

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю
Руководитель направления подготовки
31.08.67 «Хирургия»
Владиминова О.В.
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов
по дисциплине**

31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Модуль 6 «Онкология»

Тема 1. Опухоли ободочной кишки.

Лекция № 28 Опухоли ободочной кишки. Этиология. Диагностика. Клиника. Методы
лечения.

Методические рекомендации
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)
«29 » августа 2024 год,
протокол № 1

Ставрополь, 2024

Модуль 6 «Онкология»

Тема 1 Опухоли ободочной кишки.

Лекция № 28 Опухоли ободочной кишки. Этиология. Диагностика. Клиника. Методы лечения.

Цели, задачи, компетенции

Цели и задачи – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
 - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие об опухолях ободочной кишки.
2. Современная классификация.

3. Основные клинические признаки.
4. Методы диагностики и лечения опухолей ободочной кишки.

Основная литература:

Основная литература:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Рак ободочной кишки – злокачественная опухоль эпителиального происхождения, локализуемая в ободочной кишке. Вначале протекает бессимптомно, в последующем проявляется болями, запорами, кишечным дискомфортом, примесями слизи и крови в фекальных массах, ухудшением состояния и признаками раковой интоксикации. Нередко пальпируется узел в проекции ободочной кишки. При прогрессировании возможны кишечная непроходимость, кровотечение, прободение, инфицирование неоплазии и образование метастазов. Диагноз выставляется с учетом симптомов, рентгенографии, КТ, МРТ, колоноскопии и других исследований. Лечение – хирургическая резекция пораженной части кишечника.

Рак ободочной кишки – злокачественное новообразование, происходящее из клеток слизистой оболочки толстого кишечника. Занимает третье место по распространенности среди онкологических поражений пищеварительного тракта после опухолей желудка и пищевода. По различным данным, составляет от 4-6 до 13-15% от общего количества злокачественных опухолей ЖКТ. Обычно диагностируется в возрасте 50-75 лет, одинаково часто выявляется у пациентов мужского и женского пола.

Рак ободочной кишки широко распространен в развитых странах. Лидирующие позиции по количеству случаев заболевания занимают США и Канада. Достаточно высокие показатели заболеваемости отмечаются в России и странах Европы. Болезнь редко выявляется у жителей азиатских и африканских государств. Для рака ободочной кишки характерен продолжительный местный рост, относительно позднее лимфогенное и отдаленное метастазирование. Лечение проводят специалисты в области проктологии, онкологии и абдоминальной хирургии.

Причины рака ободочной кишки

Специалисты считают, что злокачественные неоплазии данной локализации являются полиэтиологическим заболеванием. Важную роль в развитии рака ободочной кишки играют особенности диеты, в частности – избыток животных жиров, недостаток грубой клетчатки и витаминов. Наличие в пище большого количества животных жиров стимулирует продукцию желчи, под влиянием которой меняется микрофлора толстого кишечника. В процессе расщепления животных жиров образуются канцерогенные вещества, провоцирующие рак ободочной кишки.

Недостаточное количество грубой клетчатки приводит к замедлению моторики кишечника. В результате образовавшиеся канцерогены длительно контактируют с кишечной стенкой, стимулируя злокачественное перерождение клеток слизистой. Кроме того, животный жир

вызывает образование пероксидаз, также оказывающих негативное влияние на слизистую оболочку кишечника. Недостаток витаминов, являющихся естественными ингибиторами канцерогенеза, а также застой кала и постоянная травматизация каловыми массами слизистой в зонах естественных изгибов кишечника усугубляют перечисленные неблагоприятные воздействия. Недавние исследования свидетельствуют о том, что определенную роль в возникновении рака ободочной кишки играют половые гормоны, в частности – прогестерон, под влиянием которого уменьшается интенсивность выделения желчных кислот в просвет кишечника. Установлено, что риск развития злокачественных неоплазий этой локализации у женщин, имеющих трех и более детей, вдвое ниже, чем у нерожавших пациенток.

Существует ряд заболеваний, способных трансформироваться в рак ободочной кишки. К числу таких заболеваний относят болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, полипозы различного генеза, одиночные аденоматозные полипы и дивертикулез. Вероятность перерождения данных патологий в рак ободочной кишки сильно различается. При семейном наследственном полипозе без лечения малигнизация наступает у всех больных, при аденоматозных полипах – у половины больных. Дивертикулы кишечника озлокачествляются крайне редко.

Классификация рака ободочной кишки

С учетом типа роста выделяют экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака ободочной кишки. Экзофитный рак бывает узловым, ворсинчато-папиллярным и полипообразным, эндофитный – циркулярно-стриктурирующим, язвенно-инфильтративным и инфильтрирующим. Соотношения эндофитных и экзофитных неоплазий – 1:1. Экзофитные формы рака ободочной кишки чаще выявляются в правых отделах кишечника, эндофитные – в левых. С учетом гистологического строения различают аденокарциному, перстневидно-клеточный, солидный и скirrosный рак ободочной кишки, с учетом уровня дифференцировки – высокодифференцированные, среднедифференцированные и низкодифференцированные новообразования.

Согласно традиционной четырехстадийной классификации выделяют следующие стадии рака ободочной кишки.

I стадия – выявляется узел диаметром менее 1,5 см, не выходящий за пределы подслизистого слоя. Вторичные очаги отсутствуют.

IIa стадия – обнаруживается опухоль диаметром свыше 1,5 см, распространяющаяся не более, чем на половину окружности органа и не выходящая за пределы наружной стенки кишечника. Вторичные очаги отсутствуют

IIб стадия – выявляется рак ободочной кишки такого же либо меньшего диаметра в сочетании с одиночными лимфогенными метастазами.

IIIa стадия – неоплазия распространяется более, чем на половину окружности органа, и выходит за пределы наружной стенки кишечника. Вторичные очаги отсутствуют.

IIIб стадия – обнаруживается рак ободочной кишки любого диаметра и множественные лимфогенные метастазы.

IV стадия – определяется новообразование с инвазией в близлежащие ткани и лимфогенными метастазами либо неоплазия любого диаметра с отдаленными метастазами.

Симптомы рака ободочной кишки

Вначале отмечается бессимптомное течение. В последующем наблюдаются боли, кишечный дискомфорт, расстройства стула, слизь и кровь в фекальных массах. Болевой синдром чаще возникает при поражении правых отделов кишечника. Сначала боли, как правило, неинтенсивные, ноющие или тупые. При прогрессировании рака ободочной кишки возможно появление резких схваткообразных болей, свидетельствующих о возникновении кишечной непроходимости. Это осложнение чаще диагностируется у пациентов с поражением левых отделов кишечника, что обусловлено особенностями роста неоплазии с формированием циркулярного сужения, препятствующего продвижению кишечного содержимого.

Многие пациенты с раком ободочной кишки жалуются на отрыжку, нарушения аппетита и дискомфорт в животе. Перечисленные признаки чаще обнаруживаются при раке поперечной, реже – при поражении нисходящей и сигмовидной ободочной кишки. Запор, диарея, урчание и метеоризм типичны для левостороннего рака ободочной кишки, что связано с увеличением

плотности фекальных масс в левых отделах кишечника, а также с частым циркулярным ростом новообразований в этой области.

Для неоплазий сигмовидной кишки характерны примеси слизи и крови в кале. При других локализациях рака ободочной кишки этот симптом встречается реже, поскольку при продвижении по кишечнику выделения успевают частично переработаться и равномерно распределиться по фекальным массам. Пальпаторно рак ободочной кишки чаще обнаруживается при расположении в правых отделах кишечника. Прощупать узел удается у трети пациентов.

Перечисленные признаки рака ободочной кишки сочетаются с общими признаками онкологического заболевания. Отмечаются слабость, недомогание, потеря веса, бледность кожи, гипертермия и анемия. Наряду с уже упомянутой выше кишечной непроходимостью, рак ободочной кишки может осложняться перфорацией органа вследствие прорастания стенки кишечника и некроза неоплазии. При формировании очагов распада возникает опасность инфицирования, развития гнойных осложнений и сепсиса. При прорастании или гнойном расплавлении стенки сосуда возможно кровотечение. При возникновении отдаленных метастазов отмечается нарушение деятельности соответствующих органов.

Диагностика рака ободочной кишки

Заболевание диагностируют с использованием клинических, лабораторных, эндоскопических и рентгенологических данных. Вначале выясняют жалобы, уточняют анамнез заболевания, проводят физикальный осмотр, включающий пальпацию и перкуссию живота, осуществляют ректальный осмотр. Затем больным с подозрением на рак ободочной кишки назначают ирригоскопию для выявления дефектов наполнения. При подозрении на кишечную непроходимость либо перфорацию толстой кишки используют обзорную рентгенографию брюшной полости.

Пациентам проводят колоноскопию, позволяющую оценить локализацию, вид, стадию и тип роста рака ободочной кишки. При проведении процедуры выполняют эндоскопическую биопсию, полученный материал направляют на морфологическое исследование. Назначают анализ кала на скрытую кровь, анализ крови для определения уровня анемии и тест на раково-эмбриональный антиген. Для обнаружения очагов в лимфоузлах и отдаленных органах осуществляют КТ и УЗИ брюшной полости.

Лечение и прогноз при раке ободочной кишки

Лечение оперативное. В зависимости от распространенности процесса выполняют радикальное или паллиативное хирургическое вмешательство. Радикальные операции при раке ободочной кишки бывают одномоментными, двух- либо трехэтапными. При проведении одномоментного вмешательства осуществляют гемиколэктомия - резекцию участка ободочной кишки с созданием анастомоза между оставшимися отделами кишечника. При многоэтапных операциях по поводу рака ободочной кишки вначале осуществляют колостомию, затем удаляют пораженный отдел кишечника (иногда эти два этапа выполняются одномоментно), а через некоторое время восстанавливают непрерывность кишечника путем создания прямого анастомоза.

При распространенном раке ободочной кишки осуществляют расширенные вмешательства, объем которых определяют с учетом поражения лимфоузлов и близлежащих органов. При невозможности радикального удаления неоплазии выполняют паллиативные операции (наложение колостомы, формирование обходного анастомоза). При раке ободочной кишки с развитием перфорации, кровотечения или кишечной непроходимости также накладывают стому либо обходной анастомоз, а после улучшения состояния пациента проводят радикальную операцию. При раке ободочной кишки с отдаленными метастазами назначают химиопрепараты.

Прогноз определяется стадией онкологического процесса. Средняя пятилетняя выживаемость при первой стадии составляет от 90 до 100%, при второй – 70%, при третьей – 30%. Все пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство по поводу рака ободочной кишки, должны находиться под наблюдением онколога, регулярно проходить радиологические и эндоскопические исследования для выявления локальных рецидивов и отдаленных метастазов.