

## РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ (КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК). ВСЁ О ПРОБЛЕМЕ.



**Рак толстой кишки** – это злокачественная опухоль различных отделов толстого кишечника (слепой, ободочной, сигмовидной, прямой кишки), происходящая из эпителия кишечной стенки. Симптоматика при раке толстой кишки включает абдоминальные боли, метеоризм, кишечные расстройства, нарушение кишечной проходимости, патологические примеси в каловых массах, слабость, исхудание. Рак толстой кишки может определяться при пальпации живота; для подтверждающей диагностики проводится колоноскопия с биопсией, ультрасонография, ирригоскопия, КТ,

ЯМР, ПЭТ. Радикальными методами лечения являются одномоментные или поэтапные резекционные вмешательства.

### Общие сведения

Рак толстой кишки (колоректальный рак) – злокачественное новообразование, развивающееся из эпителиальной выстилки стенки толстого кишечника. Статистика по заболеваемости неутешительна: ежегодно в мире выявляется свыше 500 тыс. новых случаев колоректального рака, причем большая часть из них приходится на индустриально развитые страны - США, Канаду, страны Западной Европы, Россию. В структуре женской онкопатологии рак толстой кишки занимает 2-ое место после рака молочной железы, а у мужчин по частоте уступает лишь раку предстательной железы и раку легкого. Большинство случаев заболевания колоректальным раком приходится на лиц старше 50 лет; мужчины болеют в 1,5 раза чаще женщин. Тревожным фактором является поздняя выявляемость: у 60-70% больных рак толстой кишки обнаруживается на III-IV стадии.

### Причины

Многoletнее изучение и анализ проблемы позволили назвать наиболее значимые этиологические факторы, способствующие повышению риска развития рака толстой кишки, - это семейно-наследственные и алиментарные факторы, а также предраковые заболевания. В числе генетически детерминированных причин наибольшее значение имеет семейный полипоз, который практически в 100% случаев приводит к развитию рака толстой кишки. Кроме этого, повышенный риск развития колоректального рака имеют пациенты с синдромом Линча - в этом случае опухолевое поражение обычно развивается у лиц моложе 45 лет и локализуется в правых отделах ободочной кишки.

Исследуя зависимость частоты рака толстой кишки от характера питания и образа жизни, можно констатировать, что возникновению онкопатологии способствует преобладание в пищевом рационе животных белков, жиров и рафинированных углеводов при дефиците растительной клетчатки; ожирение и метаболические нарушения, гипокинезия. Мутагенным и канцерогенным действием на клетки кишечного эпителия обладают различные химические соединения (ароматические углеводороды и амины, нитросоединения, производные триптофана и тирозина, стероидные гормоны и их метаболиты и др.).

Вероятность колоректального рака прогрессивно возрастает в условиях хронических запоров, длительного стажа курения, хронических заболеваний кишечника. В частности, к предраковым заболеваниям в колопроктологии отнесены: хронические колиты (НЯК, болезнь Крона), дивертикулярная болезнь толстого кишечника, одиночные полипы толстой кишки (аденоматозные и ворсинчатые полипы диаметром более 2 см озлокачествляются в 45-50% случаев).

### Классификация

Рак толстой кишки может возникать в различных анатомических отделах толстого кишечника, однако частота их поражения неодинакова. По наблюдениям специалистов в сфере абдоминальной онкохирургии, преобладающей локализацией является нисходящая ободочная и сигмовидная кишка (36%); далее следует слепая и восходящая ободочная кишка (27%), прямая кишка и анальный канал (19%), поперечная ободочная кишка (10%) и др.

По характеру роста опухоли толстой кишки подразделяются на экзофитные (растущие в просвет кишки), эндофитные (распространяющиеся в толщу кишечной стенки) и смешанные (опухоли-язвы, сочетающие экзо- и эндофитную форму роста). С учетом гистологического строения рак ободочной кишки может быть представлен аденокарциномой различного уровня дифференцировки (более 80%), слизистой аденокарциномой (мукоидный рак), мукоцеллюлярным (перстневидноклеточным) раком, недифференцированным и неклассифицируемым раком; рак прямой кишки и анального канала дополнительно – плоскоклеточным, базальноклеточным и железисто-плоскоклеточным раком.

В соответствии с международной системой TNM, на основании критериев глубины инвазии первичной опухоли, регионарного и отдаленного метастазирования, выделяют стадии:

- T<sub>x</sub> – данных для оценки первичной опухоли недостаточно
- T<sub>is</sub> – определяется опухоль с интраэпителиальным ростом или инвазией слизистой оболочки
- T<sub>1</sub> – инфильтрация опухолью слизистого и подслизистого слоя толстой кишки
- T<sub>2</sub> – инфильтрация опухолью мышечного слоя толстой кишки; подвижность кишечной стенки не ограничена
- T<sub>3</sub> – прорастание опухолью всех слоев кишечной стенки
- T<sub>4</sub> – прорастание опухолью серозной оболочки или распространение на соседние анатомические образования.

С учетом наличия или отсутствия метастазов в регионарных лимфоузлах различают следующие степени рака толстой кишки: N0 (лимфатические узлы не поражены), N1 (метастазами поражено от 1 до 3 лимфатических узлов), N2 (метастазами поражены 4 и более лимфатических узла). Отсутствие отдаленных метастазов обозначается символом M0; их наличие - M1. Метастазирование рака толстой кишки может осуществляться лимфогенным путем (в регионарные лимфатические узлы), гематогенным путем (в печень, кости, легкие и др.) и имплантационным/контактным путем с развитием карциноматоза брюшины и ракового асцита.

Симптомы рака

Клинические признаки рака толстой кишки представлены 5 ведущими синдромами: болевым, кишечными расстройствами, нарушением кишечной проходимости, патологическими выделениями, ухудшением общего состояния больных. Абдоминальные боли являются наиболее ранним и постоянным признаком рака толстой кишки. В зависимости от локализации опухоли и стадии злокачественного процесса они могут быть различными по характеру и интенсивности. Пациенты могут характеризовать боли в животе, как давящие, ноющие, схваткообразные. При выраженной болезненности в правом подреберье необходимо исключить у больного холецистит и язвенную болезнь 12-перстной кишки; в случае локализации боли в правой подвздошной области дифференциальный диагноз проводится с острым аппендицитом.

Уже в начальных стадиях рака толстой кишки отмечаются симптомы кишечного дискомфорта, включающие отрыжку, тошноту, рвоту, потерю аппетита, ощущение тяжести и переполнения желудка. Одновременно развиваются кишечные расстройства, свидетельствующие о нарушении моторики кишечника и пассажа кишечного содержимого: диарея, запоры (или их чередование), урчание в животе, метеоризм. При экзофитно растущем раке толстой кишки (чаще всего левосторонней локализации) в конечном итоге может развиться частичная или полная обтурационная кишечная непроходимость.

О развитии рака дистальных отделов сигмовидной и прямой кишки может свидетельствовать появление в испражнениях патологических примесей (крови, слизи, гноя). Обильные кишечные кровотечения возникают редко, однако длительная кровопотеря приводит к развитию хронической постгеморрагической анемии. Нарушение общего самочувствия при раке толстой кишки связано с интоксикацией, вызванной распадом раковой опухоли и застоем кишечного содержимого. Больные обычно жалуются на недомогание, утомляемость, субфебрилитет, слабость, исхудание. Иногда первым симптомом рака толстой кишки становится наличие пальпаторно определяемого образования в животе.

В зависимости от клинического течения выделяют следующие формы рака толстой кишки:

- **токсико-анемическую** – в клинике преобладают общие симптомы (лихорадка, прогрессирующая гипохромная анемия).
- **энтероколитическую** – основные проявления связаны с кишечными расстройствами, что требует дифференциации рака толстой кишки с энтеритом, колитом, энтероколитом, дизентерией.
- **диспепсическую** – симптомокомплекс представлен желудочно-кишечным дискомфортом, напоминающим клинику гастрита, язвенной болезни желудка, холецистита.
- **обтурационную** – сопровождается прогрессирующей кишечной непроходимостью.
- **псевдовоспалительную** – характеризуется признаками воспалительного процесса в брюшной полости, протекающего с повышением температуры, абдоминальными болями, лейкоцитозом и пр. Данная форма рака толстой кишки может маскироваться под аднексит, аппендикулярный инфильтрат, пиелонефрит.

- **атипичную** (опухолевую) – опухоль в брюшной полости выявляется пальпаторно на фоне видимого клинического благополучия.

Диагностика

Целенаправленный диагностический поиск при подозрении на рак толстой кишки включает клиническое, рентгенологическое, эндоскопическое и лабораторное обследование. Ценные сведения могут быть получены при объективном осмотре, пальпации живота, перкуссии брюшной полости, пальцевом исследовании прямой кишки, гинекологическом исследовании.

Рентгенологическая диагностика предполагает обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригоскопию с применением контрастного вещества. С целью визуализации опухоли, взятия биопсии и мазков для цитологического и гистологического исследования проводится ректосигмоскопия и колоноскопия. К числу информативных методов топической диагностики принадлежат ультрасонография толстого кишечника, позитронно-эмиссионная томография.

Лабораторная диагностика рака толстой кишки предусматривает исследование общего анализа крови, кала на скрытую кровь, определение раково-эмбрионального антигена (РЭА). С целью оценки распространенности злокачественного процесса выполняется УЗИ печени, МСКТ брюшной полости, УЗИ малого таза, рентгенография грудной клетки, по показаниям - диагностическая лапароскопия или эксплоративная лапаротомия.

КТ органов брюшной полости. Злокачественная опухоль слепой и восходящей ободочной кишки

Рак толстой кишки требует дифференциации со многими заболеваниями самого кишечника и смежных с ним органов, в первую очередь, - хроническим колитом, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, актиномикозом и туберкулезом толстой кишки, доброкачественными опухолями толстой кишки, полипозом, дивертикулитом, кистами и опухолями яичников.

Лечение рака толстой кишки

Радикальный способ лечения патологии предполагает проведение резекционных вмешательств на ободочной, сигмовидной или прямой кишке. Характер операции и объем резекции зависит от локализации и распространенности опухолевой инвазии. При раке толстой кишки возможно проведение как одномоментных, так и поэтапных оперативных вмешательств, включающих резекцию кишки и наложение колостомы с последующей реконструктивной операцией и закрытием кишечной стомы. Так, при поражении слепой и восходящего отдела ободочной кишки показана правосторонняя гемиколэктомия; при раке поперечно-ободочной кишки - ее резекция, при опухоли нисходящего отдела - левосторонняя гемиколэктомия, при раке сигмовидной кишки – сигмоидэктомия.

Хирургический этап лечения рака толстой кишки дополняется послеоперационной химиотерапией. В запущенных неоперабельных случаях производится паллиативная операция (наложение обходного кишечного анастомоза или кишечной стомы), химиотерапевтическое и симптоматическое лечение.

Прогноз

Прогноз рака толстой кишки зависит от стадии, на которой был диагностирован опухолевый процесс. При выявлении онкопатологии на стадии T1 отдаленные результаты лечения удовлетворительные, 5-летняя выживаемость составляет 90-100 %; на стадии T2 – 70%, T3N1-2 – около 30%. Профилактика рака толстой кишки предполагает диспансерное наблюдение групп риска, лечение предраковых и фоновых заболеваний, нормализацию питания и образа жизни, проведение скрининговых исследований (кала на скрытую кровь и колоноскопии) лицам старше 50 лет. Пациенты, оперированные по поводу колоректального рака, для своевременной диагностики рецидива рака толстого кишечника в первый год каждые 3 месяца должны проходить осмотры у онколога, включающие пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, колоно- или ирригоскопию.