

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**



«Затверджено»
на засіданні кафедри онкології
завідувач кафедри онкології
д.мед.н., проф. Баштан В.П.

«_____» _____ 2018 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовний модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема заняття</i>	<i>Рак прямої кишки</i>
<i>Курс</i>	<i>IV</i>
<i>Факультет</i>	<i>Стоматологічний</i>

Полтава - 2018

Тема: “ Рак прямої кишки”(РПК)

1. Актуальність теми.

Рівень захворюваності та поширення раку прямої кишки є одним з найвищих серед злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту і поступається тільки раку шлунка та ободової кишки. Для цієї патології характерна висока захворюваність у країнах Західної Європи та країнах Північної Америки і низька у країнах Азії та Африки. Рівень захворюваності на рак прямої кишки в Україні на 2005р становив до 19,5 випадків на 100 тис. населення, вищий у чоловіків, ніж у жінок (відповідно 20,3 випадків та 18,7 на 100 тис. населення). У зв'язку з цим перед лікарями постає завдання вивчити причини, які ведуть до раку прямої кишки та намітити шляхи профілактики. Передракові захворювання прямої кишки: поліпи, виразковий коліт, хронічний парапроктит та інші спостерігаються у хірурга. Відповідно до етіологічних факторів є групи ризику захворювання на рак прямої кишки. Тому знання цих особливостей важливо для студентів 5 курсу, які вивчають онкологію, а придбані ними знання та уміння допоможуть їм у майбутньому вирішувати питання профілактики раку, або діагностиці його на ранній стадії коли можливо лікування по радикальній програмі.

2. Конкретні навчальні цілі заняття:

знати

- етіологію та патогенез раку прямої кишки (РПК);
- епідеміологію раку прямої кишки (РПК);
- клінічні форми РПК;
- патологічну анатомію РПК;
- класифікація за системою TNM;
- клініка та обов'язкові методи обстеження хворих на РПК;
- основні методи лікування хворих: хірургічний, комбінований, променевий, хіміотерапевтичний.
- групи ризику.

Вміти

визначати стадії розповсюдження пухлинного процесу;

- провести загальне об'єктивне та спеціальне обстеження хворих;
- визначити значення додаткових методів обстеження у хворих (пальцеве обстеження, ректороманоскопія, колоноскопія, іррігоскопія, ультразвукові дослідження та інше);
- призначити індивідуальне лікування в залежності від стадії пухлини, загального стану хворих та їх віку.

3. Базові знання, вміння необхідні для вивчення теми.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція (базові знання, вміння, навички необхідні для вивчення теми)

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову прямої кишки.	Пояснити можливість виникнення тих чи інших метастазів.
Фізіологія	Фізіологію функціонування прямої кишки.	Пояснити значення клінічних обстежень.
Терапія	Огляд хворих зі скаргами на патологію у черевній порожнині та порожнині малого тазу	Вміти проаналізувати результати отриманих обстежень.
Рентгенологія	(пальпацію, збір анамнезу). Знати підготовку до ендоскопічного та рентгенологічного обстежень ободової та прямої кишки.	Вміти читати рентгенограми.
Хірургія	Знати об'єм хірургічних втручань на ободовій та прямій кишці	Проводити клінічний огляд хворих (пальцьове обстеження прямої кишки, ректороманоскопію ендоскопічні дослідження ободової кишки),

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик які повинен знати студент.

Термінологія

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
Рак прямої кишки	Рак прямой кишки	Carcinoma colonis et recti
Аденокарцинома	Аденокарцинома	Adenocarcinoma
Плоскоклітинний рак	Плоскоклеточный рак	Planar epitelialae
Ірригоскопія	Ирригоскопия	Irrigoskopia
Екстирпація прямої кишки	Экстирпация прямой кишки	Xstirpatio recti
Черевноанальна резекція	Брюшинноанальная резекция	

4.2. Теоритичні питання до заняття

1. Які анатомо-фізіологічні відділи має пряма кишка?
2. Які розміри прямої кишки?
3. Кровопостачання прямої кишки?
4. Кровопостачання прямої кишки?
5. Лімфовідведення з прямої кишки?
6. Клінічні форми раку прямої кишки?
7. Перелік необхідних обстежень при підозрі на рак прямої кишки?
8. Найчастіша гістологічна структура пухлин анальної області?
9. Види хірургічних втручань як застосовують при пухлинах прямої кишки?

4.3. Професійний алгоритм щодо оволодіння навичками та вміннями

Завдання:

1. Провести огляд хворого з підозрою на рак прямої кишки

Примітка: звернути увагу на загальний стан хворого, особливості пальпації живота, ректального обстеження.

2. Прийняти участь у ендоскопічному обстеженні хворого (ректороманоскопії та фіброколоноскопії)

Примітка: звернути увагу на стан слизової, наявність та форму пухлинних утворень.

3. Прочитати іррієграфи (при обстеженні прямої кишки)

Примітка: звернути увагу на форму кишківника, наявність гаустрій, заповнення барієм кишок, евакуацію контрасту.

Перелік навчальних практичних завдань які необхідно засвоїти на практичному занятті.

1. Збирання анамнезу
2. Огляд та пальпація хворих
3. Пальпація пахових лімфовузлів
4. Ректальне дослідження
5. Знати як проводиться ректороманоскопія та фіброколоноскопія
6. Уміти читати рентгенограми
7. Скласти план лікування хворого на рак прямої кишки

ЗМІСТ ТЕМИ

Епідеміологія.

Захворюваність на рак прямої кишки в Україні щорічно збільшується на 2,4%, в основному за рахунок збільшення частоти раку у чоловіків (4,7%). Пік захворюваності спостерігається у віці 70-79 років.

Захворюваність у Полтавській області складає 17,6% на 100 тис. населення. Питома вага занедбаних випадків складає біля 60%. Близько 5,5 тис. осіб щороку помирає в Україні від раку прямої кишки; смертність становить 11,2 випадки на 100 тис. населення, причому впродовж одного року з моменту встановлення діагнозу помирає 38,5% первинних хворих. Показник досить високий, якщо брати до уваги те, що рак прямої кишки відноситься до візуальних локалізацій.

Етіологія.

Причини, що призводять до раку прямої кишки, такі самі, як і при раку ободової кишки: характер харчування („західний” тип дієти), високий вміст білків та жирів у їжі, шкідливі звички (куріння, алкоголь), зниження фізичної активності, спадкові фактори.

Передракові захворювання:

- поліпоз (тотальний);
- неспецифічний виразковий коліт;
- поодинокі аденоматозні поліпи.

Анатомічні особливості

Верхня межа прямої кишки відповідає висоті 15 см від краю відхідника. У прямій кишці розрізняють три відділи: нижньоампулярний (5 см), середньоампулярний (5 – 10 см) верхньоампулярний (10 – 15). Частота ураження цих відділів становить відповідно 25, 50, 25 %. Отже, в 75 % випадках уражуються нижні відділи прямої кишки. Пухлини анальної області виділені у окрему нозологічну групу (МКХ C21).

Патологічна анатомія

Макроскопічні форми росту пухлин прямої кишки (екзофітна, ендофітна, мезофітна – змішана, що зустрічається найчастіше) та гістологічна класифікація такі самі, як і при раку ободової кишки.

Гістологічна класифікація пухлин прямої кишки.

I. Аденокарцинома

- Високодиференційована
- Помірно диференційована
- Недиференційована

II. Слизовий (колоїдний) рак

III. Недиференційований рак

- Солідний рак
- Скір

Недиференційовані пухлини (недиференційована аденокарцинома, недиференційований і некласифікований рак) чутливіші до променевого та медикаментозного лікування і водночас прогностично менш сприятливі, бо відрізняються більшою інвазивністю, швидше дають метастази.

Шляхи метастазування:

- ✓ Лімфогенний – основний шлях метастазування. Передусім вражаються лімфовузли, що знаходяться у брижі товстої кишки, а потім лімфовузли за ходом магістральних судин.
- ✓ Гематогенний – метастазує найчастіше в печінку, легені, головний мозок, кістки. Можливі також віддалені метастази Вірхова, Шніцлера, Крукенберга.
- ✓ Імплантаційний – імплантація пухлинних клітин у стінку кишки нижче від локалізації першої пухлини.

Основний шлях метастазування – лімфогенний, хоча можливі гематогенні та імплантаційні метастази. Найчастіше спостерігаються метастази в печінку (при ураженні верхньо- і середньоампулярного відділів прямої кишки). При ураженні відхідникового (анального) відділу можливі метастази в пахвинні лімфатичні вузли.

Класифікація раків ободової та прямої кишок (код МКХ-10 C18 – C20) за системою TNM (6-і видання, 2003 рік). TNM Клінічна класифікація

T — Первинна пухлина

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T₀ — первинна пухлина не визначається

T_{is} — *carcinoma in situ*: внутрішньо епітеліальна пухлина або інвазія базальної мембрани

T₁ — пухлина інфільтрує підслизовий шар

T₂ — пухлина інфільтрує м'язовий шар

T₃ — пухлина проникає через м'язовий шар у субсерозний шар або в тканину ділянок, що не вкриті очеревиною навколо ободової та прямої кишок

T₄ — пухлина безпосередньо поширюється на сусідні органи або структури і/або проростає вісцеральну очеревину

N — Регіонарні лімфатичні вузли.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ — наявні метастази в 1-3 регіонарних лімфатичних вузлах

N₂ — наявні метастази в 4 і більше регіонарних лімфатичних вузлах

M — Віддалені метастази

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M₀ — віддалені метастази не визначаються

M₁ — наявні віддалені метастази

p TNM Патоморфологічна класифікація

Категорії p T, p N та p M відповідають категоріям T, N та M

pN₀ — Матеріал для гістологічного дослідження після регіональної лімфаденектомії повинен включати не менше 12 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація

G_x — Ступінь диференціації не може бути визначений

G₁ — Високий ступінь диференціації

G₂ — Середній ступінь диференціації

G₃ — Низький ступінь диференціації

G₄ — Недиференційована пухлина

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N₀	M₀
Стадія I	T₁	N₀	M₀
	T₂	N₀	M₀
Стадія II	T₃	N₀	M₀
	T₄	N₀	M₀
Стадія III	Будь-яке T	N₁	M₀
	Будь-яке T	N₂	M₀
Стадія IV	Будь-яке T	будь-яке N	M₁

Клініка.

Клінічні прояви пухлин прямої кишки залежать від локалізації пухлини в кишці та стадії поширення.

Найчастіший симптом — наявність патологічних виділень із прямої кишки, домішки крові в калі, які з'являються перед дефекацією або під час дефекації, спостерігаються в 75 – 90 % хворих. Інша група симптомів — закріп, зміна форми калу, позиви до випорожнень (тенезми) — пов'язана з порушенням функції кишок. Тенезми з'являються при розростанні пухлини у середньоампулярному відділі кишки з явищами непрохідності і свідчать про поширення процесу. Біль при пухлинах прямої кишки може мати різний характер і також залежить від низки причин. Кишкова непрохідність спостерігається в 30 % хворих на рак прямої кишки.

Порушення загального стану хворих на рак прямої кишки виникають тільки при поширеному процесі. У початкових стадіях загальний стан хворих не змінюється. Висока температура тіла пов'язана із запальним процесом навколо пухлини або метастазами в печінку, які є в 10 – 15 % хворих.

Фактори ризику.

Важливе значення для ранньої діагностики та профілактики раку прямої кишки має визначення факторів ризику.

До них належать:

- 1) вживання їжі з високим вмістом жирів, білків;
- 2) нестача вітамінів А, С, О, Е в їжі (збільшує ризик захворювання удвічі);
- 3) часте вживання алкоголю, зокрема пива (збільшує ризик майже в 2 рази);
- 4) ожиріння;
- 5) зменшення фізичної активності;
- 6) куріння;
- 7) зниження репродуктивної функції в жінок;
- 8) операції з приводу раку товстої кишки в минулому (метахронний, множинний рак);
- 9) хворі на рак грудної залози, рак ендометрія, цукровий діабет (однакові фактори ризику).

Діагностика.

Для діагностики раку прямої кишки слід брати до уваги скарги, анамнез захворювання та вік хворих.

- Фізикальне обстеження.
- Ректальне пальцеве дослідження.
- Ректороманоскопія.
- Іригоскопія.
- Ультразвукове дослідження з використанням ректального датчика.
- Біопсія пухлини з послідуєчим гістологічним дослідженням.
- Цитологічне обстеження мазків або промивних вод.
- Визначення раково ембріонального антигену сироватки крові – РЕА.

Лікування.

Для лікування раку прямої кишки застосовують хірургічний, променевий та медикаментозний методи. Однак, радикальним є тільки хірургічний метод. Вибір виду операції залежить від локалізації пухлини в прямій кишці.

- **Види операцій при раку прямої кишки:**

Черевно-промежину екстирпацію прямої кишки (операція **Кеню-Майлса**).

Сфінктерозберігаючі операції:

Операція Гартмана (Іноятова)

Зберігаючі операції (СЕКТОРАЛЬНІ РЕЗЕКЦІЇ)

Променева терапія

При пухлинах прямої кишки вона є одним із обов'язкових засобів впливу на злоякісний процес у **комбінованому лікуванні**. При поширених пухлинах (T₃₋₄) може застосовуватись два варіанти: доопераційна інтенсивно-концентрована променева терапія та дрібнофракційне дистанційне опромінення, а також післяопераційне опромінення. Зараз все більше використовується хіміопроменева лікування.

Хіміотерапія.

Неoad'ювантна та ад'ювантна (в післяопераційному періоді). Використовується в останні роки все більше. Впроваджені нові перспективні препарати та методи їх введення.

Прогноз.

Загальне 5-річне виживання складає 45-55% і за останні роки істотно не змінилося. При пухлинах, що обмежені слизовою оболонкою (T₁), що виявляють у доклінічному періоді при онкопрофоглядах (проби на приховану кров або при колоноскопії), 5 років переживає 80 - 90%. При пухлинах із метастазами в регіональні лімфатичні вузли тривалість життя складає лише 30 - 45 %.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

а) Основна

1. Б.Т. Білінський, А.І. Гнатишак “Онкологія”, 1992р.
2. Онкологія / За ред Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Львів: Медицина світу, 1998. - 272с.
3. Онкологія. За ред. За редакцією Одабашьяна А.Л., Шелешка П.В., Баштана В.П.. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
4. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.

б) Додаткова

1. Лучевая терапия злокачественных опухолей.- Под редакцией проф. А.К.Киселёвой. -М.Медицина.-1996.-С322,
2. Справочник по онкологии под редакц. Акад. РАМН Н.Н.Трапезникова и проф. И.В.Поддубной. - М.КАППА.- 1996.- С328-330.,
3. Рак ободочной и прямой кишки под редакц. Проф. В.И. Кныша. М.Медицина. 1997. С. 136 – 140.,
4. Справочник по онкологии под ред. Проф.Шалимова С.А.,проф.Гриневича Ю.А.,проф.Мясоедова Д.В.- Київ,Здоров'я-2000. – 558с.
5. Рак прямой кишки. - В.Б. Александров.- М. Вузовская книга.-2001.-164с.
6. Атлас хирургических операций. Золлингер Р., Золлингер Р.М. – М. Доктор и К°-2000. – 425с.

ГРАФ ЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПО ТЕМІ: "Рак прямої кишки" (РПК).

1. Етіологія.

- особливості харчування;
- вірусна;
- гормональна;
- професійні чинники
- спадкова

3. Класифікація.

- клінічна;
- по системі TNM.

4. Форми росту пухлин.

- екзофітна;
- ендофітна;
- змішана.

6. Локалізація віддалених метастазів.

- печінка;
- мозок;
- легені;
- метастаз Вірхова;
- метастаз Шніцлера;
- метастаз Крукенберга;
- очеревина.

8. Лікування.

- комбіноване
- комплексне
- (хірургічне; променеве; хіміотерапія).

2. Патологічна анатомія.

- аденокарцинома;
 - високо диференційована;
 - помірно диференційована;
 - недиференційована.
- перстневидноклітинний (слизоутворюючий рак);
- недиференційований рак ("медулярний рак", "трабекулярний рак", "солідний рак", скір).

5. Клінічні симптоми.

А. Клінічна картина раку правої половини товстої кишки:

- анемія;
- екзофітний ріст пухлини;
- великі її розміри;
- нудота;
- схуднення;

домішки крові у калі.

Б. Клінічна картина раку лівої половини товстої кишки:

- звуження просвіту кишки;
- ендофітна форма росту;
- кишкова непрохідність;
- кровотеча.

7. Клінічні , лабораторні та інструментальні методи дослідження.

- аналіз калу на приховану кров;
- пальцеве дослідження прямої кишки;
- ректороманоскопія;
- іригоскопія;
- фіброколоноскопія;
- раково ембріональний антиген;
- біопсія пухлини;
- УЗД;
- КТ.

9. Прогноз.

10. Реабілітація.

11. Профілактика.

12. Фактори ризику.