глава 7

рак толстой кишки

**7.1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ**

Рак ободочной кишки в последние годы занимает третье место после рака желудка и прямой кишки, а в отдельных странах, например США, рак толстой кишки занимает первое место среди раковых заболева­ний желудочно-кишечного тракта. Особенностью тече­ния рака ободочной кишки является его малосимптом-ность, сходство клинических признаков с другими забо­леваниями кишечника, развитие характерных клиниче­ских признаков в поздних стадиях заболевания. Поэтому онкологическая настороженность, знание на­чальных клинических симптомов рака толстой кишки позволяет своевременно распознавать заболевание и проводить радикальное хирургическое лечение.

**7.2. ЦЕЛЬ**

Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагности­ку и лечение рака толстой кишки.

**7.3. ЗАДАЧИ**

Понять: причины и патогенез рака толстой кишки, механизм развития осложнений, патологоанатомиче-скую и патофизиологическую обусловленность клини­ческой симптоматики.

Знать: анатомию и физиологию толстой кишки, осо­бенности кровоснабжения и путей лимфооттока, пре­драковые заболевания, патогенез развития опухоли, классификацию, клиническую симптоматику, особен­ности клинической картины в зависимости от локали­зации опухоли, особенности ее роста, присоединивших­ся осложнений, диагностику по данным субъективного обследования, лабораторных и инструментальных ме­тодов исследования, дифференциальную диагностику рака толстой кишки и принципы его лечения.

Уметь: обследовать больных с раком толстой киш­ки, интерпретировать методы дополнительного иссле­дования, обосновывать диагноз, проводить дифферен-

циальный диагноз, определять лечебную тактику, вести больных в пред- и послеоперационном периоде, асси­стировать на операциях, оформлять истории болезни.

**7.4. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО  
СМЕЖНЫМ ДИСЦИПЛИНАМ, ИЗУ­  
ЧАЕМЫМ НА ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ  
КУРСАХ**

1. Анатомия толстой кишки.
2. Кровоснабжение, иннервация, лимфати­  
   ческий отток.
3. Функция различных отделов толстой  
   кишки.
4. Классификация эпителиальных опухо­  
   лей.
5. Основные закономерности роста и рас­  
   пространения рака.

7.4.6 Макро- и микроскопические признаки

рака толстой кишки.

7.4.7. Методы исследования больных с заболе­ваниями толстой кишки.

**7.5. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ИЗУ­  
ЧАЕМОЙ ТЕМЕ**

1. Факторы, предрасполагающие к возни­  
   кновению рака толстой кишки.
2. Локализация рака толстой кишки.
3. Патологоанатомические формы рака тол­  
   стой кишки.
4. Пути метастазирования. Стадии рака  
   толстой кишки, включая систему TNM.
5. Симптоматология рака толстой кишки.
6. Клинические формы рака толстой киш­  
   ки.
7. Осложнения рака толстой кишки.
8. Особенности клиники рака толстой киш­  
   ки в зависимости от локализации опухоли.
9. Методы диагностики рака толстой кишки.

*Рак толстой кишки*

61

1. Дифференциальная диагностика рака  
   толстой кишки с колитом.
2. Дифференциальная диагностика рака  
   толстой кишки с аппендикулярным ин­  
   фильтратом.
3. Дифференциальная диагностика рака  
   толстой кишки с опухолями забрюшин-  
   ного пространства.

7.5.13 Показания для двух- и трехмоментных операций при раке толстой кишки.

1. Какие паллиативные операции применя­  
   ются при раке толстой кишки?
2. Радикальные операции при раке толстой  
   кишки.
3. Объем резекций толстой кишки при раке  
   слепой кишки.
4. Объем резекций толстой кишки при раке  
   нисходящей кишки.
5. Комбинированное лечение рака толстой  
   кишки.

**7.6. ЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И СОДЕР­  
ЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА**

1. Клиническая анатомия толстой кишки.
2. Клиническая физиология толстой кишки.
3. Рак толстой кишки. Общие сведения.
4. Этиология и патогенез. Предрасполагаю­  
   щие факторы. Предраковое заболевание,
5. Патологическая анатомия. Формы роста  
   (экзофитные, эндофитные). Осложне­  
   ния. Гистологические формы. Пути мета-  
   стазирования.
6. Классификация.
7. Клиническая симптоматика (основные  
   синдромы).
8. Клинические формы.
9. Особенности клинической картины, об­  
   условленные локализацией, формой рос­  
   та опухоли.
10. Диагностика (анализ субъективных,  
    объективных данных, лабораторных  
    и инструментальных методов).
11. Принципы лечения. Объем резекции тол­  
    стой кишки.

**7.7. МЕТОДИКА КУРАЦИИ БОЛЬНОГО**

Необходимо научиться индивидуальной работе у постели больного, освоить методику обследования больного.

**ЖАЛОБЫ.** Обратить внимание на характер боли (тупая, схваткообразная, постоянная, ноющая, колю­щая, локализованная, ее иррадиация); наличие диспе­псических расстройств — тошнота, рвота, ее частоту, ха­рактер рвотных масс; задержка стула, газов, чередова­ние запоров с поносами, псевдодиарея, вздутие живота; патологические выделения при дефекации; изменение

общего состояния больного — потеря веса, повышение температуры, анемия и т. д.

Обсудив жалобы, сделать выводы о характере забо­левания и локализации патологического процесса.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.** Осветить начало за­болевания, динамику клинических симптомов, выде­лить стадии течения и осложнения заболевания. Обра­тить внимание на предшествовавшее лечение и его эф­фективность.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.** Выяснить факторы, способ­ствовавшие развитию заболевания: наследственность, факторы питания, профессиональные вредности пред­шествовавшие заболеванию.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:** внешний вид, оценка общего состояния, выраженность анемии, истощения и др. При исследовании местного статуса: цвет кожи живота, определить его конфигурацию, асим­метрию, состояние.

Пальпацию проводить послойно от кожи до вну­тренних органов. Определить локализацию опухоли, консистенцию, отношение к окружающим тканям. Вы­явить симптомы кишечной непроходимости (симптомы Валя, Кивуля), наличие свободной жидкости в брюш­ной полости. Провести пальцевое исследование прямой кишки (симптом Гиршспрунга, Обуховской больницы). Оценить состояние печени.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.** Обсудив резуль­таты объективного обследования, студент обосновыва­ет предварительный диагноз, анализирует результаты дополнительных методов исследования. Последова­тельно обсуждая результаты всех этапов обследования, студент обосновывает развернутый клинический диаг­ноз с указанием локализации, стадии, клинической формы и осложнений рака толстой кишки.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** прово дится сравнением жалоб, анамнеза, данных объективно­го и дополнительного методов исследования между ра­ком толстой кишки (курируемого больного) и специ­фическими заболеваниями — туберкулезом, актиноми-козом толстой кишки, болезнью Крона, доброкачественными опухолями, аппендикулярным инфильтратом.

**ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ** осущест­вляется в результате оценки распространенности про­цесса, функциональной оценки жизненно важных орга­нов; обсуждаются виды радикальных и паллиативных вмешательств в зависимости от локализации опухоли.

**ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.** Исходя из литера­турных сведений и проведенного лечения, обосновыва­ется прогноз для жизни, трудоспособности и функции пораженного органа.

62

*Глава 7*

7.8. **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**Классификация заболеваний толстой кишки (по В. С. Савельеву, 1977)**

1. Пороки развития:

а) Аномалии положения.

б) Удлинение толстой кишки,

в) Удвоение толстой кишки.

г) Стенозы и атрезии.

д) Болезнь Гиршспрунга.

1. Дивертикулы.
2. Повреждения.
3. Инородные тела.
4. Воспаления:

а) Острые.

б) Хронические — специфические и неспецифиче­  
ские.

в) Воспалительные или ложные опухоли.

6. Опухоли:

а) Доброкачественные (полипы, липома, фиброма,  
миома, ангиома, ворсинчатые).

б) Злокачественные (рак, саркома).

7. Редкие заболевания (перекрут жировых подвесков,  
каловые камни).

**Частота локализации рака в различных отделах тол­стой кишки (по И. Я. Дейнеку).**

Рак слепой кишки 35%

Рак сигмовидной кишки 34%

Рак восходящей кишки 9%

Рак ободочной кишки 8%

Рак печеночного угла 5,3%

Рак селезеночного угла 5,3%

Рак нисходящей кишки 3,4%

**Клиническая классификация рака толстой кишки**

А. По характеру роста (И. В. Давыдовский):

1. Экзофитный:

а) узловая;

б) полиповидная;

в) ворсинчато-папилярная.

2. Эндофитный:

а) эндофитно-язвенный;

б) диффузно-инфильтративный.  
Б. По гистологической структуре:

1. Рак in situ.
2. Аденокарцинома.
3. Солидный.
4. Слизистый.
5. Другие (злокачественная аденома, диморфный  
   и т. д.).

8. Рост опухоли в очаге:

1. Вдоль кишечной стенки.
2. Циркулярно.
3. Эксцентрично.
4. В глубину кишечной стенки.
5. За пределы кишечной стенки.  
   Г. Пути метастазирования:

1. Лимфогенный:

а) раковый «лимфангит»;

б) раковая эмболия.

1. Гематогенный.
2. Лимфо-гематогекный.
3. Периневральный.
4. Имплантационный.
5. По кишечной трубке.  
   Д. Симптоматология:
6. Боли.
7. Диспепсические явления.
8. Расстройство функции кишечника.
9. Патологические выделения.
10. Нарушение общего состояния (интоксикация,  
    анемия и т. д.).

6. Случайное обнаружение опухоли.  
Е. Осложнения:

1. Кишечная непроходимость.
2. Нагноительный процесс.
3. Перфорация кишки.
4. Прорастание в смежные органы.
5. Кровотечения.
6. Сепсис,

Ж. Основные клинические формы:

1. Энтероколитическая.
2. Диспепсическая.
3. Токсико-анемическая.
4. Обтурационная (стенозирующая).
5. Псевдовоспалительная.
6. Опухолевая.

**Клиническая классификация TNM Т первичная опухоль.**

ТХ Недостаточно данных для оценки первичной опу­холи.

ТО Первичная опухоль не определяется.

Tis Интраэпителиальная или с инвазией слизистой оболочки1.

Т1 Опухоль инфильтрирует стенку кишки до под-слизистой.

Т2 Опухоль инфильтрирует мышечный слой стен­ки кишки.

ТЗ Опухоль инфильтрирует субсерозу или ткань неперитонизированных участков ободочной и прямой кишки.

Т4 Опухоль прорастает висцеральную брюшину или непосредственно распространяется на со­седние органы и структуры1.

Примечание:

1. Tis включает раковые клетки до базальной мембраны (ин-  
   траэлителиальное распространение) или в слизистом слое  
   без распространения в подслизистый слой.
2. Прямое распространение при Т4 включает распростране­  
   ние на другие сегменты ободочной и прямой кишки путем  
   прорастания серозы, например врастание опухоли слепой  
   кишки в сигмовидную

**N Регионарные лимфатические узлы.**

NX Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

*Рак толстой кишки*

63

N0 Нет признаков метастатического поражения ре­гионарных лимфатических узлов.

N1 Метастазы в 1-3 регионарных лимфатических узлах.

N2 Метастазы в 4 и более регионарных лимфатиче­ских узлах.

Примечание:

1. Опухолевые узлы размерами более 3 мм в диаметре в око­лоободочной и околопрямокишечной жировой ткани с ги­стологическим обнаружением остатков лимфоидной тка­ни узла расцениваются как регионарные метастазы в око-лоободочных/околопрямокишечных лимфатических уз­лах. Однако опухолевые узлы до 3 мм в диаметре классифицируются по категория Т как перемежающееся распространение ТЗ.

**М Отдаленные метастазы.**

MX Недостаточно данных для определения отдален­ных метастазов.

МО Нет признаков отдаленных метастазов. Ml Имеются отдаленные метастазы.

**G Гистопатологическая дифференцировка.**

GX Степень дифференцировки не может быть уста­  
новлена.

G1 Высокая степень дифференцировки.

G2 Средняя степень дифференцировки.

G3 Низкая степень дифференцировки.

G4 Недифференцированные опухоли.

**Группировка по стадиям:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tis | N0 |
| Т1 | N0 |
| Т2 | N0 |
| ТЗ | N0 |
| Т4 | N0 |
| любая Т | N1 |
| любая Т | N2 |
| любая Т | любая N |

Стадия О Стадия I (Dukes A) Стадия II (Dukes В) Стадия III (Dukes С) Стадия IV

Примечание:

Стадия В по Dukes больше коррелирует с T3NOMO и мень­ше с T4NOMO, так же как стадия С но Dukes (любая TN1MO и любая TN2MO).

**Диагностика**

1. Обследование.
2. Ректороманоскопия.
3. Рентгенологическое исследование (ирригоскопия).
4. Колоноскопия.
5. Морфологическая верификация.

**Дифференциальная диагностика**

1. Со специфическими воспалительными процессами.
2. С неспецифическими воспалительными процес­  
   сами.
3. С доброкачественными эпителиальными опухо­  
   лями.

4. Со злокачественными соединительнотканными опухолями.

**Оперативное лечение**

А. Радикальные операции

1. Правосторонняя гемиколэктомия.
2. Левосторонняя гемиколэктомия.
3. Субтотальная колэктомия.
4. Сегментальная резекция.
5. Передняя внутрибрюшная резекция.  
   Б. Паллиативные операции.
6. Обходные анастомозы.
7. Наложение кишечного свища (цекостома, одно-  
   и двуствольный анус).

**7.9. ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ**

1. Является ли анемия признаком рака тол­  
   стой кишки?
2. Характерна ли для рака слепой кишки  
   кишечная непроходимость?
3. Являются ли тенезмы признаком рака  
   толстой кишки?
4. Симптомами рака толстой кишки явля­  
   ются:

*а) раздражительность;*

*б) потливость;*

*в) боль;*

*г) недомогание;*

*д) рвота;*

*е) нарушение сна;*

МО МО МО МО МО МО МО Ml

*ж) патологические выделения из прямой  
кишки;*

*з) метеоризм;  
и) лихорадка;  
к) желтуха.*

7.9.5. Характер боли при раке толстой кишки.

*а) коликообразная;*

*б) схваткообразная;*

*в) постоянная;*

*г) давление;*

*д) приступообразная;*

*е) ноющая.*

7.9.6. Клинические формы рака толстой кишки.

*а) стенозирующая;*

*б) опухолевая;*

*в) токсическая;*

*г) энтероколитическая;*

*д) интоксикационно- анемическая;*

*е) диспептическая;*

*ж) бессимптомная;*

*з) кахектическая.*

7.9.7. На плановой операции по поводу рака  
сигмовидной кишки у больного 57 лет об­  
наружен одиночный метастаз в левой до­  
ле печени, состояное больного удовлетво­  
рительное. Тактика хирурга?

*а) наличие метастаза указывает, что опу­холь неоперабельна, поэтому следует*

64

*Глава 7*

*ограничиться наложением двуствольной сигмосгпомы;*

*б) произвести резекцию сигмы;*

*в) произвести резекцию сигмы с наложени­  
ем анастомоза и резекцию левой доли пе­  
чени;*

*г) наложить трансверзостому;*

*д) произвести левостороннюю гемиколэк-  
томию;*

7.9.8. Пути метастазирования рака толстой  
кишки:

*а) лимфогенный;*

*б) пылевидный;*

*в) имплантационный;*

*г) контактный;*

*д) каналикулярный;*

*е) гематогенный.*

7.9.9. Опухоли половины толстой

кишки могут не вызывать кишечную не­проходимость.

1. Рак кишки в связи с нару­  
   шениями всасывательной функции будет  
   сопровождаться поносами.
2. Быстрое увеличение в размерах опухоли

нередко происходит за счет

процесса.

1. Критерии для определения объема резек­  
   ции толстой кишки при раке.
2. Охарактеризовать клинические формы  
   рака толстой кишки.
3. Охарактеризовать пути метастазирова­  
   ния рака толстой кишки.
4. Признаки рака правого фланка толстой  
   кишки.
5. При поступлении больной (64 года)  
   предъявлял жалобы на боли в левой по­  
   ловине живота, задержку стула, вздутие  
   живота. При обследовании обнаружена  
   опухоль в левой половине живота, приво­  
   дящие отделы толстой кишки вздуты,  
   расширены, определяется высокий тим-  
   панический звук при перкуссии. Какое  
   заболевание у больного? Какие симпто­  
   мы заболевания выявлены при обследо­  
   вании? Какая стадия и клиническая фор­  
   ма заболевания?
6. Мужчина 52 лет госпитализирован в кли­  
   нику с диагнозом аппендикулярный ин­  
   фильтрат. Из анамнеза установлено, что  
   в течение 2 недель беспокоили боли  
   в правой половине живота, повышалась  
   температура. При пальпации в правой  
   подвздошной области определяется плот­  
   ное, малоподвижное образование. Какие  
   методы исследования необходимы для  
   уточнения диагноза? Какие формы чаще  
   встречаются в правой половине толстой  
   кишки?
7. При фиброколоноскопии на расстоянии  
   40 см от ануса выявлено образование, ко­  
   торое занимает менее полуокружности  
   стенки кишки, слизистая над ним разру­  
   шена. Ваш диагноз? В каком отделе киш­  
   ки располагается опухоль? Какой метод  
   лечения показан больному?
8. При анализе лабораторных данных уста­  
   новлено: общий белок 71,6 г/л, объем  
   циркулирующей крови 4200 мл (дефицит  
   18%), содержание натрия в плазме 142  
   мэкв/л, калия — 3,8 мэкв/л. Как оценить  
   полученные данные? Степень волемиче-  
   ских нарушений? Имеются ли изменения  
   содержания электролитов?
9. После полного клинического обследова­  
   ния больному поставлен диагноз — рак  
   восходящего отдела ободочной кишки,  
   T2NOMO, гистологически — аденокарци-  
   нома. Какой объем оперативного вмеша­  
   тельства?
10. Госпитализирован больной 68 лет с явле­  
    ниями кишечной непроходимости.  
    При обследовании установлен рак селезе­  
    ночного угла ободочной кишки. Консер­  
    вативными методами восстановить про­  
    ходимость не удалось. Тактика лечения  
    у данного больного?
11. Больной 70 лет оперирован в экстренном  
    порядке по поводу разлитого перитонита.  
    На операции установлено, что источни­  
    ком перитонита является перфорация  
    опухоли поперечной ободочной кишки.  
    Какой объем операции?

**7.10. ЛИТЕРАТУРА**

1. Баженова А. П., Островцев Л. Д. Рак толстой кишки. —  
   Москва, 1969.
2. Демин В. Н. Рациональные границы операций при раке  
   ободочной прямой кишки. — Москва, 1966.
3. Бронштейн В. Л. Рак толстой кишки. — Москва, 1966.
4. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. — Москва, 1970.
5. Клиническая онкология. / Под ред. Н.Н. Блохиыа,  
   В.Е. Петерсона. - Т. 2. - Москва, 1979.
6. Напалков П. Н., Смирнов А. В., Шрайбер М. Г. Хирурги­  
   ческие болезни. — Ленинград, 1976.
7. Неймарк И. И. Избранные главы частной хирургии (ат­  
   лас). - 1977.
8. Петровский Б. В. Хирургические болезни. — Москва,  
   1980.
9. Ратнер Ю. А. Опухоли кишечника. — Казань, 1962.
10. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой киш­  
    ках. — Москва, 1968.
11. Русаков В. И. Основы частной хирургии. — Т. 2. — Ростов:  
    Изд-во Ростовского ун-та, 1976.
12. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия кишечника. — Ки­  
    ев, 1977.
13. Шелестюк П. И., Ерзин М. Ф. Рак желудка и толстой  
    кишки: патофизиология, клиника, диагностика, осложне­  
    ния, лечение. — Саранск, 1993. — 118с.