Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора

В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой: дмн Зуков Р.А.

Реферат

Тема: Рак прямой кишки

Выполнил:

Клинический ординатор 1 года обучения

кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Чуяшенко А.А.

Красноярск 2023г.

**Содержание:**

1. Введение

2. Факторы риска

3. Классификация

4. Клинические картина

5. Диагностика

6. Лечение

7. Профилактика

8. Список литературы

**Введение**

В структуре всех онкологических заболеваний (GLOBOCAN 2020) колоректальный рак занимает 3 место (10%) по заболеваемости и 2 место по распространённости (9,4%) и смертности (10,4%). В 2017 году в России зарегистрировано 29 918 новых случаев рака прямой кишки и умерло по этой причине 16 360 пациентов.

Преимущественно поражаются люди в возрасте 50 - 60 лет, одинаково часто мужчины и женщины. В последние десятилетия отмечено достоверное увеличение заболеваемости раком прямой кишки, причем эта тенденция сохраняется и в настоящее время.

Рак прямой кишки составляет одну треть впервые диагностированных случаев колоректального рака. Учитывая его анатомическое расположение и риск локального рецидива, междисциплинарная программа лечения, включающая хирургию, лучевую терапию и химиотерапию, продемонстрировала лучшие результаты при локализованном заболевании.

**Факторы риска**

У 3–5 % пациентов, страдающих раком прямой кишки, развитие заболевания связано с наличием известных наследственных синдромов. Наиболее распространённые – синдром Линча, семейный аденоматоз толстой кишки и MutYH-ассоциированный полипоз. У оставшихся пациентов рак ободочной и прямой кишки имеет спорадический характер.

В качестве факторов риска развития данного заболевания рассматриваются: хронические воспалительные заболевания толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона), курение, алкоголь, превалирование в рационе красного мяса, наличие сахарного диабета, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность.

**Классификация**

Рак прямой кишки склонен к местным рецидивам и системному метастазированию. Однако благодаря улучшениям в стадировании и лечении по TNM, включая более широкое использование ректальной МРТ и повышение осведомленности рентгенологов об основных характеристиках стадирования рака прямой кишки по TNM, уровень смертности от рака прямой кишки у взрослых старше 50 лет за последние несколько десятилетий снизился.

Символ Т содержит следующие градации:

Тх – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

Тis – преинвазивный рак (интраэителиальная инвазия или инвазия собственной пластинки

слизистой оболочки).

Т1 – опухоль распространяется в подслизистый слой стенки кишки.

Т2 – опухоль распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки.

Т3 – опухоль прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без

поражения соседних органов.

Для опухолей, расположенных в верхнеампулярном отделе прямой кишки и ректосигмоидном

отделах толстой кишки (покрытых брюшиной), символ Т характеризует распространение

опухоли до субсерозной оболочки (не прорастают серозную оболочку).

Т4 – опухоль прорастает в окружающие органы и ткани или серозную оболочку при

локализации в верхнеампулярном отделе прямой кишки и ректосигмоидном отделах толстой

кишки (покрытых брюшиной).

Т4a – прорастание висцеральной брюшины.

Т4b – прорастание в другие органы и структуры.



Символ N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах:

Nх – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет.

N1 – метастазы в 1–3 (включительно) регионарных лимфатических узлах.

N1а – метастазы в 1 регионарном лимфатическом узле.

N1b– 2–3 лимфатических узла.

N1с – диссеминаты в брыжейке без поражения регионарных лимфатических узлов.

N2 – метастазы в более чем 3-х регионарных лимфатических узлах.

N2а – поражено 4–6 лимфатических узлов.

N2b – поражено 7 и более лимфатических узлов.



Символ М характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:

М0 – отдаленных метастазов нет.

М1 – наличие отдаленных метастазов.

М1а – наличие отдаленных метастазов в одном органе.

М1b – наличие отдаленных метастазов более чем в одном органе.

M1с – метастазы по брюшине.

**Макроскопические формы рака прямой кишки.** · Экзофитная - опухоли, растущие в просвет кишки · Блюдцеобразная - опухоли овальной формы с приподнятыми краями и плоским дном. · Эндофитная - опухоли, инфильтрирующие стенку кишки, не имеющие четких границ.

**Гистологическая классификация.** Аденокарцинома 90-95% Муцинозная аденокарцинома 10% Перстневидно-клеточная карцинома 4% Сквамозно-клеточная карцинома Менее 1% Аденосквамозная карцинома Менее 1% Недифференцированная карцинома Менее 1 % Неклассифицируемая карцинома Менее 1%

**Клиническая картина**

Рак прямой кишки развивается постепенно, клинические проявления возникают лишь при достижении опухолью значительных размеров и сводятся к болевым ощущениям, патологическим выделениям (кровь, слизь, гной) из прямой кишки и нарушению функции кишечника. Выраженность симптомов зависит от стадии заболевания, типа роста опухоли и ее локализации. Болевые ощущения обычно не являются ранним симптомом рака прямой кишки. Они возникают в начале заболевания лишь при раке, локализующемся в анальном канале, так как обусловлены прорастанием опухолью зоны, богатой нервными окончаниями, растяжением пораженного анального канала при дефекации. При других локализациях опухоли появление болей свидетельствует о распространение её за пределы кишечной стенки и поражении окружающих органов и тканей. Причиной возникновения схваткообразных болей может быть растяжение стенки кишки вследствие непроходимости, вызванной обтурацией просвета опухолью. Боли при раке прямой кишки постоянны. Они локализуются внизу живота, в крестцово-копчиковой области, области заднего прохода, могут быть в области поясницы. Патологические выделения часто являются симптомом. При раке ампулярного отдела прямой кишки симптоматика более скудная. Первым симптомом болезни являются патологические примеси к калу. В это же время или несколько позже возникают симптомы нарушения функции кишечника. При прорастании опухоли в мочевой пузырь возникают частые позывы на мочеиспускание, лейкоцитурия, микрогематурия, позднее могут сформироваться пузырно-прямокишечные свищи, характеризующиеся выделением кала и газов при мочеиспускании. При формировании влагалищно-прямокишечных свищей наблюдается выделение кала из влагалища. В связи с тем, что ампула является наиболее широкой частью прямой кишки, кишечная непроходимость при данной локализации опухоли развивается редко.

**Диагностика**

Ректальное исследование помогает установить диагноз ректального рака в 65-80% случаев. Пальцевое исследование позволяет определить наличие опухоли, характер ее роста, связь со смежными органами.

Пациентам, у которых выполнение тотальной колоноскопии до начала лечения невозможно из-за выраженного опухолевого стеноза или других объективных причин, выполнить ирригоскопию или КТ-колонографию до начала лечения или тотальную колоноскопию в течение 3–6 месяцев после хирургического лечения для исключения наличия синхронных опухолей и полипов в ранее необследованных участках толстой кишки с целью исключения метастатического поражения органов брюшной полости всем пациентам выполнить КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, при невозможности выполнения – УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства КТ органов грудной клетки является стандартом уточняющей диагностики при раке прямой кишки в большинстве развитых стран для исключения метастазов в легкие, лимфоузлы средостения. На практике данное исследование может быть отчасти заменено у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса. В настоящее время ректальная МРТ играет ключевую роль в оценке рака прямой кишки до и после лечения, помогая междисциплинарной команде подобрать наиболее подходящий вариант лечения. Преимущества, достигаемые при ректальной МРТ, строго зависят от получения изображений хорошего качества, что важно для характеристики основных анатомических структур и их связи с опухолью. На первичной стадии, ректальная МРТ помогает рентгенологу (а) описать локализацию и морфологию опухоли, (б) указать ее категории Т и N, (в) обнаружить наличие экстрамуральной сосудистой инвазии и (г) определить ее связь с окружающими структурами, включая сфинктер комплекс и вовлечение мезоректальной фасции. Эти признаки помогают диагностировать местно-распространенные опухоли прямой кишки (категории T3c-d, T4, N1 и N2), для которых показана неоадъювантная химиолучевая терапия (ХЛТ).

**Лечение**

Лечение рака прямой кишки развивалось в течение последних 40 лет с использованием стандартизированной хирургической техники резекции опухоли: тотальное мезоректальное иссечение. Благодаря лучшему пониманию хирургической онкологии рака прямой кишки и появлению адъювантных и неоадъювантных методов лечения, дополняющих хирургию, было достигнуто резкое снижение частоты местных рецидивов и улучшение результатов выживаемости, что проложило путь для мультидисциплинарного подхода к лечению заболевания.



Радикально выполненная операция до настоящего времени остается основным методом в лечении рака прямой кишки. В зависимости от локализации опухоли выполняется или передняя резекция прямой кишки, или брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Решение о выборе доступа при выполнении той или иной операции (открытым или лапароскопическим доступом) остается за лечащим врачом, поскольку не влияет на онкологический результат.

**Принципы радикальной операции:**

1. Дистальный край пересечения кишки должен быть не менее 2 см на

нефиксированном препарате при локализации опухоли в верхне- и среднеампулярных отделах; при локализации опухоли в нижнеампулярном отделе и выполнении сфинктеросохраняющей операции допустима резекция с краем отсечения не менее 1 см.

2. При локализации нижнего полюса опухоли в нижне- и среднеампулярном отделах прямой кишки выполняется тотальная мезоректумэктомия с удалением всей параректальной клетчатки в пределах висцеральной фасции прямой кишки; при локализации в верхнеампулярном отделе – мезоректумэктомия с удалением параректальной клетчатки в пределах висцеральной фасции прямой кишки на 5 см ниже нижнего края опухоли.

3. Вместе с опухолью должны быть удалены все регионарные лимфатические узлы от устья нижней брыжеечной артерии. При этом нижняя брыжеечная артерия должна быть перевязана и пересечена непосредственнопосле отхождения левой ободочной артерии. При необходимости мобилизации левого фланга толстой кишки допускается более высокая перевязка артерии и нижней брыжеечной вены.

4. При локализации опухоли в верхнеампулярном отделе прямой кишки

показано выполнение следующих хирургических вмешательств: чрезбрюшная резекция прямой кишки; брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки при невозможности выполнения сфинктеросохраняющей операции.

5. При локализации опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки показано выполнение следующих хирургических вмешательств: чрезбрюшная резекция прямой кишки; брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки при невозможности выполнения сфинктеросохраняющей операции.

6. При локализации опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки

в зависимости от уровня локализации нижнего полюса и глубины инвазии

опухоли показано выполнение следующих хирургических вмешательств:

– брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки при невозможности достижения дистального края отсечения 1 см и более на нефиксированном препарате;

– при инвазии опухоли в соседние органы и структуры таза, леваторы

и наружный сфинктер – выполнение экстралеваторной (цилиндрической)

брюшно-промежностной экстирпации по Хольму.

7. В случае образования низкого анастомоза и/или после проведения предоперационной лучевой терапии необходимо формирование превентивной стомы с целью снижения риска несостоятельности межкишечного анастомоза. Если операция выполняется в срочном или экстренном порядке по поводу кишечной непроходимости и в дальнейшем планируется радикальное хирургическое лечение, предпочтительнее формировать петлевую трансверзостому, а не сигмостому (в связи с предстоящим формированием сигморектального анастомоза).

8. При распространении опухоли прямой кишки на прилежащие органы

и ткани показано выполнение комбинированных операций с удалением препарата в едином блоке, а при наличии отдаленных синхронных метастазов (в печени, легких, яичниках и т. д.) – одномоментное или поэтапное их удаление.

**Виды операций при раке прямой кишки.**  1. При расположении опухоли в дистальной части прямой кишки и на расстоянии менее 7 см от края заднего прохода в любой стадии заболевания (вне зависимости от анатомического типа и гистологического строения опухоли) - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Майлса). 2. Сфинктеросохраняющие операции можно выполнить при локализации нижнего края опухоли на расстоянии 7 см от края заднего прохода и выше. - Передняя резекция прямой кишки производится при опухолях верхнеампуллярного и ректосигмоидного отделов, нижний полюс которых располагается на расстоянии 10-12 см от края заднего прохода. -При малигнизированных полипах и ворсинчатых опухолях прямой кишки выполняют экономные операции: трансанальное иссечение или электрокоагуляцию опухоли через ректоскоп, иссечение стенки кишки с опухолью с помощью колотомии. Комбинированное лечение: Дооперационная лучевая или химиолучевая терапия рака прямой кишки снижает биологическую активность опухоли, уменьшает ее метастазирование и количество послеоперационных рецидивов в зоне оперативного вмешательства.

**Адъювантное лечение** рекомендовано проводить всем больным категории

pT3-4N0 или pT1-4N1-3. Даже если на фоне проведенного предоперационного химио- или химиолучевого лечения наблюдался значительный патоморфоз, адъювантная химиотерапия проводится на основании данных гистологического исследования и предоперационной клинической стадии опухолевого процесса. Продолжительность адъювантной химиотерапии составляет 6 месяцев, включая пред- или послеоперационную химиолучевую терапию.

Оптимальным объемом адъювантной химиотерапии при местно-распространенном раке является комбинация Оксалиплатина и фторпиримидинов.

Общепринятыми являются следующие схемы химиотерапии:

– FOLFOX (12 циклов);

– XELOX (8 циклов).

Также допускается применение схемы FLOX, которая, несмотря на сравнимую эффективность, обладает достаточно выраженной токсичностью.

**Профилактика**

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность обследований пациентов после завершения лечения по поводу рака прямой кишки с целью своевременной диагностики прогрессирования заболевания при его развитии - в первые 1–2 года обследование рекомендуется проводить каждые 3–6 месяцев, на сроке 3–5 лет – 1 раз в 6–12 месяцев.

После 5 лет с момента операции обследования проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен. Обследование пациента включает следующие мероприятия:

 1. анамнез и физикальное обследование (пальцевое исследование прямой кишки).

2. исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови, (если был повышен

исходно) каждые 3 месяца первые 2 года и далее каждые 6 месяцев в

последующие 3 года .

3. колоноскопия через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет с целью выявления метахронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно (В). В случае если до начала лечения колоноскопия не была выполнена по причине стенозирующей опухоли, она производится через 3–6 месяцев после ее резекции.

4. УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3–6 месяцев в зависимости от риска прогрессирования.

5. рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.

6. КТ органов грудной и брюшной полости с внутривенным контрастированием – однократно в сроки 12–18 месяцев после операции.

**Список литературы**

1. Horvat N, Carlos Tavares Rocha C, Clemente Oliveira B, Petkovska I, Gollub MJ. MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management. Radiographics. 2019 Mar-Apr;39(2):367-387. doi: 10.1148/rg.2019180114. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30768361; PMCID: PMC6438362.
2. Keller DS, Berho M, Perez RO, Wexner SD, Chand M. The multidisciplinary management of rectal cancer. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2020 Jul;17(7):414-429. doi: 10.1038/s41575-020-0275-y. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32203400.
3. Johns L. E., Houlston R. S. A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk // Am J Gastroenterol. ‒ 2001. ‒ T. 96, № 10. ‒ C. 2992-3003.
4. Каприн А., Старинский В., Петрова Г. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) // М.: ФГБУ «МНИОИ им. ПА Герцена» Минздрава России. ‒2017. ‒ T. 250. 14. Цуканов А. С., Шелыгин Ю. А., Ачкасов С. И., Фролов С. А., Кашников В. Н., Кузьминов А.М., Пикунов Д. Ю., Шубин В. П. Принципы диагностики и персонифицированного лечениянаследственных форм колоректального рака // Вестник Российской академии медицински[ наук. ‒ 2019. ‒ T. 74, № 2. ‒ C. 118-124.
5. Рак прямой кишки: диагностика и лечение: метод. пособие / А. А. Захаренко, М. А. Беляев, А. А. Трушин [и др.]. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2018. – 24 с.

 Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

профессионального образования Красноярский государственный

медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Тема: Рак прямой кишки

Автор: клинический ординатор Чуяшенко Алина Александровна

**Оценочный критерий Положительный/Отрицательный**

1. Структурированность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Наличие орфографических ошибок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Актуальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Соответствие текста реферата его теме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Владение терминологией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Полнота и глубина раскрытия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

основных понятий темы

7. Логичность доказательной базы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Умение аргументировать основные положения и

Выводы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Использование известных научных источников

10.Умение сделать общий вывод \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Итоговая оценка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Для комментариев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: