами, болезненность в эпигастрии
5. “беспричинное” снижение массы тела

**Развитая форма рака** *(типичные формы)-* в отличие от симптоматики хронических заболеваний ЖКТ помимо симптомов анемизации, астенизации, диспепсии имеется достаточно специфичный по проявлениям болевой синдром:

1. постоянная, тупая, стойкая, не связана с приемом пищи, возникает без видимой причины
2. локализуется в эпигастрии, разлитая
3. постепенно, в течение недель-месяцев нарастает боль вплоть до нестерпимой, не купируемой обычными анальгетиками.

***При особенностях локализации в желудке:***

кардия: преобладает дисфагия - потребность запивать пищу водой сменяется необходимостью принимать лишь мягкую, а затем и жидкую пищу

дно: длительное время бессимптомно - при распаде - клиника внутреннего кровотечения

привратник: очень быстро развивается чувство тяжести, отрыжка с кислым/тухлым запахом, рвота пищей, съеденной накануне.

Диагностика

Преклиническая диагностика

Анкетирование организованных популяций с формированием групп повышенного риска

Ориентировочное клиническое обследование - кал на скрытую кровь, ренгенография желудка или гастродуоденоскопия

Диагностика по обращаемости включает:

Физикальное обследование

Пальпаторно бугристый, плотный, несмещаемый узел - 20-30 %.

Лабораторное обследование

Кровь: анемия, умеренный нейтрофильный лекоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ.

Желудочный сок: гипо- и вплоть до ахилии.

Кал: скрытая кровь

Инструментальные методы

Рентгенография желудка: дефект наполнения, деформация контуров, изменение рельефа слизистой.

ЭГДС и прицельная биопсия:

макроскопически - полиповидный, бляшковидный и изъязвленный (*при раннем раке*); грибовидный, блюдцеобразный, инфильтративный и язвенно-инфильтративный (*при развитом раке*).

микроскопически - аденокарцинома, недифференцированный, плоскоклеточный, аденоканкроид, неклассифицируемый.

Лечение

Радикальное - оперативное - при отсутствии отдаленных метастазов (I- IIIa стадии)

резекция желудка, гастрэктомия (“выбор метода операции определяется локализацией и личными склонностями хирурга” - Напалков Н.П., 1989)

Паллиативное - оперативное - в III a и IV ст. - для ликвидации тягостных субхективных расстройств.

Химиотерапия и рентгенотерапия малоэффективны и практически не используются.

Рак ободочной кишки

***Факторы риска:***

* неспецифичен по отношению к полу
* возраст старше 50 лет ( по др. авторам - 70 лет)
* хронические заболевания кишечника:
* полипы и полипоз ободочной кишки
* неспецифический язвенный колит
* болезнь Крона с поражением толстой кишки
* дивертикулез ободочной кишки
* функциональная кишечная диспепсия
* особенности пищевого поведения
* пристрастие к жирной, острой пище, копченостям, жареному
* недостаток пищевых волокон
* наследственная предрасположенность
* (отягощенность по хроническим заболеваниям ЖКТ, раку
* толстой кишки)
* материальное благополучие
* регион проживания - городская популяция развитых страны

Клиническая картина рака ободочной кишки:

*основные формы при любой локализации включают синдромы:*

токсико-анемический, энтероколитический, диспепчисеский, обтурационный, псевдовоспалительный, опухолевый.

**Рак правой половины**- доминируют болевой. анемический и энтероколитический синдром.

1. боль без четкой локализации, разлитая по правой половине, тупая, ноющая, неинтенсивная, постоянная
2. немотивированная общая слабость, быстрая утомляемость
3. депрессивно-ипохондричный синдром
4. гипо- и анорексия
5. “беспричинное” снижение массы тела

**Рак левой половины** *(типичные формы)-*  преобладают симптомы обтурации:

1. чувство неполного опорожнения после дефекации
2. вздутие и урчание в кишечнике
3. чередование запоров с поносами / периодическая задержка стула и газов, вздутие живота
4. макроскопически примесь крови и слизи - в 30 -40 %

Диагностика

Преклиническая диагностика

Анкетирование организованных популяций с формированием групп повышенного риска

Ориентировочное клиническое обследование - кал на скрытую кровь(бензидиновая проба, гемоккульт-тест)

Диагностика по обращаемости включает:

Физикальное обследование

Пальпаторно бугристый, плотный, несмещаемый узел - 70-80 %.

Перкуторно - свободная жидкость в брюшной полости

Аускультация - шум плеска, усиленный кишечный шум

Пальцевое обследование прямой кишки

Лабораторное обследование

Кровь: гипохромная анемия, умеренный нейтрофильный лекоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ.

Кал: скрытая кровь

Инструментальные методы

Ирригоскопия - двойной контраст в 5 положениях, при необходимости - еще2 положения: краевой или плоский дефект наполнения, сужение просвета, изменение рельефа слизистой, исчезновение перистальтики.

Ректороманоскопия с биопсией: рак сигмовидной кишки - грибовидный, изъязвленный.

Фиброколоноскопия и прицельная биопсия:

макроскопически - грибовидный, блюдцеобразный, инфильтративный и язвенно-инфильтративный

микроскопически - аденокарцинома, солидный, слизистый

Лечение

Радикальное - оперативное - при отсутствии отдаленных метастазов (I- III стадии)

правосторонняя гемиколонэктомия, в т.ч. расширенная

резекция поперечной ободочной кишки

левосторонняя гемиколонэктомия

операция Гартмана

Паллиативное - оперативное - в III a и IV ст. - для ликвидации тягостных субъективных расстройств

формирование обходных аанстомозов

наложение разгрузочных толстокишечных свищей

Комбинированное или комлексное радикальное лечение, т.е. пред- и постоперационная химиотерапия и рентгенотерапия малоэффективны и практически не используются.

Саркомы мягких тканей

***Факторы риска :*** - изучены недостаточно

* неспецифичен по отношению к полу
* возраст старше моложе 30 лет и в возрасте 40-60 лет
* контакт с винилхлоридом
* травмы и операции

Клиническая картина рака ободочной кишки

**Ранние формы рака**-

1. постепенно увеличивающееся опухолевидное образование с ограничением подвижности
2. возникновение припухлости спустя 2-3 нед - 2-3 года от травмы или вблизи от операционного рубца

**Запущенные формы рака**-

1. болевой синдром - как при других злокачественных новообразованиях
2. изъявления
3. венозный застой в области пораженной конечности

Диагностика

Преклиническая диагностика

Не выработана из-за редкости каждой отдельной нозоформы и суммарно - всех сарком мягких тканей.

Диагностика по обращаемости включает:

Физикальное обследование

Пальпаторно безболезненый узел от 2-3 до 25 см в диаметре, с четкими (при поверхностном расположении и наличии ложной капсулы) контурами, малоподвижный

кожа над узлом внешне не изменена, но более горячая на ощупь; при выраженном росте - сеть застойных вен;

при рабдомиомах и ангиосаркомах - изъязвление

Лабораторное обследование

Кровь: гипохромная анемия, умеренный нейтрофильный лекоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ. Инструментальные методы

Обзорная и прицельная рентгенография: тень + очаги краевой деструкции кости + кальцификаты

УЗИ и прицельная тонкоигольная пункционная биопсия: фибро- и липосаркома,миосаркома, ангио- и лимфангиосаркомы, злокачествеая мезотелиома

Трепанобиопсия

Инцизионная биопсия

Ангиография: зоны гиперваскуляризации

Флебография: прорастание магистральных вен при локализации в бедренном треугольнике, подключичной и подмышечной областях.

Лечение

Радикальное

оперативное - широкое иссечение новообразования в целостном мышечно - фасциальном футляре в пределах анатомической зоны прикрепления пораженной мышцы.

Ампутация и экзартикуляция - при прорастании вмагистральные сосуды, крупные нервные стволы

Широко используются комбинированное или комлексное радикальное лечение, т.е. пред- и постоперационная адъювантная химиотерапия и рентгенотерапия.

Использованная литература:

Трапезников Н.Н, Шайн А.А. / Онкология //М.: Медицина, 1992, С.232-371

Общая онкология: Руководство для врачей, под ред. Н.П. Напалкова // Л.: Медицина, 1989, С.531-546

Гиатышак А.И. / Общая клиническая онкология // Львов, Выща школа, 1988, 238с.

В.Х. Василенко, С.И.Рапопорт, М.М. Сальман / Опухоли желука: клиника и диагностика // М.: Медицина, 1989, 130с.

Борейко Э.Н., С.Д. Дмитриева, Г.А. Попова и др. / Формирование групп повышенного онкологического риска при профилактических осмотрах лиц с хроническими болезнями желудка // Сов.медицина, 1983, №12, С.90-91

Вилянский М.П., Чумаков А.А., Чекарин А.Н. / Активное выявление опухолей толстой кишки с использованием скрининга // Вопросы онкологии, 1992, №7, С.829-837

Оболин А.И., Жакова И.И,, Туроской Б.М. / Стандартизованное исследование в диагностике опухолей толстой кишки // Вестник рентгенологии и радиологии, 1991, №2, С.27-30.