

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (*Carcinoma coli*) и РАК ПРЯМОЙ КИШКИ (*Carcinoma recti*)

Ободочная кишка и прямая кишка образуют концевой отдел пищеварительного тракта, который участвует в водном и минеральном обмене веществ, а также в хранении, разложении и выведении из организма отходов, образовавшихся в результате процесса пищеварения.

Рак ободочной кишки и рак прямой кишки – заболевание, при котором раковые клетки берут свое начало из слизистой оболочки ободочной кишки и прямой кишки. Раковая опухоль может увеличиваться в очаге заболевания сама по себе, а также в некоторых случаях может распространяться на другие органы (давать метастазы). Чаще всего метастазы возникают в печени, легких и лимфатических узлах.

В мире колоректальный рак или раковая опухоль, развивающаяся в ободочной кишке (*colon*) или в прямой кишке (*rectum*) по частоте среди злокачественных опухолей поднялась у мужчин на второе, а у женщин – на третье место. В основном, заболевают в возрасте после 50 лет, реже колоректальным раком могут также заболеть и более молодые люди.

Факторы риска:

- генетическая предрасположенность – у людей, близкие родственники которых страдали колоректальным раком, возможность заболевания тем же видом рака повышена;
- возраст – в основном, колоректальный рак возникает в возрасте после 50 лет, однако в 10% случаев опухоль может появиться и лиц молодого возраста, даже в подростковом возрасте;
- диета – возникновение опухоли связывают с диетой, которая содержит много животных жиров и белков и мало растительной клетчатки;
- полипы в кишечнике – полипы – это развивающиеся из стенки кишечника доброкачественные опухоли, которые выдаются в просвет кишки. Полипы в кишечнике у лиц более старшего возраста – довольно обычное явление, часть их (т.н. неопластические) может переродиться в злокачественные (малигнизироваться). В то же время большинство раков толстой кишки образуется в результате малигнизации полипов. В единичных случаях образование кишечных полипов генетически предопределено, однако в этих случаях раковые опухоли на фоне полипов развиваются в довольно молодом возрасте (в основном, в возрасте до 50 лет);
- перенесенные ранее заболевания – у женщин, получавших лечение по поводу раковой опухоли яичников, матки или молочной железы, вероятность заболевания колоректальным раком выше;
- воспалительное заболевание кишечника – язвенный колит;
- курение;
- низкая физическая активность.

Снизить риск заболевания помогает прием кальция, витамина D и растительной клетчатки в дозах выше средней, а также отказ от курения, разумная физическая нагрузка и регулярный прием в низких дозах аспирина и некоторых других нестероидных противовоспалительных препаратов.

Симптомы:

- наиболее частыми симптомами **рака ободочной** кишки являются:
 - вздутие живота, в особенности после еды;
 - нарушения передвижения газов;
 - тошнота и рвота;
 - понос, чередующийся с запорами;
 - незначительные, но постоянные боли в животе;
 - усталость, слабость, одышка, снижение работоспособности наряду с необъяснимой анемией
 - постоянная субфебрильная температура (37,2...37,5 °C) без явной причины;
 - в животе ощущается опухоль;
 - необъяснимое снижение веса и отсутствие аппетита.
- наиболее частыми симптомами **рака прямой кишки** являются:
 - выделение крови и слизи вместе с калом;
 - боль в прямой кишке во время дефекации или в положении сидя;
 - недержание прямой кишки (недержание кала);
 - постоянный позыв к дефекации, который, однако, не приносит облегчения;
 - запоры, чередующиеся с приступами поноса;
 - форма кала изменена;
 - постоянное ощущение покалывания в прямой кишке, кал имеет более неприятный запах, чем обычно;
 - постоянный понос, повышенное газообразование и задержка газов.

Исследования, проводимые с целью диагностики:

- определение в кале скрытой крови – если повторные исследования показывают наличие в кале скрытой крови, проводятся более точные методы исследования для выяснения причины кровотечения;
- эндоскопическое исследование (колоноскопия или ректоскопия) – в предварительно очищенный кишечник через прямую кишку вводят мягкий инструмент трубкообразной формы, который позволяет осмотреть весь просвет толстой кишки и при необходимости провести биопсию. Кроме того, выявленные полипы можно сразу удалить;
- иригоскопия – в предварительно очищенный кишечник через прямую кишку вводят рентгеноконтрастную бариевую кашицу и делают рентгеновские снимки кишечника;
- пальцевое исследование прямой кишки – позволяет выявить опухоль, расположенную в концевом отделе прямой кишки;
- рентгенография легких и брюшной полости, ультразвуковое исследование или компьютерная томография тазовой области – для выявления возможных метастазов.

Возможности лечения

Современное лечение колоректального рака комбинированное и комплексное. В основном, общий план лечения совместно разрабатывают онкохирург, врач-химиотерапевт и врач лучевой терапии. Тактика лечения опухоли зависит от размеров опухоли, ее местоположения, наличия метастазов и желания больного.

- Хирургическое лечение – успешная операция создает базис для окончательного выздоровления:
 - во время операции удаляют пораженную опухолью часть кишечника вместе с брыжейкой, где расположены возможные местные метастазы. Если метастазов нет, лечение ограничивается операцией. Цель операции – удалить опухоль и восстановить проходимость кишечника. В случае рака, расположенного в концевом отделе прямой кишки (до 5 см от ректального сфинктера), сохранить ректальный сфинктер не удается, и больному после удаления опухоли устанавливают колостому – оставшийся конец толстой кишки через дополнительный тоннель выводят на переднюю брюшную стенку, и к ее концу крепится колостомный мешок, который герметичен и обеспечивает человеку достойную и качественную жизнь. Если операция проводится в связи с симптомами непроходимости кишечника, то колостома может быть и временной;
 - в отдельных случаях, когда раковая опухоль в кишечнике очень маленькая и ограничивается только слизистой, опухоль можно удалить через колоскоп в границах здоровой слизистой;
 - в случае единичных метастазов в печени, легких и пр. по возможности удаляют и эти метастазы.
- Химиотерапию начинают тогда, когда опухоль распространилась в лимфатические узлы, дала отдаленные метастазы, или если с помощью операции удалить всю опухоль не удалось. Химиотерапии могут сопутствовать главным образом отсутствие аппетита, тошнота, понос, покраснение кожи на руках и стопах ног, снижение количества клеток крови.
- Лучевая терапия используется в лечебных целях исключительно при раковых опухолях прямой кишки.
- В случае раковой опухоли, расположенной ниже ректального сфинктера в окружении заднепроходного отверстия, лечение может ограничиваться либо лучевой терапией, либо комбинацией лучевой и химиотерапии.
- В случае раковой опухоли, распространившейся за пределы стенки прямой кишки, перед проведением операции может быть проведена так называемая предоперационная лучевая терапия.
- Послеоперационная лучевая терапия используется при выявлении метастазов в брыжейке или при подозрении на остаточную раковую ткань.

Выздоровление зависит от того, насколько далеко зашло заболевание, т.е. на какой стадии была диагностирована опухоль. В случае опухолей, выявленных на ранней стадии, результаты лечения значительно лучше. Всех больных колоректальным раком ставят в больнице на учет и контролируют на основании определенной схемы, совместно оговоренной врачом и больным. В первые годы больного контролируют каждые 3–6 месяцев, начиная с третьего года – один раз в год, желательно в течение, по меньшей мере, пяти лет после лечения.

Составлено: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
J. Sütiste tee 19
13419 Tallinn

инфотелефон 617 1300
www.regionaalhaigla.ee