

Практическое занятие № 4

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов со статистическими данными, патологоанатомической классификацией, классификацией по стадиям. Описать клиническую картину данного заболевания и ознакомить с принципами лечения.

2. Задачи:

Выработать у студентов онкологическую настороженность, раннюю диагностику и дифференциальную диагностику рака толстой кишки. Углубить и интегрировать знания и навыки смежных специальностей. Освоить принципы установки стадии заболевания на основании данных клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, разработать тактику лечения больных.

ПЛАН ЗАНЯТИЙ

№	ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЙ	ВРЕМЯ
1.	Организационные вопросы.	Отметки студентов. Осмотр вновь поступивших больных в отделение.	10
2.	Введение.	Определить тему и цель занятий, обосновать актуальность заболевания рака толстой кишки. Подчеркнуть важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики рака толстой кишки.	10
3.	Контроль исходного уровня знаний.	Используют контрольные клинические ситуационные задачи.	30
4.	Самостоятельная работа студентов.	Студенты собирают анамнез, осуществляют клинический осмотр, устанавливают диагноз, проводят дифференциальную диагностику, намечают план обследования и тактику лечения.	20
5.	Проводят разбор результатов самостоятельной работы студентов.	Один из студентов ведет прием больных. Студент получает задание поставить предварительный диагноз и наметить план и тактику лечения.	40
6.	Контроль конечного уровня знаний.	Решение контрольных клинических задач. Напишут оценочный лист по данной теме.	45
7.	Заключение	Каждому студенту сообщается общая оценка за занятие. Обсуждаются ошибки и трудности возникающие во время самостоятельного приема больных раком легкого.	15

Интерпретация клинических, инструментальных и гистологических методов исследования.

Рекомендуемые обязательные исследования для установления диагноза рака толстой кишки.

	Исследование	Цель
1-й	1.обзорная рентгенография	Выявление наличия признаков кишечной

органов брюшной полости	непроходимости
2.ирригоскопия	Выявление опухолевидного образования в толстой кишке, локализацию и оценка состояния слизистой оболочки толстой кишки. Определение границ распространенности процесса.
3.колоноскопия	Выявление опухолевидного образования в толстой кишке, локализацию и оценка состояния слизистой оболочки толстой кишки. Определение границ распространенности процесса. Взятие биопсийного материала для гистологической верификации образования
4.Ректороманоскопия	Выявление опухолевидного образования в толстой кишке, локализацию и оценка состояния слизистой оболочки толстой кишки. Определение границ распространенности процесса. Взятие биопсийного материала для гистологической верификации образования
УЗИ органов брюшной полости	Определение взаимоотношения опухоли с окружающими органами, выявление метастатических очагов
Компьютерная томография	Определение взаимоотношения опухоли с окружающими органами, выявление метастатических очагов

3. Теоретическая часть

Рак ободочной кишки. Заболеваемость.

Злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки занимают одно из основных мест среди онкопатологии человека. До 99% злокачественных опухолей составляют эпителиальные опухоли – рак. Среди всех злокачественных опухолей заболеваемость раком толстой кишки в России занимает 4 место у женщин (6,2%) и шестое – у мужчин (3,9%). Рак прямой кишки находится на 8-9 месте. Среди всех злокачественных новообразований он отмечен у 3,8% мужчин и 4,9% женщин. Отмечается устойчивая тенденция повышения заболеваемости раком ободочной и прямой кишки.

Факторы, способствующие развитию рака ободочной кишки.

Среди предрасполагающих факторов принято называть доброкачественные опухоли, факторы питания, хронические болезни толстой кишки.

Преобладание белковых и жирных продуктов питания, низкое содержание клетчатки способствуют развитию микрофлоры, формированию полициклических

углеводородов, канцерогенов – производных желчных стероидов, копростаз, что ведет к увеличению времени контакта канцерогенов с эпителием кишки. Напротив, преобладание растительной пищи, содержащей грубую клетчатку уменьшает как количество канцерогенов, так и время их контакта со слизистой оболочкой кишки.

Такие заболевания как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулит, также способствуют возникновению рака за счет нарушения процессов клеточной регенерации. Так, при хроническом течении неспецифического язвенного колита, при длительности заболевания свыше 10 лет, при начале заболевания в молодом возрасте и при тотальном поражении толстой кишки частота возникновения рака выше в 10 раз, чем в популяции в целом.

Основное гистологическое строение – аденокарцинома различной степени дифференцировки. Остальные формы рака встречаются крайне редко.

Клинические проявления рака ободочной кишки

Клинические проявления зависят от степени выраженности того или иного симптома, вызванного опухолевым ростом. По преобладанию симптомокомплексов принято выделять 6 форм клинического течения рака ободочной кишки:

- **токсико-анемическая.** Вследствие анемии, вызванной длительным незначительным подкравливанием из опухоли, и угнетение гемопоеза в ответ на опухолевую и воспалительную интоксикацию, на первый план выходят симптомы анемии. Отсутствие кишечных расстройств затрудняет своевременное выявление опухоли ободочной кишки. Эта форма чаще встречается при опухолях правой половины ободочной кишки, реже – при поражении поперечно-ободочной кишки;

- **энтеро-колитическая.** При ней больные отмечают в первую очередь урчание и вздутие живота, чувство распирания, чередование запоров с поносами. Это обусловлено механическим раздражением стенки кишки опухолью, нарушением процессов брожения и гниения вследствие дисбаланса флоры. Эта форма характерна для рака левой половины ободочной кишки;

- **диспептическая** – характеризуется признаками желудочного дискомфорта: потеря аппетита, тошнота, рвота, чувство тяжести в эпигастрии, присоединение болей преимущественно в верхних отделах живота. Эта форма заболевания отмечается при поражении всех отделов ободочной кишки, но более характерна для поперечно-ободочной кишки;

- **обтурационная** – характеризуется признаками нарушения проходимости кишечника. Может наблюдаться как постепенное нарастание непроходимости, так и острое ее начало. Невозможность купировать кишечную непроходимость консервативными мероприятиями заставляет выполнять операцию по срочным показаниям. Эта форма характерна для опухолей левой половины ободочной кишки.

- **псевдо-воспалительная** – характеризуется практически полным отсутствием общих и кишечных расстройств. Ведущую роль в клинике занимают признаки воспалительного процесса в брюшной полости вследствие изъязвления опухоли и присоединения параканкрозного воспаления. Характерна для рака правой половины ободочной кишки, хотя может наблюдаться и при левостороннем поражении.

- **опухолевая** – для нее характерно отсутствие практически всех симптомов, опухоль выявляется больным или врачом при пальпации живота. Чаще отмечается при правосторонней локализации опухолевого процесса.

Кроме этих форм принято выделять осложненные формы рака ободочной кишки. В качестве осложняющего момента может выступать декомпенсированная кишечная непроходимость, острый воспалительный процесс в брюшной полости, перфорация

кишечной стенки, прорастание опухоли в соседние органы и ткани, кровотечение из из распадающейся опухоли.

Метастазирование рака ободочной кишки

Метастазирование преимущественно лимфогенное. Метастазы в лимфатических узлах определяются у 40% оперированных больных. Лимфоотток от ободочной кишки осуществляется параллельно кровеносным сосудам. Принято выделять 4 группы регионарных лимфатических узлов:

- 1- располагаются вдоль стенки кишки, у ее брыжеечного края;
- 2- находится в брыжейке между стенкой кишки и конечной артериальной аркадой, вблизи краевого сосуда;
- 3- межучточные краевые узлы, располагающиеся вдоль центральных артериальных сосудов;
- 4- лимфатические узлы, расположенные в корне брыжейки и парааортально.

Метастазы в 4 группу лимфатических узлов считаются отдаленными. Среди гематогенных метастазов, которые встречаются у 15% больных, наиболее часто отмечается поражение печени. Реже поражаются легкие, придатки матки, отмечается канцероматоз брюшины.

Диагностика.

Скрининг рака ободочной кишки построен на выявлении оккультного кровотечения, которое сопутствует практически каждой опухоли и многим предопухолевым заболеваниям. Массивные кровотечения при раке данной локализации крайне редки, поэтому для выявления патологии приходится ставить тест на скрытое кровотечение.

Диагностика рака ободочной кишки должна решать следующие задачи:

1. выявление патологического очага.
2. определение ее локализации.
3. определение распространенности опухолевой патологии по длиннику и периметру органа.
4. оценка фонового состояния слизистой оболочки других отделов желудочно-кишечного тракта.
5. верификация патологического образования.
6. определение взаимоотношения опухоли с окружающими органами и тканями.
7. оценка зон регионарного и отдаленного метастазирования.
8. тщательное общесоматическое обследование больного для определения противопоказаний к тому или иному методу лечения.

Информативность традиционного физикального осмотра – пальпация органов брюшной полости – зависит от размеров и локализации образования. Пальпаторно полученная информация может иметь решающее значение при выборе метода лечения.

Рентгенологический метод исследования – ирригоскопия – позволяет решить 1-4 диагностические задачи. Характерная рентгенологическая картина образования зачастую позволяет достоверно судить и о характере патологии. Рентгенологический метод незаменим для оценки состояния супрастенотически лежащих отделов толстой кишки при непроходимости зоны стеноза для эндоскопа.

Эндоскопический метод – колоноскопия – позволяет решить те же задачи и взять биопсию из патологического образования для морфологической верификации процесса.

Ультразвуковой и рентгенокомпьютерный методы визуализации позволяют получить ответы при решении 6 и 7 задач. Кроме того, для определения взаимоотношения опухоли с соседними анатомическими образованиями целесообразно выполнить гастроскопию и выделительную урографию.

При соматическом исследовании больного важно не только оценить тяжесть сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений, но и динамику их в ответ на проводимое корригирующее лечение. Наличие положительной динамики позволяет расширить показания к радикальному лечению.

Лечение рака ободочной кишки

Лечение рака ободочной кишки в основном хирургическое. Так как при радикальной операции для адекватной обработки зон регионарного метастазирования необходимо перевязать магистральную артерию, то объем удаления кишки зависит от локализации опухоли в органе, а не от ее размеров. При локализации опухоли в слепой, восходящей ободочной кишке и вблизи печеночного изгиба операцией радикального объема следует считать правостороннюю гемиколэктомию с перевязкой подвздошно-ободочной, правой и средней ободочно-кишечных артерий. При локализации опухоли I-II ст. в поперечно-ободочной кишке выполняется резекция поперечно-ободочной кишки с перевязкой средней ободочно-кишечной артерии. При большей опухолевой распространенности – субтотальная колэктомия с перевязкой правой, средней и левой ободочно-кишечных артерий, а при множественных лимфогенных метастазах и нижней брыжеечной артерии у места ее отхождения от аорты. При локализации опухоли вблизи селезеночного изгиба, в нисходящей ободочной кишке и в проксимальном отделе сигмовидной кишки показана левосторонняя гемиколэктомия с перевязкой средней и левой ободочных артерий и одной-двух ветвей сигмовидной артерии. При поражении дистального отдела сигмовидной кишки – резекция сигмовидной кишки с перевязкой нижнебрыжеечной артерии у аорты или на уровне отхождения левой ободочно-кишечной артерии.

Преимущества одномоментных операций очевидны. Однако, при осложняющих моментах (плохая подготовка кишечника вследствие непроходимости, острый воспалительный процесс в брюшной полости, резко ослабленное состояние больного) целесообразно прибегнуть к формированию колостомы на этапе резекции, а реконструктивный этап лечения отложить на более поздний момент, при достижении соматической компенсации больного.

Применение комбинированного лечения – лучевого и хирургического – осложняется тем, что ободочная кишка имеет длинную брыжейку, что затрудняет точную фокусировку полей облучения. Кроме того, нужно использовать достаточно большие поля облучения для адекватной обработки как первичной опухоли, так и зон регионарного метастазирования. При этом облучается большой участок тонкой и толстой кишки. Учитывая, что эпителий желудочно-кишечного тракта является одной из наиболее быстро делящихся тканей, можно получить тяжелые постлучевые энтероколиты, которые плохо поддаются коррекции. Наибольшее распространение получил предоперационный курс лучевой терапии по схеме укрупненного фракционирования (интенсивно-концентрированный курс – 4-5Гр x 5 раз) и радикальная операция. Применение такого вида лечения позволило улучшить отдаленные результаты лечения до 80% с 60% при чисто хирургическом лечении.

Паллиативное лечение рака ободочной кишки оправдано. Так, если при местно операбельном процессе и имеющихся метастазах в печень выполнить симптоматическую операцию (обходной анастомоз, колостомия), то средняя продолжительность жизни таких

больных составляет 9 месяцев. При выполнении паллиативной резекции кишки этот рубеж отодвигается до 22 месяцев. Необходимо помнить о том, что после резекции опухоли в пределах здоровых тканей и с удалением зон регионарного метастазирования в печени, удается достигнуть 40% 3-летних результатов.

Наиболее активными препаратами в химиотерапии рака ободочной кишки является 5-фторурацил и фторафур. Представляется перспективным использование лейковорина и интерферонов в сочетании химиопрепаратами.

Надежной лекарственной профилактики рецидивов и метастазов рака ободочной кишки не разработано.

Динамическое наблюдение за больными раком ободочной кишки 3 клинической группы должно осуществляться с помощью рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов 1 раз в 6 месяцев. Исследование уровня опухолевых маркеров (АльфаФетоПротеина, РЭА) в динамике позволяет выявить рецидив болезни на начальной стадии его реализации. При выявлении рецидива тактика должна быть активной, в лечении применяется хирургический и комбинированный методы лечения.

Рак прямой кишки. Заболеваемость.

В структуре всех онкологических заболеваний рак прямой кишки в нашей стране находится на 8-м месте, составляя 2,5 -3,5% от всех злокачественных опухолей, а в некоторых странах (США, Англия, Франция) он занимает 2-3-е место. Рак прямой кишки в среднем встречается у 10 человек на 100000 населения. 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. В возникновении рака прямой кишки большую роль принадлежит предраковым заболеваниям, к которым относятся полипы, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронический дивертикулит. Некоторое значение в возникновении рака прямой кишки придает характеру принимаемой пищи (легкоусвояемая пища, содержащая много шлаков, большое количество консервантов).

Клинические проявления рака прямой кишки.

Клинические проявления рака прямой кишки обусловлены теми осложнениями, которые вызывает опухоль. Сроки проявления симптомов зависят от локализации опухоли.

Вследствие того, что ампулярная часть прямой кишки выполняет накопительную функцию, даже опухоли больших размеров течение длительного времени могут не вызывать жалоб больных. В то же время, даже небольшая опухоль анального канала дает знать о себе болями, кровотечением и вторичными воспалительными изменениями. Наличие опухоли в прямой кишке и раздражение ею кишечной стенки может вызвать тенезмы, усиление перистальтики. При дальнейшем росте могут наблюдаться явления кишечной непроходимости – от изменения формы кала до острой кишечной непроходимости. Вторичная инфекция приводит к выделению из прямой кишки слизи и гноя, изъязвление опухоли и эрозия сосудов приводит к ректальному кровотечению. Вследствие опухолевой и воспалительной интоксикации, а также анемии возникают общие симптомы – слабость, похудание, снижение работоспособности.

Патологическая анатомия и метастазирование.

Классификация рака прямой кишки:

1. По локализации: в анальном отделе кишки (10%) нижеампулярном и вышеампулярном отделах (60%), ректосигмоидном отделе (30%).

По типу роста: Эндофитный (30%) Экзофитный(20%) смешанный(50%).

По гистологическому строению: аденокарцинома, слизистый, солидный, плоскоклеточный, недифференцированный, фиброзный рак.

Классификация рака прямой кишки по TNM соответствует таковой при раке ободочной кишки.

Метастазирование рака прямой кишки преимущественно лимфогенное. Пути метастазирования зависят от локализации опухоли. При ее расположении в вышеампулярном отделе прямой кишки метастазирование происходит вдоль верхней прямокишечной артерии. При локализации опухоли в среднем отделе поражаются также лимфатические узлы периректальной клетчатки. При локализации опухоли в нижнем отделе прямой кишки и анальном канале, наряду с перечисленными могут поражаться лимфатические узлы перианальной и паховых областей. Гематогенное метастазирование наиболее часто поражает печень

Диагностика.

Скрининг рака прямой кишки основывается на пальцевом исследовании. Несмотря на простоту и доступность каждому врачу, этот метод высокоинформативен: при этом методе возможно установить не только факт наличия патологии на высоте до 10 см (около 70% рака прямой кишки располагается на этой высоте), но и оценить распространенность патологии по длине и периметру органа, выявить то или иное осложнение (степень проходимости, кровотечение, вторичное воспаление), оценить фоновое состояние слизистой прямой кишки. При проведении исследования при подтянутых к животу коленях или на корточках удается оценить 15 см прямой кишки. Кроме увеличения дистанции, эти позиции дают возможность более детально изучить состояние периректальной клетчатки окружающих тканей и органов, их соотношение с опухолью. Пальцевое исследование является едва ли не единственным, так как клизма с контрастным веществом не удерживается, а проведение эндоскопа через пораженный анальный канал не всегда возможно вследствие малого размера ракового канала и его болезненности. Для исключения травмы кишки, перед любым инструментальным обследованием прямой кишки также выполняется осмотр перианальной зоны и пальцевое исследование прямой кишки.

Следующим методом исследования прямой кишки является ректороманоскопия. Она позволяет уточнить данные, полученные при пальцевом исследовании, выполнить биопсию, т.е. верифицировать диагноз путем получения сведений о гистологической структуре опухоли. Кроме того, ректороманоскопия делает возможной диагностику опухолей, недостижимых при пальцевом исследовании прямой кишки, расположенных на расстоянии более 15 см от заднего прохода. Ректороманоскопию выполняют в коленно-локтевом положении больного, предварительно хорошо подготовив кишечник. Осмотр слизистой оболочки прямой кишки производят как при введении ректоскопа, так и при его извлечении.

Ректороманоскопия, как и пальцевое исследование, не всегда дает ответ на все вопросы, так как ректоскоп нередко удается провести лишь до опухоли. Протяженность опухоли и состояние расположенных выше нее отделов толстой

кишки могут остаться неизвестными. В такой ситуации большую ценность приобретает рентгенологический метод исследования, проводимый с помощью введения в кишку бариевой взвеси (контрастная клизма). Ирригоскопия и колоноскопия позволяют выявить первично-множественное поражение ободочной и прямой кишки.

Для обнаружения отдаленных метастазов, которые наиболее часто возникают в печени, применяют ангиографию (целиакографию), сканирование печени, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, лапароскопию. Из этих методов наиболее информативны компьютерная томография и лапароскопия.

Осложнения. Наиболее частыми осложнениями рака прямой кишки являются острая непроходимость кишечника, перфорация кишки, свищи (пузырно-прямокишечный, влагалищно-прямокишечный, параректальный).

Перфорация кишки возникает при непроходимости вследствие чрезмерного растяжения ее стенки выше опухоли. Возможна также перфорация кишки в зоне самой опухоли (особенно часто при ее распаде).

Перфорация в брюшную полость ведет к каловому перитониту, перфорация в параректальную клетчатку - к развитию абсцесса или флегмоны.

Дифференциальная диагностика.

Рак прямой кишки дифференцируют от геморроя, полипов, сифилиса, туберкулеза. Как для рака прямой кишки, так и для геморроя характерным симптомом является выделение крови, однако при раке кровь темного цвета, измененная, иногда со сгустками, появляется перед выделением кала или смешивается с ним, а при геморрое кровь алого цвета, выделяется в конце акта дефекации.

Гистологическое исследование позволяет дифференцировать рак прямой кишки от полипов, туберкулеза и сифилиса. При сифилисе серологические реакции, а при туберкулезе бактериологические методы исследования способствуют разрешению диагностических трудностей.

Лечение рака прямой кишки.

Наиболее широко применяемый метод лечения рака прямой кишки – хирургический. Во время предоперационной подготовки за 2 - 3 дня до операции больному назначают бесшлаковую диету, слабительные препараты, производят очистительные клизмы (дважды в день). При наличии частичной непроходимости кишечника подготовку к операции проводят на протяжении 7 - 8 дней. Нередко в комплекс предоперационной подготовки включают назначение препаратов бактериостатического действия для подавления кишечной микрофлоры (левомицетин, норсульфазол, трихопол).

Радикальные операции при раке прямой кишки направлены на излечение больного путем удаления опухоли и регионарных лимфатических узлов. Наиболее часто используют брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, переднюю резекцию прямой кишки; брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной ободочной (или поперечной ободочной) кишки, операцию Хартманна (обструктивная резекция).

Выбор метода радикальной операции при раке прямой кишки определяется главным образом расстоянием опухоли от заднепроходного отверстия. При локализации опухоли на расстоянии менее 6-7 см от заднего прохода прибегают к брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Расположение опухоли на расстоянии более 6-7 см от заднего прохода делает

возможным выполнением сфинктеросохраняющих операций (брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки). При расположении опухоли выше 10 - 12 см от заднего прохода целесообразна передняя резекция прямой кишки. Операцию Гартмана (обструктивную резекцию прямой кишки) производят при расположении опухоли выше 10 - 12 см от заднего прохода и невозможности выполнения по тем или иным причинам передней резекции прямой кишки «например, при экстренной операции, выполняемой в связи с непроходимостью кишечника, когда вмешательство производят на неподготовленной кишке».

Выбирая метод радикальной операции при раке прямой кишки, следует учитывать также конституциональные особенности больного, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Паллиативные операции преследуют целью лишь продление жизни больного и уменьшение его страданий. Их выполняют при развитии выраженных симптомов кишечной непроходимости и невозможности выполнения радикальной операции. Они заключаются в наложении двустольного противоестественного заднего прохода на передней брюшной стенке в левой подвздошной области, для чего выводят и вскрывают сигмовидную ободочную кишку.

Комбинированное лечение: Применение предоперационной лучевой терапии в настоящее время считают целесообразным при местно распространенном раке прямой кишки. В этом случае оно позволяет увеличить операбельность и улучшить результаты хирургического лечения, повышая частоту пятилетней выживаемости больных. Для химиотерапии рака прямой кишки после радикальных операций использовали фторурацил и фторафур, однако данных, которые убедительно свидетельствовали бы об увеличении пятилетней выживаемости больных при таком лечении, не получено.

4. Интерактивный метод

Метод «мозгового штурма».

1. Первичная диагностика рака толстой кишки

Ответ:

- А) Анамнез (анемия, запоры, выделение слизи и гноя, боли в области живота)
- Б) Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, кала).
- В) Пальцевое исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия (наличие опухолевого образования, атипические клетки).
- Г) УЗИ, компьютерная томография.

5. Задания

- А) общие сведения (определение, этиология, частота, классификация).
- Б) клиника и особенности диагностики и дифференциальной диагностики.
- В) интерпретация клинических, инструментальных, рентгенологических и других методов исследования.
- Г) определение тактики лечения.

6. Раздаточный материал

1. Наглядные пособия (анатомия толстой кишки, локализация опухолевого процесса, классификация).

2. Рентгенологические снимки, данные КТ исследования, УЗИ

1. 2.

1. Ирригография. При тугом заполнении толстой кишки бариевой взвесью определяется дефект наполнения в области поперечно-ободочной кишки протяженностью до 7 см. определяется инфильтрация стенок толстой кишки, суживая ее просвет.

2. Ирригография. Рак прямой кишки, инфильтративная форма роста.

3. Видеоматериал (макропрепарат)

Колоноскопия. В средней трети нисходящего отдела ободочной кишки визуализируется экзофитное образование, резко суживающее просвет кишки.

Макропрепарат. Тот же больной после операции левосторонней гемиколэктомии. В просвете удаленной кишки визуализируется экзофитное образование с участками распада. Диагноз: рак толстой кишки.

7. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больной А. 53 года, жалуется на затруднение акта дефекации, эпизодически с примесью крови, похудание, болезненность в области ануса, болезненный акт дефекации.

Из анамнеза: В течение одного месяца отмечался жидкий стул с примесью крови.

10 дней лечился в отделение гастроэнтерологии, откуда был направлен в онкодиспансер для дальнейшего обследования и лечения.

Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот не вздут, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. При пальцевом ректальном исследовании на высоте 4 см. имеется твердой консистенции опухоль, циркулярно охватывающая нижнюю треть прямой кишки, бугристая, мало подвижная.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз.
- 2) Установите стадию заболевания
- 3) Ваша тактика лечения

8. Тесты

1. Какую гистологическую структуру чаще всего имеют злокачественные опухоли толстой и прямой кишки:

- А) аденокарцинома
- Б) меланома
- В) лейомиосаркома

- Г) лимфосаркома
- Д) меланобластома

2. Токсикоанемический синдром более характерен для какой локализации опухоли:

- А) восходящая кишка
- Б) слепая кишка
- В) поперечная кишка
- Г) сигмовидная кишка
- Д) прямая кишка

3. При каком осложнении опухолей толстой и прямой кишки может наблюдаться симптом Валя:

- А) непроходимость
- Б) перфорация
- В) пенетрация с образованием свища
- Г) метастазирование
- Д) кровотечение

4. Куда в первую очередь метастазируют опухоли прямой и толстой кишки:

- А) регионарные лимфоузлы
- Б) париетальную брюшину
- В) печень
- Г) легкие
- Д) головной мозг

5. Группа повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих

- А) все верно
- Б) семейный полипоз
- В) НЯК
- Г) болезнь Крона
- Д) полипы

6. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является

- А) кишечная непроходимость
- Б) перфорация опухоли
- В) присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
- Г) массивное кишечное кровотечение
- Д) все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой

7. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли

- А) в сигмовидной кишке
- Б) в восходящем отделе
- В) в поперечно-ободочной кишке
- Г) в нисходящем отделе
- Д) не зависит от локализации опухоли

8. При раннем раке толстой кишки

- А) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак

- Б) специфические симптомы отсутствуют
- В) имеются специфические симптомы заболевания
- Г) «синдром малых признаков» является ранним клиническим проявлением рака желудка

9. Реакция определения скрытой крови в кале

- А) р-я Абелева-Татарина
- Б) р-я Шика
- В) р-я Греггерсена
- Г) р-я Райта – Хедельсона
- Д) р-я Вассермана

10. Карцинома in situ в классификации TNM соответствует

- А) 0 стадии
- Б) 1ст
- В) 2ст
- Г) 3ст
- Д) 4с

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№	Балл	Оценка	Уровень знаний студента
1.	86-100	отлично	<p>Студент владеет базовыми знаниями по анатомии, гистологии и патологической анатомии, может рассказать этиологию и патогенез рака толстой кишки, знает ранние признаки заболевания и принципы онкологической настороженности, знает патолого-анатомическую классификацию, способен обсуждать вопросы проведения дифференциальной диагностики рака толстой кишки. Знает принципы классификации по стадиям и по системе TNM рака толстой кишки. Может правильно составить план обследования больного с целью выявления рака толстой кишки.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Умеет грамотно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз, при необходимости направить больного на консультацию к специалисту. - Умеет распознавать по клиническому течению стадии и формы рака толстой кишки, разъяснить сущность клинических симптомов (местных, общих и симптомов осложнений); - Знает дифференциальную диагностику рака толстой кишки с другими заболеваниями органов брюшной полости. Знает и может интерпретировать дооперационные и послеоперационные осложнения рака толстой кишки. - Знает и может составить план клинико-лабораторных и инструментальных исследований; - Умеет распознавать и интерпретировать данные УЗИ, рентгеновских исследований при раке толстой кишки. - знает принципы реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению заболевания - Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации на постгоспитальном этапе и проведение реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению осложнений, рецидива заболевания.

2.	71-85	хорошо	<p>Студент относительно хорошо владеет базовыми знаниями по анатомии, гистологии и патологической анатомии, имеет представление об этиологии и патогенезе рака толстой кишки, может пересказать ранние признаки заболевания и принципы онкологической настороженности, имеет представление о патолого-анатомической классификации, способен обсуждать вопросы проведения дифференциальной диагностики рака толстой кишки. Знает принципы классификации по стадиям и по системе TNM рака толстой кишки. Может правильно составить план обследования больного с целью выявления рака толстой кишки.</p> <ul style="list-style-type: none"> - может собрать анамнез и поставить предварительный диагноз. - Умеет распознавать по клиническому течению стадии и формы рака толстой кишки, разъяснить сущность клинических симптомов (местных, общих и симптомов осложнений); - Ориентируется в дифференциальной диагностике рака толстой кишки с другими заболеваниями органов брюшной полости. - Знает и может составить план клинико-лабораторных и инструментальных исследований; - Может распознавать и интерпретировать данные УЗИ, рентгеновских исследований при раке толстой кишки. - может пересказать проведение реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению заболевания
3.	55-70	Удовлетворительно	<p>При наличии достаточно удовлетворительных знаний по теме рак толстой кишки, студент может пересказать проведения дифференциальной диагностики рака толстой кишки с различными патологическими состояниями органов брюшной полости.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Имеет представление о патогенезе классификации клинике, и дифференциальной диагностики заболевания; - Имеет представление о методах диагностики: лабораторных и инструментальных - Имеет представление о мерах профилактики и реабилитации.
4.	0-54	Неудовлетворительно	<p>Не имеет представление, не знает или имеет смутное представление о раке толстой кишки. Студент не готов к занятию</p>

9. Контрольные вопросы

1. Этиология и патогенез рака толстой кишки.
2. Классификация рака толстой кишки по стадиям и по системе TNM, .
3. Клинические проявления рака толстой кишки: общие и местные проявления, клинические проявления в зависимости от локализации опухолевого процесса.
4. Первые признаки позволяющие заподозрить рак толстой кишки.
5. Методы диагностики, применяемые для выявления рака толстой кишки.

6. Методы получения гистологической верификации.
7. С какими заболеваниями приходится дифференцировать рак толстой кишки.
8. Тактика лечения рака толстой кишки.
9. Основные методы лечения рака толстой кишки.