

## **Сестринский уход за пациентами со злокачественными заболеваниями органов пищеварения, поджелудочной железы.**

### Содержание:

1. Факторы риска развития рака пищевода, желудка.
2. Клинические проявления (ранние симптомы).
3. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
4. Диагностика и лечение, принципы профилактики рака.
5. Факторы риска развития рака толстого кишечника, прямой кишки.
6. Клинические проявления (ранние симптомы).
7. Формы рака, классификация по стадиям.
8. Диагностика и лечение, принципы профилактики.
9. Факторы риска развития рака поджелудочной железы.
10. Клинические проявления (ранние симптомы).
11. Формы рака, классификация по стадиям.
12. Диагностика и лечение, принципы профилактики.
13. Особенности ухода и диспансерного наблюдения.

Рак пищевода – развивающееся из эпителиальной оболочки пищевода злокачественное новообразование. В структуре заболеваемости человека злокачественными новообразованиями, рак пищевода занимает восьмое место. У мужчин данное заболевание встречается в два – три раза чаще. Порядка 80% людей больных раком пищевода, находятся в возрастной группе старше шестидесяти лет (до тридцати лет заболевание встречается в единичных случаях)

#### Причины развития рака пищевода

Развитие данной опухоли исследователи связывают с употреблением табака, злоупотреблением алкоголя и особенностями питания, причем курение и злоупотребление алкоголем относят к основным провоцирующим факторам на территориях с низким уровнем заболеваемости, и напротив, особенности питания: употребление слишком горячих напитков и пищи, жесткого мороженого мяса и мелкокостной рыбы, наблюдаются в районах с повышенным уровнем заболеваемости. Помимо этого немаловажное значение имеет однообразное питание, в котором заложено недостаточное употребление овощей и фруктов, что приводит к дефициту рибофлавина и витаминов А и С.

К факторам повышенного риска развития рака пищевода относят: хроническое лучевое воздействие, систематический контакт с различными канцерогенными веществами, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит, чрезмерное химическое, термическое и механическое раздражение слизистой оболочки пищевода

#### Предшествующие раку заболевания

Постоянно повторяющееся воздействие различных вредных факторов приводит к термическому повреждению или микротравмам слизистой оболочки пищевода, что способствует возникновению и дальнейшему поддержанию такого заболевания как хронический эзофагит. Также к предраковым заболеваниям относят синдром Пламмера-Винсона (сидеропеническая дисфагия), рубцовые стриктуры, папилломы и полипы пищевода, пептическую язву пищевода

#### Признаки и симптомы рака пищевода

Характерные ранние признаки рака пищевода: нарастающая слабость, снижение работоспособности, ухудшение общего состояния, снижение аппетита и потеря массы тела. Данная симптоматика нарастает постепенно, поэтому зачастую тревожные признаки начала развития злокачественной опухоли достаточно длительный промежуток времени остаются незамеченными.

Одним из первоначальных симптомов рака пищевода является дисфагия, которая проявляется нарушением процесса глотания пищи (встречается у 75% больных данным злокачественным заболеванием). Лучше проглатывать пищу больным удастся в случае, если употребляемые продукты приводят к обильному слюноотделению (селедка, жареное мясо, колбаса и пр.). Гораздо хуже слюна выделяется при употреблении вареного картофеля, вареного мяса, черного хлеба. Первоначально от данного симптома можно избавиться, если тщательно пережевывать принимаемую пищу и запивать ее водой, однако по мере прогрессирования заболевания, данный симптом становится постоянным.

У некоторых больных при раке пищевода наблюдается такой симптом, как обильное слюнотечение. Чаще всего слюнотечение начинается при резких стадиях сужения пищевода.

У 20% больных одним из симптомов злокачественной опухоли пищевода является боль в спине, за грудиной, в надчревной области. Больные отмечают тянущую тупую боль в области грудины, иногда наблюдается чувство сжатия сердечной мышцы, распространяющееся на шею. Данные болевые ощущения возникают в момент глотания и через некоторое время после прохождения пищи через пищевод самостоятельно исчезают. Достаточно редко такие боли могут носить постоянный характер.

Снижение массы тела также относят к признаку рака пищевода. Потеря человеком веса напрямую связана с тем, что в организм ограничивается поступление пищи, поэтому токсическое влияние распространившегося опухолевого процесса здесь совершенно не причем. Наиболее существенная потеря веса наблюдается при крайних степенях развившейся дисфагии, когда больной теряет всяческую возможность принимать даже жидкость.

Помимо этого для рака пищевода характерны следующие симптомы: неприятный привкус во рту, запах изо рта, срыгивание, обложенный язык, кашель и поперхивание

#### Стадии и прогноз рака пищевода

Стадия 1. При данной стадии поражается подслизистая основа и слизистая оболочка стенки пищевода. Опухоль маленького размера, не прорастает мышечную оболочку пищевода, метастазов нет, сужения просвета пищевода нет

Стадия 2. Опухоль поражает подслизистую основу, слизистую оболочку, мышечную оболочку, при этом не выходя за пределы стенки пораженного органа. Наблюдается сужение просвета пищевода, в региональных лимфатических узлах обнаруживаются единичные метастазы

Стадия 3. При данной стадии наблюдается прорастание всех слоев стенки пищевода, поражается околопищеводная клетчатка и серозная оболочка. Просвет пищевода сужается, в региональных лимфатических узлах наблюдаются множественные метастазы. Соседние органы не поражаются

Стадия 4. Опухоль поражает околопищеводную клетчатку, серозную оболочку, все слои стенки пищевода и прилежащие органы. Возможно образование пищеводно-

бронхиального или пищеводно-трахеального свища, множественное метастазирование в отдаленные и региональные лимфатические узлы

В случае если раковое поражение не выходит за пределы пищевода и существует возможность полного хирургического удаления опухоли, показатель излечения больных достаточно высок. У больных с неоперабельными опухолями наиболее действенным лечением является комплексное применение радиотерапии и химиотерапии. Полное излечение после применения данного метода наблюдается у незначительного числа больных. Наиболее благоприятные результаты достигаются при оптимальном сочетании хирургического лечения, радиотерапии и химиотерапии

#### Диагностика рака пищевода

Основным диагностическим методом, который используют для диагностики данного заболевания, является рентгеновское исследование. С его помощью существует возможность определить форму и протяженность опухоли, ее локализацию и наличие возможных осложнений.

Обязательным методом диагностики ракового поражения пищевода является эзофагоскопия. Данный метод позволяет уточнить локализацию опухоли и установить протяженность поражения. Помимо этого эзофагоскопия позволяет определить фоновое состояние слизистой оболочки пищевода и выявить множественность поражения слизистой.

Лапароскопическая диагностика данного заболевания дает подтверждение (или опровергает) метастатического поражения печени, брюшины, лимфатических узлов.

Проведение Ультразвукового исследования назначается для выявления увеличения лимфатических узлов, метастатического поражения печени, а также для оценки внутритеночного распространения опухолевого процесса

#### Лечение рака пищевода

##### Хирургическое лечение

В случае выбора данного метода лечения осуществляется полное или частичное удаление пищевода (зависит от распространенности процесса). Помимо этого в зонах метастазирования выполняется полное удаление лимфатических узлов. Летальность при хирургическом лечении рака пищевода порядка 7 – 10%. Иногда в качестве трансплантата кроме желудка может быть использована толстая или тонкая кишка

##### Лучевая терапия

Данный метод лечения рака пищевода является единственным способом лечения, который применяется для большинства больных с противопоказаниями к проведению оперативного лечения, вследствие наличия у них какой-либо патологии (расстройства сердечно – сосудистой системы, дыхательной системы и пр.). Благодаря современным методикам облучения, в 40% случаев удастся добиться исчезновения тяжелых клинических проявлений рака

##### Комплексное (комбинированное) лечение

Проведение предоперационной лучевой терапии значительно снижает рост опухоли и сокращает количество местных рецидивов. Являясь компонентом комбинированного лечения, лучевая терапия повышает радикальность операций, снижает частоту местных рецидивов, метастазов и расширяет показания относительно хирургического лечения рака пищевода. Традиционно данный вид терапии при проведении комплексного комбинированного лечения применяется непосредственно перед операцией, однако в

многолетней клинической практике бывали ситуации, когда проведение предоперационной лучевой терапии по целому ряду причин не осуществлялось. В таких случаях показано применение послеоперационного облучения

#### Химиотерапия

Данный вид терапии применяется в случае, если у пациента диагностирована низкодифференцированная форма рака пищевода, или же имеет место мелкоклеточный рак пищевода.

#### Прогноз

Пятилетняя выживаемость с учетом проведения радикального хирургического вмешательства составляет порядка 56%. Средняя продолжительность жизни при нелеченном раке пищевода составляет не более восьми месяцев с момента обнаружения явной симптоматики заболевания.

Рак желудка – это онкологическое заболевание, которое представляет собой злокачественную опухоль, развивающуюся из клеток слизистой оболочки желудка. Из всех опухолей рак желудка занимает 4-е место, по смертности – 2-е место и уступает только раку легких.

Частота заболеваемости колеблется от 15% до 22% в разных регионах, но наиболее высокая в странах Азии. Мужчины болеют чаще женщин почти в 2 раза. Метастазы при раке желудка возникают в 80-90% случаях, что является неблагоприятным признаком.

#### Сколько живут люди с раком желудка?

Ответ на этот вопрос определяется стадией процесса, наличием метастазов, гистологического типа опухоли и индивидуальными особенностями организма. В среднем продолжительность жизни при 4-й стадии составляет около полугода.

Основные причины, приводящие к появлению и развитию злокачественных клеток в желудке:

вирусы – некоторые вирусные инфекции, при длительном встраивании в геном клетки, способны его изменять, клетка становится чужеродной (вирус Эпштейна-Барр, папилломавирус);

химические вещества (канцерогены) – определенные химические соединения действуют избирательно на ДНК клеток и изменяют его (углеводороды, бензол, анилиновые красители), так вероятность заболеть раком желудка выше у водителей, которые переливают бензин шлангом, подсасывают его, и небольшое количество горючего попадает в желудок;

питание – в этом случае чрезмерное систематическое употребление пережаренной, острой пищи приводит к длительному раздражению слизистой оболочки желудка и появлению опухолевых клеток (подсолнечное масло, на котором повторно жарят блюдо, может превращаться в канцероген);

ионизирующее излучение – рентгеновские лучи, радиация являются физическими факторами, изменяющими геном клеток;

никотин и смолы, попадающие в желудок при курении – сами по себе продукты сгорания табака являются мощными канцерогенами;

иммунодефицитное состояние – известно, что в организме человека каждые 20 минут образуется генетически чужеродная клетка, однако при нормальном состоянии иммунной системы, лимфоциты уничтожают ее, не давая начать размножаться.

Кроме непосредственных причин образования опухолевых клеток в желудке, есть некоторые заболевания, провоцирующие развитие рака – предраковые заболевания:

хронический атрофический гастрит – заболевание, при котором происходит атрофия (истончение) слизистой оболочки желудка и нарушаются процессы размножения клеток с образованием опухоли;

язва желудка – длительно незаживающая рана в стенке желудка является фактором риска развития рака;

эрозия желудка – механизм тот же, что и при язве;

полипы желудка – это доброкачественная опухоль, однако есть риск ее малигнизации (переход в злокачественную);

дуодено-гастральный рефлюкс – предраковое состояние желудка, при котором содержимое двенадцатиперстной кишки забрасывается в полость желудка, желчные кислоты являются сильным раздражителем для слизистой оболочки желудка, провоцируют образование опухоли.

Виды и классификация

Классификация рака желудка базируется на нескольких критериях:

гистологический тип клеток опухоли;

по типу роста опухоли;

клиническая стадия.

По гистологическому типу выделяют такие виды рака желудка:

аденокарцинома – опухоль развивается из секреторных клеток слизистой оболочки желудка;

плоскоклеточный рак – результат перерождения клеток эпителия желудка;

перстневидноклеточный рак – образуется из бокаловидных клеток, которые продуцируют слизь;

железистый рак желудка – причиной является трансформация железистых клеток;

недифференцированный рак желудка – быстро прогрессирующая опухоль, развивается из незрелых клеток слизистой оболочки, которые не прошли дифференцирование (созревание), обладает максимально выраженной злокачественностью, быстрым ростом и метастазированием.

По типу роста опухоли рак желудка делится на 2 формы:

диффузный тип – клетки опухоли между собой не связаны, рост диффузный через всю толщу стенки желудка, опухоль не выдается в полость, этот тип характерен для недифференцированного рака;

кишечный тип – клетки чаще связаны между собой, опухоль растет в полость желудка, рост медленный, меньшая агрессивность (аденокарцинома, железистый рак).

В зависимости от выраженности процесса выделяют следующие клинические стадии рака желудка:

0 стадия – опухоль не прорастает базальную мембрану слизистой оболочки, поэтому нет метастазов, размер опухоли маленький, ее удаление на ранних стадиях дает хороший прогноз в излечивании заболевания;

1 стадия – ранняя стадия, разделяется на 1а – опухоль не выходит за пределы желудка, в лимфоузлах опухолевых клеток нет, 1б – опухоль также не выходит за пределы стенок, однако встречаются опухолевые клетки в лимфоузлах;

2 стадия – опухоль прорастает мышечный слой стенки желудка и обнаруживается в 2-3 лимфатических узлах, прогноз менее благоприятный, требуется операция и химиотерапия;

3 стадия – прорастание через все стенки желудка, клетки опухоли могут обнаруживаться в соединительной ткани вокруг желудка, в 5-7 лимфатических узлах;

4 стадия – отмечается поражения большинства лимфатических узлов и отдаленные метастазы в различные органы – в ткани пищевода, печени, поджелудочной железы, прогноз неблагоприятный, оперативное лечение не проводится, применяется симптоматическая обезболивающая терапия.

#### Симптомы рака желудка

Первые симптомы, позволяющие заподозрить рак желудка, такие:

длительная изжога и тошнота;

прогрессирующее похудание при обычном питании;

немотивированная общая слабость;

чувство переполненного желудка после еды, снижение аппетита, чувство неудовлетворенности после еды;

депрессия и апатия, отсутствие интереса к окружающим;

плохой сон;

бледность кожи.

Эти проявления неспецифические, однако, стоит при их появлении не терять время и обратиться к врачу за консультацией и проведением дополнительного обследования.

Признаки рака желудка на более поздних стадиях:

продолжающееся похудание, вплоть до кахексии;

анемия (малокровие);

хронические боли в животе, могут отдавать в спину и поясницу, по мере прогрессирования боли становятся интенсивными, нестерпимыми;

желудочно-кишечное кровотечение – результат разрушения сосудов опухолью, проявляется черным стулом и рвотой темной массой (рвота в виде «кофейной гущи»), прогрессирующей слабостью и бледностью;

неукротимая тошнота и рвота.

#### Диагностика заболевания

Диагностика рака необходима для верификации (уточнения) диагноза и определения клинической стадии. Чтобы провести обследование желудочно-кишечного тракта используются лабораторные и инструментальные методы:

онкомаркеры желудочно-кишечного тракта – в крови определяется уровень раково-эмбрионального антигена, повышение которого дает все основания для подозрения рака желудочно-кишечного тракта;

фиброгастродуоденоскопия – метод позволяет непосредственно осмотреть слизистую желудка и взять кусочек ткани для гистологического исследования (биопсия);

МРТ желудочно-кишечного тракта – магнитно-резонансная томография позволяет послойно исследовать и визуализировать на экране ткани и органы, с целью выявления метастазов;

компьютерная томография – принцип метода тот же;

УЗИ органов брюшной полости и печени.

Лечение зависит от стадии процесса:

на стадии 0 и 1 проводится органосберегающая операция по удалению опухоли и небольшой курс химиотерапии;

стадия 2 – выполняется резекция (частичное удаление) желудка, лимфатических узлов, длительная химиотерапия;

стадия 3 и 4 – поддерживающая химиотерапия, дезинтоксикация (выведение токсинов) и обезболивание.

Профилактика рака желудка заключается в исключении воздействия причинных факторов – диета без жареной и острой пищи, отказ от курения и алкоголя. В случае диагностирования предраковых заболеваний, необходимо не менее 1 раза в год проходить обследование и наблюдения у врача.

Рак поджелудочной железы - это злокачественное новообразование, которое исходит из эпителиальных (покровных) железистых либо протоковых клеток поджелудочной железы.

Этот вид опухолей занимает шестое место в структуре онкологических заболеваний и составляет около трех процентов от общего числа опухолей. Поражает патология главным образом людей пожилого возраста, несколько чаще мужчин, чем женщин.

Сколько живут при раке поджелудочной железы зависит от стадии заболевания и его течения.

Например, одним из самых ярких примеров среди заболевших является Стив Джобс - соучредитель компании Apple Computer. Он скончался спустя семь лет после подтверждения диагноза.

#### Причины рака поджелудочной железы

Назвать точную причину, которая в 100% случаев приведет к развитию рака поджелудочной железы, не представляется возможным. Однако выделены ряд факторов риска, которые при определенном стечении обстоятельств провоцируют злокачественный рост.

Факторы риска:

- Курение. При патологоанатомических исследованиях особенно мужчин, были выявлены гиперпластические изменения протоков поджелудочной железы. То есть имело место избыточное разрастание нормальных анатомических структур, что является предрасполагающим фактором для злокачественного перерождения.
- Особенности питания. Частота встречаемости рака поджелудочной железы в развитых странах выше, чем в более бедных. Это связывают с характером питания, а точнее употреблением жирной пищи. Диета богатая фруктами и овощами (витаминами, особенно группы А) снижает риск возникновения рака поджелудочной железы.
- Сахарный диабет. У пациентов, страдающих этим заболеванием, имеет местно аномальное разрастание эпителия протоков железы. Частота встречаемости рака у этой группы лиц примерно в два раза выше, чем в общей популяции. Однако, не смотря на этот факт, роль сахарного диабета в возникновении злокачественной опухоли остается открытым. Возможно, обе эти болезни провоцируют одинаковые факторы.

- Хронический панкреатит. При длительном течении воспалительных процессов в теле поджелудочной железы происходит сужение ее протоков, а соответственно, и застой секрета (ферментов). Продолжительный контакт этих веществ с эпителием протоковой системы органа может приводить к злокачественному росту.
- Болезни желчевыводящих путей. Установлена прямая связь между наличием конкрементов (холестериновых камней) в желчном пузыре и частотой встречаемости рака поджелудочной железы у этой группы лиц.

#### Симптомы рака поджелудочной железы

1. Болевой синдром. Боль - это самый ранний и частый признак развития рака области поджелудочной железы. Он наблюдается примерно у восьмидесяти процентов пациентов с этой патологией. Болевые ощущения развиваются за несколько недель до внешних проявлений желтухи независимо от расположения основного опухолевого очага. Их локализация определяется местом роста рака. При вовлечении в патологический процесс головки поджелудочной железы, боль ощущается в области правого подреберья и непосредственно под грудиной. Рак тела и хвоста характеризуется дискомфортом в левом подреберье, надчревной области (в верхней половине живота в области прямой мышцы). Диффузному (разлитому) распространению опухоли свойственна боль неопределенной локализации над пупком. Она может иррадиировать (распространяться) позвоночник и лопатки. Если опухолевый процесс сопровождается панкреатитом, то развивается опоясывающая боль приступообразного характера.
2. Интенсивность боли может варьировать в широких пределах. Некоторые пациенты испытывают чувство давления, распирающего в правом подреберье, другие ощущают острую приступообразную боль. Она усиливается после погрешности в диете, особенно после употребления жирной и жареной пищи либо алкоголя. Неприятные ощущения максимальны в положении лежа на спине, главным образом в вечерние и ночные часы. Самая выраженная боль возникает при прорастании опухоли солнечного сплетения. При этом она становится нестерпимой и заставляет пациента принять вынужденную позу «крючка»: в положении сидя туловище наклонено вперед, перегибается через прижатую к животу подушку.
3. Желтуха является наиболее ярким признаком рака головки поджелудочной железы, что связано с тем, что в области этого участка органа проходят протоки желчевыводящих путей. В норме желчь образуется в печени и накапливается в желчном пузыре. При попадании порции пищи в кишку, происходит выброс желчи для осуществления процессов переваривания.

В случае опухолевого роста в головке поджелудочной железы, нарушается возможность нормального функционирования этой системы и развивается механическая желтуха, обусловленная накоплением желчи. Обычно манифестации (проявлению) изменения цвета кожи предшествуют болевые ощущения. Развивается желтуха медленно. Сначала покровы тела имеют ярко-желтый оттенок, что связано с накопившимся пигментом билирубином, который впоследствии претерпевает химические превращения, и желтуха приобретает слегка зеленоватый оттенок.

4. Кожный зуд. Это явление обусловлено отложением желчных кислот под кожей. Они раздражают рецепторы и вызывают тем самым чувство зуда. Этот симптом очень беспокоит пациентов. Они становятся беспокойными, появляется бессонница. На кожных покровах видны следы многочисленных расчесов.



5. Интоксикация. Она является следствием отравления организма человека токсинами, которые образуются в результате процессов жизнедеятельности раковых клеток. Пациенты в значительной степени теряют вес, становятся апатичными, вялыми, слабыми, у них пропадает аппетит, особенно к мясной и жирной пище. Усугубляет ситуацию нарушение внутрикишечного пищеварения и усвоения пищи. Чаще всего стул пациентов с раком поджелудочной железы на фоне механической желтухи глинисто-белого цвета с примесью жира и зловонным запахом.

### **Степени рака поджелудочной**

Определение стадии (степени) рака необходимо для того, чтобы правильно подобрать метод лечения. По степени тяжести выделяют такие формы.

**I стадия** – злокачественное образование имеет небольшие размеры. Оно не выходит за границы поджелудочной железы.

**II стадия** – имеет две степени.

- 2А – раковая опухоль распространилась к желчевыводящему протоку или к двенадцатиперстной кишке. К лимфоузлам распространение не произошло.
- 2В – новообразование распространилось к лимфатическим узлам. Его размеры могут быть различными.

**III стадия** – разрастание опухоли к желудку, селезенке и толстому кишечнику. Она может распространиться к крупным нервам и сосудам.

**IV стадия** – опухоль распространяется по лимфоузлам, появляются метастазы в другие органы.

### **Диагностика рака поджелудочной железы**

Диагностика рака поджелудочной железы основана на данных анамнеза (изменение аппетита, боли в животе, желтый цвет кожи или склер, тошнота, рвота, потеря массы тела и ряде других), а также лабораторных и инструментальных методов исследования.

На ранней стадии развития болезни рак можно диагностировать при помощи биохимического анализа крови, в котором важным является показатель уровня билирубина (повышается), а также увеличение количества ферментов (амилазы, липазы, щелочной фосфатазы и трипсина). Изменяется количество и так называемых печеночных аминотрансфераз - АЛТ и АСТ. Подъем их уровня в крови свидетельствует о наличии патологии в зоне печени и поджелудочной железы. В общем анализе крови имеет место анемия (снижение показателей красной крови), лейкоцитоз или лейкопения (увеличение или уменьшение уровня лейкоцитов - показателей белой крови), ускоряется скорость оседания эритроцитов.

К инструментальным методам исследования относят:

- УЗИ (ультразвуковая диагностика);
- КТ (компьютерная томография);
- Рентгенография;

При помощи этих диагностических методов можно с высокой точностью обнаружить опухоли размером не менее двух - трех сантиметров. Если рак смещает стенку двенадцатиперстной кишки, до его можно визуализировать с использованием рентгеновских снимков верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

- Биопсия. Заключается в исследовании биологического материала опухолевой природы под микроскопом для изучения ее клеточного состава.

## Лечение рака поджелудочной железы

Единственной радикальной методикой лечения рака поджелудочной железы является оперативное вмешательство.

Экономные операции, основанные на удалении только патологического очага допустимы при доброкачественном процессе.

Разделяют три типа операций

1. *Диагностическая (эксплоративная) операция.* Часто определить истинный размер опухоли, ее распространение и наличие метастазов можно только в ходе операции. Процедура проводится довольно быстро и позволяет выбрать правильное направление лечения.
2. *Радикальное (полное) удаление опухоли.* Применяется на ранних стадиях болезни и дает значительный шанс на выздоровление.
3. *Паллиативные операции* направлены на продолжение срока жизни и улучшение ее качества. Имеют два направления:
  - Удаление части опухоли, когда невозможно избавиться от нее целиком. Это повышает шансы на успех химиотерапии и лучевой терапии.
  - Удаление метастазов в других органах или устранение осложнений: непроходимости кишечника или желчного протока, предупреждение разрыва желудка.

*Радикальное удаление опухоли. Виды:*

**Полное удаление поджелудочной железы.** Позволяет избавиться от опухоли, которая охватила все отделы поджелудочной железы. Достоинство этой операции в том, что она вызывает минимум послеоперационных осложнений. Однако после операции больной вынужден будет принимать ферментные препараты для нормализации пищеварения.

**Операция Уиппла.** Это стандартная технология при опухоли головки поджелудочной железы. При ней удаляют головку железы, двенадцатиперстную кишку, часть желчного протока и привратника желудка, желчный пузырь и ближайшие лимфоузлы. Такая операция позволяет сократить риск повторного появления опухоли и ее метастазов. А также сохранить часть поджелудочной железы, что важно для нормального пищеварения в дальнейшем. К недостаткам можно отнести, что во время операции могут быть удалены ткани, которые еще не поражены раковыми клетками.

**Дистальная резекция поджелудочной железы.** Выполняется в том случае, когда опухоль поражает хвост и тело железы. Эти части удаляют, оставляя только головку. Часто во время операции удаляют также селезенку и желчный пузырь. Операция позволяет полностью удалить небольшие по размеру опухоли, которые находятся в хвосте и теле, но при этом считается высокотравматичной.

**Сегментарная резекция поджелудочной железы.** Это операция по удалению центральной части железы. Она проводится с целью максимально сохранить здоровые части органа. Чтобы восстановить отток желудочного сока к хвосту и головке пришивают кишечную петлю. Такой вид операции чаще выполняется для удаления метастазов.

**Минимально инвазивная хирургия.** Операция проводится через небольшое отверстие с помощью роботизированной хирургической системы, например, daVinci. Она позволяет проводить сложные операции, которые невозможно выполнить в обычных условиях. Кроме того удастся избежать обширного разреза в области живота.

**Криогенный метод лечения** основан на «вымораживании» клеток опухоли низкими температурами, что приводит к их разрушению. Признан одним из самых безопасных, не вызывает осложнений и оказывает хороший обезболивающий эффект. Значительно повышает шансы на выживание больного. Его недостаток в том, что его практикуют мало специалистов.

**Паллиативные операции** направлены на устранение осложнений, вызванных опухолью.

- при механической желтухе – обеспечивают внутренний путь отведения желчи в кишечник или выведение желчи наружу
- при кишечной непроходимости – удаляют часть кишечника, пораженного опухолью.
- при внутренних кровотечениях – ушивают пораженные сосуды
- при опасности разрыва органа из-за метастаза – удаление пораженной части .

Продолжительность жизни после таких вмешательств составляет до 8 месяцев.

**Метастазирование рака поджелудочной железы**

При раке поджелудочной железы опухоль метастазирует в близлежащие лимфатические узлы, в печень, легкие, почки, кости. Также опухолевые клетки могут распространяться по брюшине, вызывая необратимые изменения в брюшной полости (канцероматоз, асцит).

**Профилактика рака поджелудочной железы**

Для профилактики рака поджелудочной железы необходимо отказаться от вредных привычек, главным образом от алкоголя и курения, исключить контакт с химическими агентами, в частности с асбестовой пылью, необходимо придерживаться назначенной врачом диеты.

Также требуется своевременное лечение панкреатита, сахарного диабета, кист и прочих доброкачественных заболеваний поджелудочной железы.

Рак толстого кишечника - злокачественная опухоль, которая растет из слизистой оболочки, выстилающей стенки толстого кишечника. В большинстве случаев опухоль располагается в сигмовидной, слепой или прямой кишке.

Рак ободочной кишки составляет 5-6% всех случаев рака. Возникает он чаще у мужчин в возрасте 50-60 лет. Аденомы, диффузный полипоз и неспецифический язвенный колит повышают риск развития рака и рассматриваются как предопухолевые заболевания. Так, малегнизация при диффузном полипозе наступает почти в 100% случаев.

Рост случаев колоректальных карцином в развитых странах некоторые авторы связывают с увеличением в пищевом рационе содержания мяса и животного жира, особенно говядины и свинины, и уменьшение клетчатки. Отмечено резкое снижение

случаев заболевания среди вегетарианцев. Высока частота колоноректальных карцином среди работников асбестных производств, лесопилок.

#### Причины

Возникновению рака толстой кишки способствуют:

1. характер питания - преобладание в рационе мясных, жирных и мучных блюд, недостаточное содержание продуктов растительного происхождения;
2. нарушение стула (запоры);
3. заболевания толстой кишки: колиты и полипы (риск развития рака начинает увеличиваться через 7 лет от начала заболевания и каждые последующие 10 лет возрастает на 10 %, достигая через 25 лет 30 %);
4. наследственная предрасположенность;
5. пожилой возраст.

Наиболее часто раковые опухоли развиваются в местах изгибов толстой кишки, т. е. в местах застоя каловых масс, что позволяет рассматривать хронические запоры как один из предрасполагающих факторов. Играют роль также хронический колит и, главное, полипоз толстой кишки.

Излюбленная локализация рака - слепая кишка, печеночный изгиб, селезеночный угол и сигмовидная кишка. Примерно 40% приходится на поражение слепой кишки и 25% - сигмовидной. При раке, возникающем на фоне полипоза, нередко множественные очаги развития опухолей (двойная и тройная локализация).

При раке толстой кишки различают экзофитные (растущие внутрь кишки) отграниченные формы, эндофитные инфильтрирующие и смешанные.

По гистологическому строению раки, исходящие из железистого эпителия слизистой оболочки кишки, определяют как аденокарциномы, солидные и коллоидные раки, редко опухоль имеет строение перстневидно-клеточного, недифференцированного или плоскоклеточного рака.

Рак толстой кишки метастазирует по лимфатическим путям, поражая лимфатические узлы брыжейки, а затем группу узлов по ходу брюшной аорты. Гематогенные метастазы чаще всего возникают в печени. При прорастании опухоли серозного покрова кишки может наступить диссеминация процесса по брюшине, сопровождающаяся асцитом.

#### Симптомы Рака толстого кишечника

Клиническая симптоматика рака ободочной кишки различна в зависимости от локализации опухоли. Клиническая картина рака толстой кишки в ранних стадиях не проявляется какими-либо яркими симптомами, хотя при тщательном опросе больного удается выявить изменение общего самочувствия, снижение трудоспособности, уменьшение аппетита. Похудание при раке толстой кишки наблюдается редко, напротив, больные могут даже прибавлять в весе.

В дальнейшем появляется ряд признаков кишечных расстройств: урчание и переливание в кишечнике, поносы и запоры, периодические схваткообразные или постоянные тупые боли в животе, не связанные с приемом пищи. При развившемся сужении просвета кишки раковой опухолью возникает одностороннее неравномерное вздутие живота. Рак правых отделов ободочной кишки вызывает анемию вследствие медленной хронической кровопотери.

В дальнейшем признаки болезни нарастают, в тяжелых случаях наблюдаются кишечная непроходимость, кровотечение, воспалительные осложнения (абсцесс, флегмона, перитонит).

Из других осложнений рака кишечника можно выделить:  
- перфорация кишки с развитием перитонита, парапроктита (в зависимости от локализации опухоли);  
- формирование свищей (кишечно-мочепузырный, кишечно-влагалищный).

#### Диагностика Рака толстого кишечника

При осмотре больного каких-либо внешних признаков не определяется и лишь при значительных размерах опухоли или у худых больных ее удастся прощупать через брюшную стенку.

Важная роль в диагностике принадлежит рентгенологическому исследованию. При современном уровне знаний и методике обследования рентгенологу удастся выявить раковое поражение толстой кишки даже в случае отсутствия четких клинических признаков. Исследование проводят помощью контрастной взвеси бария, даваемой как через рот, так и вводимой с помощью клизмы. В ряде случаев дополнительно изучают рельеф слизистой кишки на фоне введенного в ее просвет воздуха. При этом обнаруживается дефект наполнения при экзофитных (выбухающих в просвет кишки опухолях) или участки сужения с неправильным рельефом слизистой и неровными изъеденными контурами.

При раке дистальных отделов, т. е. поражении сигмовидной кишки, в число необходимых методов исследования входит так же ректороманоскопия и колоноскопия, при которых глазом осматривают слизистую оболочку кишки и, обнаружив опухоль, производят биопсию.

Отбор больных для обследования проводят после анализа клинических симптомов, получения результатов анализа кала на наличие крови, определения в крови карциноэмбрионального антигена.

Для исключения метастазов в печень производят ультразвуковую томографию (УЗИ). Лапароскопия (эндоскопический осмотр брюшной полости) показана для исключения генерализации злокачественного процесса.

#### Лечение Рака толстого кишечника

Радикальное лечение рака толстой кишки возможно только хирургическим методом. Варианты операций различны в зависимости от уровня расположения опухоли: при раке слепой, восходящего отдела и печеночного изгиба кишки удаляют всю правую ее половину, создавая соустье между подвздошной и поперечноободочной кишкой (правосторонняя гемиколэктомия). При раке поперечно-ободочной кишки производят ее резекцию с восстановлением проходимости соустьем между оставшимися ее отрезками; при раке селезеночного угла и нисходящего отдела удаляют всю левую половину толстого кишечника с соустьем между поперечноободочной и сигмовидной кишкой (левосторонняя гемиколэктомия); наконец, при раке сигмовидной кишки производят ее резекцию. Существует ряд видоизменений этих операций, на которых мы останавливаться не будем.

Подготовка больных к операциям состоит в тщательном очищении кишечника. За 3-4 дня до операции больных переводят на легкую бесшлаковую диету, исключив из рациона хлеб, картофель и другие овощи. За два дня больной получает касторовое масло и повторные клизмы, включая вечер накануне операции. Профилактически в течение 2-3 дней проводят курс антибиотиков и сульфамидов.

После операции, помимо общих мероприятий по борьбе с послеоперационным шоком, обезвоживанием и интоксикацией, больному назначают вазелиновое масло по 30 г два раза в день. Это легкое послабляющее средство не даст возможности формироваться плотному калу, который мог бы травмировать линию швов соустья. Со 2-го дня разрешают питье, а затем легкую жидкую пищу, постепенно расширяя рацион, и после первого нормального стула больных переводят на общий режим питания.

При неоперабельных, запущенных формах рака толстой кишки приходится выполнять паллиативные операции - наложение обходных анастомозов или калового свища для предупреждения возможного развития острой кишечной непроходимости при закупорке кишки опухолью. В дополнение к паллиативным операциям проводят курс химиотерапии.

Рецидивы рака толстой кишки наблюдают редко, только вследствие нерадикально выполненной операции и при отсутствии отдаленных метастазов прибегают к повторным операциям.

При раке толстой кишки прогноз зависит от стадии процесса, но при отсутствии метастазов в лимфатические узлы относительно благоприятен, ибо почти половина больных получают стойкое излечение.

#### Профилактика Рака толстого кишечника

Диспансерному наблюдению подлежат больные группы риска. Профилактика рака толстой кишки в основном сводится к своевременному радикальному лечению полипоза кишечника, а также правильному лечению колита с тем, чтобы не допустить его переход в хроническую форму.

Важной профилактической мерой является нормализация питания, уменьшение в рационе содержания мясных продуктов, борьба с запорами.

Поскольку замечено уменьшение риска заболевания раком толстого кишечника у курильщиков, некоторые авторы рекомендуют с профилактической целью после 60 лет начать курить.

Рак прямой кишки - это злокачественное опухолевое заболевание, развивающееся из эпителия прямой кишки (её внутренней выстилки).

#### Причины рака прямой кишки

Причины рака прямой кишки до конца не изучены, предполагается что это могут быть хронические воспалительные заболевания - проктиты, язвенные колиты и хронические анальные трещины. Немалую роль в развитии рака играют генетические факторы: семейный анамнез рака толстой и прямой кишки, семейный диффузный полипоз и другие. Последний характеризуется развитием множества полипов (десятков и сотен) - доброкачественных образований из слизистой оболочки толстой и прямой кишки, многие из которых быстро перерождаются в рак, в данных случаях причиной заболевания является генетическая мутация (изменения в структуре ядра клетки - хромосомах), передающаяся по наследству. На развитие рака прямой кишки могут влиять и особенности питания: избыток в рационе жирной и мясной пищи, недостаток злаков и овощей и, как следствие, нарушение стула в виде запоров. Последние, в свою очередь, приводят к раздражению слизистой прямой и толстой кишки токсичными продуктами переваривания белков и жиров и всасыванию их в кровоток. Чрезмерное питание и недостаточная физическая активность, лишний вес, могут явиться пусковым фактором в развитии опухолевой патологии кишечника.

Установлена связь чрезмерного курения и увеличением риска рака органов пищеварения. Кроме того, отмечено резкое снижение числа заболевших раком среди вегетарианцев. Так же, важен профессиональный фактор: риск заболеть есть у работников асбестовых производств и лесопилок.

#### Симптомы рака прямой кишки

Симптомы рака прямой кишки делятся на следующие группы:

1. Неспецифические: слабость, потеря веса, снижение аппетита и отвращение к пище, извращение вкуса и запахов, подъемы температуры тела до невысоких цифр (в пределах 37 град С).

2. Характерные:

- первым симптомом являются выделения патологических примесей при акте дефекации характерно для всех опухолей прямой кишки: слизи в умеренном или большом количестве (так как многие опухоли развиваются из слизистых желез и являются слизеобразующими), отдельно или в смеси с гноем или кровью, иногда в виде кровотечения (кровь может быть ярко-алой, если опухоль расположена в нижних отделах прямой кишки и темной - свернувшейся в виде жидкого черного стула или даже сгустков, когда опухоль находится в более верхних отделах); в некоторых случаях могут выделяться кусочки опухоли.

Часто, при кровотечениях из прямой кишки пациенты, длительно страдающие увеличением геморроидальных узлов, не обращаются к врачу, считая выделение крови симптомом геморроя. Отличить источник кровотечения можно следующим образом: при геморрое кровь появляется в конце акта дефекации на каловых массах, при опухолях прямой кишки кровь перемешана с калом, так как кровотечение возникает в результате травмирования опухоли каловыми массами;

- боль отдает в пояснице, крестец, копчик, промежность: развивается в результате прорастания опухолью внешней (серозной) оболочки прямой кишки, богатой нервными окончаниями или непосредственное вовлечение в опухолевую массу нервов и нервных стволов таза; кроме того, боль может возникать в результате воспаления окружающих опухоль тканей и органов;

- изменение формы кала - «лентовидный»;

- частые, болезненные, учащенные позывы на дефекацию;

- ощущения присутствия «инородного тела» в прямой кишке, вызванное самой опухолью;

- запоры (при опухолях верхних отделов прямой кишки): от периодических, с частотой в 1-2 дня до длительных более 1 недели, сопровождающиеся тяжестью в животе, вздутием, ноющими болями в нижних отделах живота. Пожилые люди часто не обращают внимания на данный симптом, так как с возрастом прогрессирует атония кишечника и снижение активности пищеварительных желез (желчи, поджелудочных ферментов), беспокоящая большинство пациентов и приводящая к запорам;

- при опухолях ануса и выходного отдела прямой кишки: наличие визуально определяемой опухоли в области ануса или начальных отделах прямой кишки, определяемой порой самим пациентом. Нарушение акта дефекации (недержание кала и газов) - при прорастании мышц, сужающих анальное отверстие. Недержание мочи - при прорастании мышц тазового дна и мочеиспускательного канала (мышечной основы малого таза).

### 3. Симптомы далеко зашедшего процесса:

- сильные практически постоянные боли в нижних отделах живота;  
- выделение кала при мочеиспускании или из влагалища у женщин в покое (при прорастании опухолью мочевого пузыря и образовании свищевого хода между просветом кишки и мочевым пузырем или влагалищем), следствие этого - хроническое воспаление

слизистой мочевого пузыря (цистит) и женских половых органов, воспаление может подниматься по мочеточникам до почек;  
- выделение мочи из прямой кишки в покое или при акте дефекации (при прорастании опухоли стенки мочевого пузыря).

Выделяют следующие формы роста опухоли прямой кишки:

- в просвет кишки (имеется опухолевый компонент в просвете кишки – эндофитные, от латинского «эндо»-внутри);
- в сторону жировой клетчатки и органов малого таза (как такового внешнего компонента опухоли нет, она формирует единую массу с окружающими тканями - экзофитные, от латинского «экзо» - наружу).

Различают следующие стадии рака прямой кишки:

1. Опухоль не выходит за пределы слизистой оболочки, занимает не более 1/3 части кишки, нет метастазов;
2. Опухоль до 5 см (более 1/3 кишки); б- опухоль с метастазами в окружающие лимфатические узлы;
3. Больше половины окружности или длины кишки; б- с метастазами в лимфатические узлы;
4. Опухоль прорастает соседние органы: матку, влагалище, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, или кости таза.

Опухоль прямой кишки, как и любая злокачественная опухоль, метастазирует в другие органы.

Метастазы - это отсевы из основной опухоли, имеющие её структуру и способных расти, нарушая функцию тех органов где они развиваются. Появление метастазов связано с закономерным ростом опухоли: ткань растёт быстро, питания хватает не всем ее элементам, часть клеток теряет связь с остальными, отрывается от опухоли и попадает в кровеносные сосуды, разносится по организму и попадает в органы с мелкой и развитой сосудистой сетью (печень, легкие, головной мозг, кости), оседают в них из кровотока и начинают расти, образуя колонии - метастазы. В некоторых случаях метастазы могут достигать огромных размеров (более 10 см) и приводить к гибели больных от отравления продуктами жизнедеятельности опухоли и нарушения работы органа.

Рак прямой кишки первым делом метастазирует в близлежащие лимфатические узлы - расположенные в окружающей кишку жировой клетчатке таза и по ходу питающих её сосудов, при опухолях ануса метастазы могут быть в паху. Из отдаленных органов на первом месте по частоте поражения стоит печень, это связано с особенностями системы кровоснабжения прямой кишки: от верхних отделов кровь оттекает непосредственно в печень и метастазы оседают в ней, как в естественном фильтре. На втором месте по частоте метастазирования стоят легкие, кровь от нижних отделов прямой кишки оттекает в систему нижней полой вены (центральной вены брюшной полости), а оттуда напрямую в сердце и легкие. Кроме того, метастазами могут поражаться кости, серозная выстилка брюшной полости и другие органы. Если метастазы единичны возможно их удаление -



это дает больше шансов на излечение. Если же они множественные - только поддерживающая химиотерапия.

Кроме рака в прямой кишке могут развиваться и другие злокачественные опухоли:

- меланомы - высокозлокачественные опухоли из пигментных клеток;
- саркомы - опухоли из мышечной, кровеносной или лимфатической ткани.

Обследование при подозрении на рак прямой кишки

При подозрении на опухоль прямой кишки первым делом выполняются следующие приемы обследования:

- пальцевое исследование прямой кишки - очень важный метод; опытный доктор этим нехитрым приемом может обнаружить опухоль находящуюся на расстоянии до 15 см от анального отверстия. Посредством этого исследования определяют: место нахождения опухоли (по какой стенке - передней, задней, боковой), размеры опухоли и степень перекрытия ею просвета кишки, вовлечение других органов (мягких тканей малого таза, влагалища). Данное исследование должен выполнять любой врач пациенту с жалобами на нарушение дефекации, стула или боли в прямой кишке. Техника выполнения заключается в следующем: пациент принимает коленно - локтевое положение (опирается соответственно на колени и на локти) или ложится на левый бок с согнутыми к животу ногами, врач вводит указательный палец в анальное отверстие и исследует внутренний рельеф прямой кишки.

- ректороманоскопия (от латинского «ректус» - прямая кишка): осуществляется с помощью специального аппарата, который вводится в прямую кишку на расстояние до 50 см, с его помощью врач визуально осматривает слизистую кишки и берет на исследование кусочки с подозрительных участков. Довольно болезненная и неприятная процедура, но совершенно необходима при подозрении на рак прямой кишки.

- ирригоскопия - старый, но проверенный метод, введение в толстую кишку контрастной жидкости посредством клизмы с последующими рентгеновскими снимками сразу же и после опорожнения кишечника, при необходимости можно заполнить кишку воздухом - так называемое двойное контрастирование. Метод используется для выявления рака других отделов кишечника, при подозрении на сочетание нескольких опухолей, у ослабленных и пожилых пациентов, у которых невозможно выполнение эндоскопических обследований. Метод потерял свою роль при появлении фиброколоноскопии.

- фиброколоноскопия - это эндоскопический метод исследования (осмотр слизистой всего толстого кишечника изнутри), самый эффективный и надежный метод исследования. Позволяет установить точное местонахождение опухоли, взять кусочки для исследования под микроскопом, удалить небольшие опухоли без разрезов (доброкачественные - полипы);

- внутривенная урография - при подозрении на прорастание опухоли в мочеточники, мочевой пузырь;

- ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза: используется для выявления отдаленных метастазов в других органах и близлежащих лимфатических узлах, при наличии свободной жидкости в брюшной полости (асцита), позволяет оценить ее количество.

- компьютерная томография брюшной полости и малого таза - метод эффективен для выявления прорастания опухоли в другие органы, сообщения между органами (свищей) по которым поступает моча и кал, метастазов в близлежащих лимфатических узлах и других органах брюшной полости, протяженности опухоли;

- лапароскопия - хирургическое вмешательство, через проколы в брюшной стенке вводится камера и осматриваются различные отделы и органы брюшной полости при подозрении на распространенный процесс - метастазы по брюшине и в печени.

- в последнее время появился новый анализ крови на онкомаркеры - белки, вырабатываемые только опухолью и отсутствующие в здоровом организме. Для рака кишечника онкомаркеры носят название Ca 19.9 и раково-эмбриональный антиген, но они обладают крайне низкой диагностической ценностью, в связи с чем используются редко.

#### Лечение рака прямой кишки

Главным в лечении рака прямой кишки безусловно является хирургический метод - удаление пораженного опухолью органа. Любое другое лечение дает поддерживающий, временный эффект.

Возможны различные варианты операции:

1. органосохранная - то есть удаление пораженной кишки как можно ниже и формирование герметичной кишечной трубки на более низком уровне в глубине таза, такая операция возможна только при расположении опухоли в верхних и средних отделах прямой кишки. Носит название резекция прямой кишки.

2. Удаление всей прямой кишки с перемещением в её ложе части вышележащих здоровых отделов и формированием «искусственной» прямой кишки с сохранением сфинктера. Данная операция возможно при наличии длинной нисходящей кишки при определенных условиях ее кровоснабжения. Носит название резекция с низведением ободочной кишки в анальный канал.

Другие возможные операции имеют одну общую черту: их результатом является выведение искусственного ануса на живот (колостомы).

3. Удаление всей прямой кишки с опухолью и окружающей клетчаткой и лимфоузлами в ней, без сохранения анального сфинктера и с выведением колостомы.

4. Удаление только опухоли с заглушением выводного отдела кишки (зашивается наглухо) и выведением колостомы. Применяется у ослабленных, пожилых больных с осложнениями (кишечная непроходимость). Операция носит название по имени разработавшего её хирурга - операция Гартмана.

5. Выведение колостомы без удаления опухоли - выполняется при 4 стадии опухолевого процесса при угрозе осложнений (для устранения кишечной непроходимости). Применяется только с целью продления жизни.

6. Комбинация нескольких операций - удаление прямой кишки с частью или полностью с другими органами при их прорастании опухолью (удаление стенки мочевого пузыря, матки, влагалища), единичных метастазов в печень.

Кроме того, для опухолей прямой кишки с успехом используется лучевая терапия.

Лучевое лечение - это радиационное облучение на специальном аппарате в малой дозе ежедневно в течение около 1 месяца, губительно действующее на опухолевые клетки. Данный метод может применяться как до операции с целью уменьшения опухоли в размерах и перевода неудалимой опухоли в удалимое состояние, так и после операции при выявленных метастазах в близлежащие к органу лимфатические узлы с целью предотвратить возврат заболевания. Может использоваться как внешнее облучение так и внутреннее (введение датчика в прямую кишку) или их комбинация. Внутреннее облучение менее губительно действует на окружающие ткани и органы, в меньшей степени повреждая их.

В пожилом возрасте и при наличии противопоказаний к операции на прямой кишке по состоянию пациента или сердечной патологии облучение опухоли может использоваться как самостоятельный метод лечения, безусловно уступающий хирургическому, но дающий хорошие результаты.

В некоторых случаях при сильных болях и воспалении при невозможности удалить опухоль применяется небольшая доза облучения для снятия тягостных симптомов и облегчения жизни пациента.

При выявлении большого количества метастазов в окружающих кишку лимфатических узлах обязательно требуется химиотерапия. Так же она применяется при выявлении множественных метастазов в другие органы, которые невозможно удалить хирургическим путем. Химиотерапия - это внутривенное введение различных токсических синтетических веществ, губительно действующих на опухолевые клетки. В некоторых случаях назначаются те же препараты, но в таблетированных формах с лучшим усвоением и меньшим количеством побочных эффектов. Данное лечение применяется курсами от 4 раз и более. Химиотерапия призвана уменьшить метастазы в размерах, снять тягостные симптомы, продлить жизнь.

#### Реабилитация после операции

Особенностями восстановительного периода у пациентов после операций на прямой кишке могут заключаться в следующем: ношение бандажа (специальный компрессионный пояс), призванное уменьшить напряжение мышц брюшного пресса и снизить внутрибрюшное давление, что создает наилучшие условия для заживления послеоперационной раны; активное поведение после операции - вставание на 5-7 сутки, ходьба до туалета, на процедуры самостоятельно; щадящее питание - ограничение жирной

и трудноусвояемой пищи, овощей и фруктов, включается в питание: злаки (каши), бульоны, молочные продукты - кефиры, ряженка, йогурты, детское питание.

В длительные сроки после операции важным является нормализация стула: могут беспокоить поносы, закономерное следствие уменьшения размеров кишечной трубки связанное с удалением её части, этого не надо бояться, в скором времени организм адаптируется к новому состоянию и стул вновь придет в норму; так же пациенты не должны допускать длительных запоров, что травмирует слизистую оболочку тонкой кишки, всасываются отработанные токсичные продукты из её просвета. Для пациентов с выведенной колостомой важным является ношение калоприемника (пакета для сбора кала на липкой ленте), к нему приступают не менее чем через месяц после операции, после заживления раны и приживления колостомы.

Существуют различные приспособления для снижения негативных явлений (выделения стула) у пациентов с колостомами: специальные мышечные тренировки для формирования как бы мышечного жома из брюшного пресса, перекрывающего стому в течении дня, клапанов - пробок, вводимых в просвет колостомы и так далее.

Лечение «народными» средствами пациентов, страдающих раком прямой кишки, не имеет какого либо эффекта, здесь главное не навредить, то есть не использовать отравляющие и токсические вещества (мухомор, чистотел, болиголов и другие), применение которых может усугубить состояние пациента. С профилактической целью против появления метастазов ни одно из «народных» средств результатов не дает.

Осложнениями рака прямой кишки могут быть:

- в первую очередь, кишечная непроходимость, перекрывание опухолью просвета кишки и задержка стула, вплоть до полного прекращения отхождения стула и газов, что в свою очередь, опасно разрывом стенки кишки от её переполнения и нарушения питания при сдавлении каловыми массами с излиянием содержимого толстой кишки и развитием калового перитонита (воспаления серозной оболочки брюшной полости) - тяжелого осложнения практически в 100% приводящего к смерти.;
- кровотечение из опухоли - может быть незначительным и определяться только лабораторными анализами (реакция Грегерсена устарела) до массивных, способных приводить пациента к гибели от потери крови и анемии;
- истощение (раковая интоксикация) организма – в далеко зашедших стадиях, возникает в результате отравления организма токсичными продуктами разрушения опухоли.

Профилактика рака прямой кишки заключается в ежегодном прохождении обследования: пальцевого исследования прямой кишки и фиброколоноскопии у всех лиц старше 50 лет; своевременное лечение заболеваний прямой кишки (анальных трещин, проктитов), отказ от курения, нормализация рациона питания, здоровый образ жизни.

Прогнозы и выживаемость при раке прямой кишки.

Около 25% пациентов, страдающих раком толстой и прямой кишки, на момент выявления уже имеют отдаленные метастазы, то есть у каждого третьего больного. Лишь у 19% больных рак диагностирован на 1-2 стадиях. Только 1,5 % опухолей выявляют при

профилактических осмотрах. Большая часть новообразований кишки приходится на 3 стадию. Еще у 40- 50% с впервые диагностированными опухолями толстой кишки развиваются отдаленные метастазы.

Пятилетняя выживаемость при раке кишечника составляет не более 60%. Рак ободочной и прямой кишки является одной из наиболее частых причин смерти от рака. Рак толстой и прямой кишки чаще встречается в экономически развитых странах: США, Канаде, Японии. Отмечается резкий рост рака толстой кишки в России. В России показатель заболеваемости раком толстой кишки приближается к 16 на 100 тысяч населения, максимальные уровни этого показателя отмечены в Санкт- Петербурге и в Москве.

Опухоли кишечника за последнее время вышли на 3-е место у мужчин и на 4-е место у женщин по частоте встречаемости, на 5-ом месте находится рак прямой кишки.

Пик заболеваемости приходится на возрастной период 70-74 года и составляет 67,1%.

Частота прогрессирования заболевания в виде появления отдаленных метастазов зависит от стадии заболевания:

1. Стадия: Опухоль не выходит за пределы слизистой оболочки, занимает не более 1/3 части кишки, нет метастазов; выживаемость пациентов приближается к 80%.

2. Стадия: Опухоль до 5 см (более 1/3 кишки); б- опухоль с метастазами в окружающие лимфатические узлы; выживаемость составляет не более 60%

3. Стадия: Больше половины окружности или длинны кишки; б- с метастазами в лимфатические узлы;

4. Стадия: Опухоль прорастает соседние органы: матку, влагалище, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, или кости таза.

При двух последних стадиях прогноз очень плохой, 5-и летняя выживаемость составляет не более 10- 20 %. При 4 стадии 5 лет не переживает ни один пациент. Раннее выявление опухоли сопровождается 15- кратным увеличением выживаемости.