

## Лекция № 21 – 22

### Частная онкология

### ЖКТ



---

Кафедра внутренних болезней  
Дисциплина пропедевтика клинических  
дисциплин

# Цель и задачи дисциплины

**Цель** изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

## **Задачи дисциплины:**

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



# План лекции

---

- 1. Рак пищевода**
- 2. Рак желудка**
- 3. Рак тонкой кишки**
- 4. Рак толстой кишки**
- 5. Рак прямой кишки**
- 6. Рак поджелудочной железы**
- 7. Рак печени**





# Актуальность

---

1. Онкологические заболевания занимают 2-е место среди причин смертности населения в развитых странах (15-20% от общего ежегодного числа летальных исходов)
2. Смертность от онкологических заболеваний среди женщин европейских стран в возрасте от 30 до 50 лет находится на 1-м месте (преимущественно от рака молочной железы и гениталий).
3. Среди причин смертности детей до 14 лет онкологические заболевания занимают 2-е место после несчастных случаев.
4. Ежегодные показатели смертности от онкологических заболеваний в большинстве стран – не менее 100 на 100 тысяч населения.



---

# 1. Рак пищевода





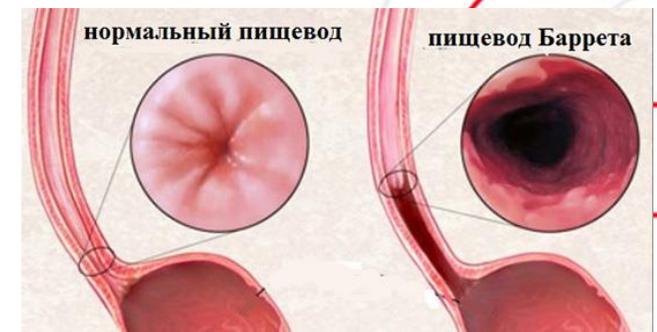
## Пути оттока лимфы от пищевода

---

- 1. Рак шейного отдела пищевода** - в глубокие шейные лимфатические узлы,
- 2. Рак верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода** - параэзофагеальные, трахеобронхиальные и задние средостенные лимфоузлы;
- 3. Рак нижнегрудного и брюшного отделов пищевода** - поддиафрагменные, параэзофагеальные, паракардиальные лимфатические узлы, а также в лимфоузлы вдоль малой кривизны желудка и левой желудочной артерии. Кроме того, встречаются метастазы в лимфоузлы малого сальника, вдоль левой желудочной артерии и в шейные и надключичные лимфоузлы.

## Этиология рака пищевода

1. Постоянное употребление горячей пищи и напитков (кипятков).
2. Стриктуры пищевода, обусловленные ожогом щелочью, кислотой, горячей жидкостью.
3. Длительно существующая ахалазия пищевода - нарушение моторики пищевода, характеризующееся нарушением его перистальтики и недостаточной релаксацией нижнего пищеводного сфинктера при глотании. (риск возникновения рака пищевода -5%).
4. Пищевода Баррета - состояние при котором желудочный эпителий (однослойный, однорядный, цилиндрический) находится более чем на 3 см выше кардии, в дистальном отделе пищевода. Риск возникновения рака пищевода у таких пациентов примерно *в 30 раз выше чем в популяции.*





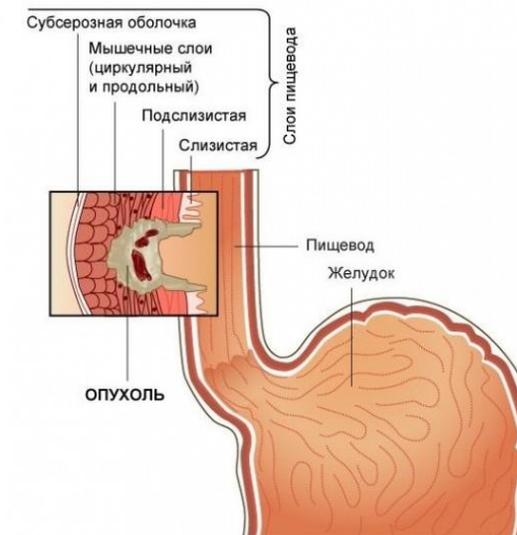
# Рак пищевода

Наиболее часто встречающаяся форма - плоскоклеточный рак (60%).

- 15% встречается в шейном отделе,
- 45% - в среднем,
- 40% - в нижнем отделе.

На втором месте по частоте находится аденокарцинома, чаще всего развивающаяся у пациентов с пищеводом Баррета (40%).

Редкие опухоли пищевода - мукоэпидермоидная карцинома и аденокистозная карцинома.





# Рак пищевода

T1 Собственная пластинка слизистой/подслизистая

Меньше или 5 см без обструкции

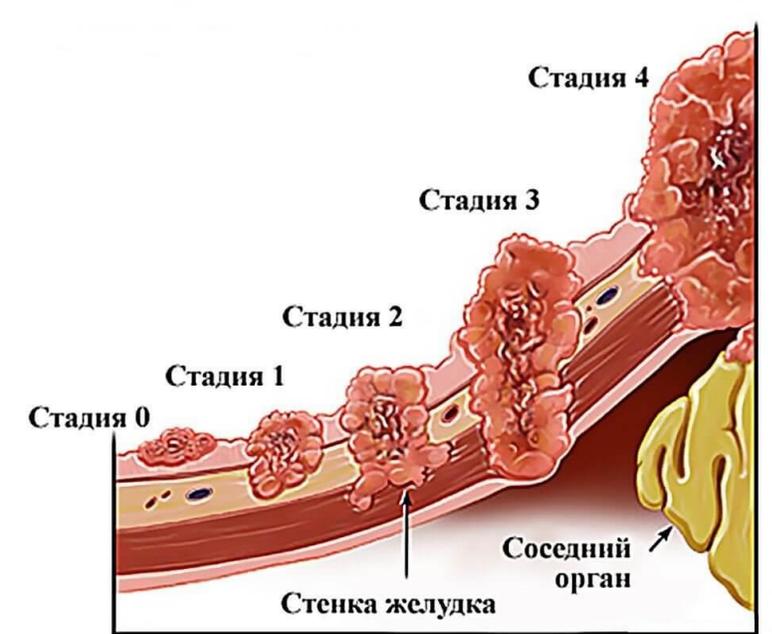
T2 Мышечная оболочка

Более 5 см/обструкция/рост по всей окружности

T3 Адвентиция

Опухоль за пределами пищевода

T4 Опухоль распространяется на соседние ткани и органы





# Симптомы рака пищевода

---

1. Дисфагия - затрудненное глотание. При раке пищевода дисфагия, как правило, нарастает. Различают несколько степеней дисфагии:
  - 1 степень Затруднение прохождения твердой пищи
  - 2 степень Затруднение прохождения кашицеобразной пищи
  - 3 степень Затруднение прохождения жидкости
2. Прогрессирующее похудание.
3. Повышенная саливация.
4. Регургитация (срыгивания, "пищеводная рвота").
5. Боли при глотании. Боль означает распространение опухоли за пределы стенки пищевода.



# Симптомы рака пищевода

1. Дисфагия - затрудненное глотание. При раке пищевода дисфагия, как правило, нарастает. Различают несколько степеней дисфагии:
    - 1 степень Затруднение прохождения твердой пищи
    - 2 степень Затруднение прохождения кашицеобразной пищи
    - 3 степень Затруднение прохождения жидкости
  2. Прогрессирующее похудание.
  3. Повышенная саливация.
  4. Регургитация (срыгивания, "пищеводная рвота").
  5. Боли при глотании. Боль означает распространение опухоли за пределы стенки пищевода.
- При поражении органов грудной полости: тупые боли в груди, синдром верхней полой вены, синдром Горнера (поражение симпатического нерва), паралич диафрагмы (поражение диафрагмального нерва), выпот в плевральную полость. Общие неспецифические симптомы: адинамия, утомляемость, безразличие, похудание, беспричинный субфебрилитет.



# Диагностика рака пищевода

---

1. Рентгеноконтрастное исследование пищевода позволяет установить диагноз, определить локализацию и протяженность опухоли. Характерными признаками является сужение пищевода и супрстенотическое расширение, неровные ("изъеденные") края стенки, можно обнаружить пищеводно-трахеальный свищ.
2. Эзофагоскопия - наиболее важное исследование в диагностике рака пищевода. При выполнении эзофагоскопии устанавливают характер роста опухоли, ее локализацию, протяженность, выполняют биопсию.
3. Бронхоскопия. Выполняют для оценки возможности прорастания опухоли в трахеобронхиальное дерево и для оценки движения голосовых связок.
4. Компьютерная томография. Выполняют для оценки местного распространения опухоли по лимфатическим сосудам, а также для обнаружения возможных отдаленных метастазов.
5. Внутриволостное ультразвуковое исследование позволяет оценить степень прорастания опухоли.



---

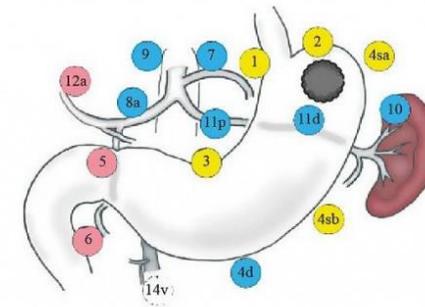
## 2. Рак желудка

.



## Пути оттока лимфы от желудка

1. Первыми поражаются регионарные лимфатические узлы (близлежащие к желудку), которые расположены вдоль малой и большой кривизны, поэтому при гастрэктомии по поводу рака, желудок удаляется с малым и большим сальниками.
2. Отдаленные лимфогенные метастазы возникают в лимфоузлах во печени, парааортальных, паховых и других.
3. При раке желудка известны характерные для него ретроградные лимфогенные метастазы. К ним относятся метастазы в надключичный узел слева (вирховская железа), в лимфоузлы параректальной клетчатки (шницлеровские метастазы), двухсторонние метастазы в яичники (крукенберговские метастазы).



- – лимфатические узлы категории N1
- – лимфатические узлы категории N2
- – лимфатические узлы категории N3

Рис. 5. Распределение регионарных лимфатических узлов по категориям при поражении верхней трети желудка.

# Рак желудка

Предраковые заболевания:

1. хронический атрофический гастрит,
2. хроническая язва желудка, рак желудка у инфицированных *H. Pylori* встречается в 4-6 раз чаще, чем у неинфицированных.
3. гигантский гипертрофический гастрит при болезни Менетрие,
4. деноматозные полипы желудка.

Макроскопически рак желудка бывает: полипозным, грибовидным, блюдцеобразным, инфильтративно-язвенным, диффузным.

Микроскопически рак желудка делится на 2 основные группы: недифференцированный (не образует определенных гистологических структур – мелко- и крупноклеточный рак) и дифференцированный рак (аденокарцинома, фиброзный рак – скирр).

# Рак желудка TNM

T0 – первичная опухоль не определяется,

Tis – преинвазивная карцинома – интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной оболочки слизистой (carcinoma in situ),

T1 – опухоль инфильтрирует стенку желудка до подслизистой основы,

T2 – опухоль инфильтрирует стенку желудка до субсерозной оболочки,

T3 – опухоль прорастает серозную оболочку без инвазии в соседние структуры.

T4 – опухоль распространяется на соседние структуры.

# Рак желудка TNM

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов,

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов,

N1 – имеются метастазы в перигастральных лимфоузлах не далее 3 см от края первичной опухоли,

N2 – имеются метастазы в перигастральных лимфоузлах, расположенных далее 3 см от края первичной опухоли, или в лимфоузлах вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной артерий и чревного ствола.

# Рак желудка TNM

По признаку G (гистопатологическая дифференцировка):

GX – степень дифференцировки не может быть установлена,

G1 – высокая степень дифференцировки,

G2 – средняя степень дифференцировки,

G3 – низкая степень дифференцировки,

G4 – недифференцированные опухоли.



# Клинические стадии рака желудка

**1 стадия** - опухоль не более 2 см в диаметре, не прорастающая за пределы слизистой и подслизистой оболочек желудка. Метастазов нет.

**2 стадия** - размер опухоли 4-5 см, прорастает в подслизистый и даже мышечный слой стенки желудка. Имеются одиночные метастазы в ближайшие регионарные лимфатические узлы.

**3 стадия** - опухоль прорастает подсерозный и серозный слои, имеются множественные метастазы в регионарные лимфоузлы, появляются осложнения.

**4 стадия** - раковая опухоль любых размеров, любого характера. Имеют место отдаленные метастазы.

# Симптомы рака желудка

В начальной стадии наиболее часто встречаются диспепсические жалобы:

1. тупая боль в верхней половине живота,
2. тошнота,
3. рвота,
4. отрыжка,
5. снижение аппетита,
6. отвращение к мясным блюдам,
7. тяжесть в эпигастрии после еды,
8. быстрая насыщаемость,
9. возможно наличие дисфагии (обусловлена прорастанием опухоли в пищевод при раке кардиального отдела желудка).

# Симптомы рака желудка

Слабость, похудание, боли в животе (чаще – в верхней половине), симптомы, связанные с метастатическим поражением других органов.

Иногда на первый план выступают симптомы осложнений рака желудка (стеноз выхода из желудка, кровотечение из распадающейся опухоли, перфорация).

Около 80% больных поступают в стационар с поздними стадиями рака желудка.

Метастазы встречаются в 60–75% случаев рака желудка.

- надключичные лимфоузлы, чаще слева («вирховские метастазы»);
- лимфоузлы параректальной клетчатки («щницлеровские метастазы»);
- яичники (крукенбергский рак яичников);
- брюшина (карциноматоз брюшины); печень (в 30–50% случаев); легкие; поджелудочная железа; кости; почки; надпочечники.

# Осложнения рака желудка (острый живот)

1. ЖКК может быть как одним из первых симптомов заболевания, так и проявиться во время лечения. Его причина – повреждение слизистой оболочки желудка. Явные кровотечения (стул или рвота с кровью) встречаются при раке желудка в 20% случаев. Чаще встречаются скрытые ЖКК с железодефицитной анемией или без нее.
2. Стеноз желудка может быть как одним из первых симптомов заболевания, так и проявиться во время лечения или при рецидиве заболевания. Причина этого состояния – перекрытие входного или выходного отдела желудка опухолевой тканью, что мешает продвижению пищи. Стеноз желудка может быть как одним из первых симптомов заболевания, так и проявиться во время лечения или при рецидиве заболевания. Причина этого состояния – перекрытие входного или выходного отдела желудка опухолевой тканью, что мешает продвижению пищи.
3. Перфорация опухоли в свободную брюшную полость.

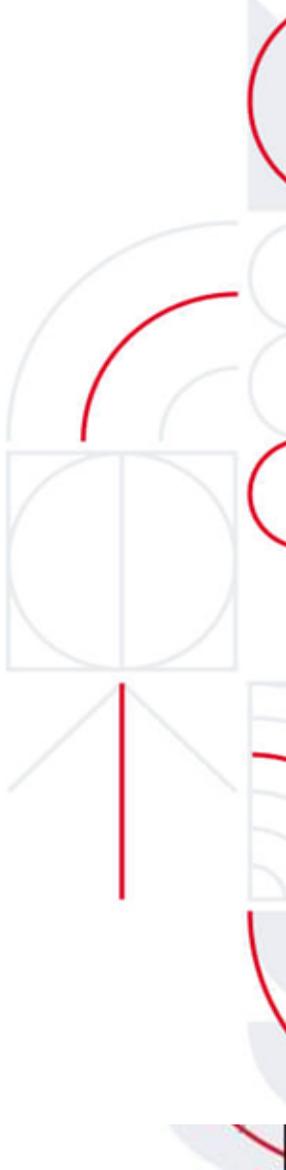
# Диагностика рака желудка

1. Решающую роль в диагностике рака желудка имеет ЭГДС с прицельной множественной (до 6–8 фрагментов) биопсией. В нескольких исследованиях показано, что при взятии биопсии только из одной точки малигнизированной язвы желудка, вероятность постановки правильного диагноза составляет 70%, а при биопсии, выполненной в 8-ми точках – 90–95%. При использовании для биопсии более 8-ми точек вероятность постановки правильного диагноза не повышается.
2. Контрастная гастроскопия с барием
3. При необходимости для исключения метастазов проводят КТ или ЯМР-томографию интересующих областей.
4. Лапароскопия может оказаться необходимой для выявления метастазов и оценки возможности проведения радикального оперативного лечения.



---

## 3. Рак тонкой кишки



## Злокачественные опухоли тонкой кишки

- 1% всех новообразований пищеварительной системы
- Злокачественные опухоли протекают бессимптомно у 10—12% больных. В большинстве случаев больные отмечают анорексию, потерю массы тела, боль в животе. Выраженность и характер боли зависят от размеров опухоли, ее местоположения, стадии процесса, осложнений (непроходимость, перфорация). Тупая давящая боль бывает при давлении на окружающие органы массивных опухолей (лимфома, саркома).
- Симптомы острого живота встречаются при перфорации опухоли (характерно для лимфомы), кишечной непроходимости (чаще всего вызывают аденокарцинома и карциноид), но самым частым осложнением считают кровотечение. В то же время опухоли тонкой кишки составляют всего лишь 0,2% больных с профузными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта.

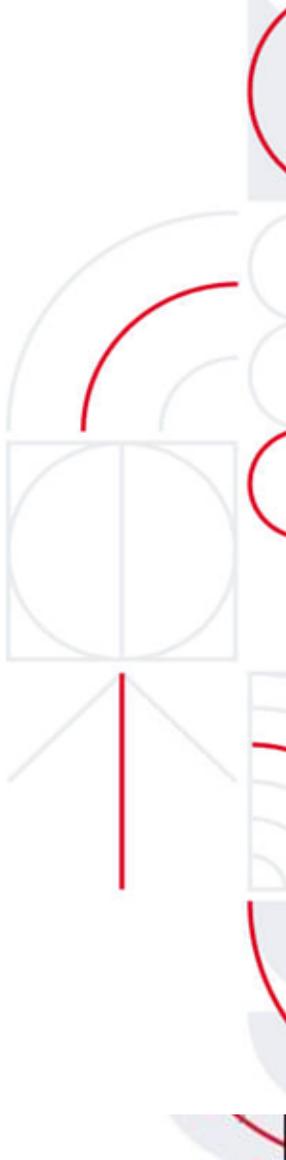
## Диагностика опухолей тонкой кишки

- Пальпация опухоли в животе (чаще всего удается при лимфомах и лейомиосаркомах, которые достигают больших размеров).
- Рентгенологическое исследование (зондовая энтерография, исследование пассажа контрастного вещества, ирригография при рефлюксе контраста в тонкую кишку), позволяющему поставить диагноз до операции 50% больных.
- УЗИ, компьютерная томография, селективную ангиографию.
- Эндоскопические методы позволяют осмотреть только начальный отдел тощей кишки, а колоноскопия — терминальный отдел подвздошной. Для диагностики карциноидной опухоли используют исследование крови (на содержание серотонина) и мочи (на измерение суточного дебита 5-оксииндолилуксусной кислоты).



---

## 4. Рак толстой кишки



## Рак толстой кишки

Рак толстой кишки — наиболее распространенный вид рака желудочно-кишечного тракта. Шанс возникновения колоректального рака составляет 5% у каждого человека старше 70 лет. Часто появление колоректального рака отмечают у лиц в возрасте 50 лет и старше.

- характер питания — преобладание в рационе мясных, жирных и мучных блюд, недостаточное содержание продуктов растительного происхождения;
- нарушение стула (запоры);
- заболевания толстой кишки: колиты и полипы (риск развития рака начинает увеличиваться через 7 лет от начала заболевания и каждые последующие 10 лет возрастает на 10 %, достигая через 25 лет 30 %);
- наследственная предрасположенность;
- пожилой возраст.

## Классификация

1. **Экзофитная форма** — растущую преимущественно в просвет кишки;
2. **Эндофитная форма** — распространяющуюся в основном в толще стенки кишки;
3. **Блюдцеобразную** — сочетающую элементы двух предыдущих форм в виде опухоли-язвы.

По гистологическому строению рак толстой кишки подразделяют:

1. Аденокарцинома (высокодифференцированная, умеренно дифференцированная, низкодифференцированная).
2. Слизистая аденокарцинома (мукоидный, слизистый, коллоидный рак).
3. Перстневидноклеточный (мукоцеллюлярный) рак.
4. Недифференцированный рак.
5. Неклассифицируемый рак.

## Классификация

**I стадия** — опухоль локализуется в слизистой оболочке и подслизистом слое кишки.

**II** — а стадия - опухоль занимает не более полуокружности кишки, не выходит за пределы кишечной стенки, без регионарных метастазов в лимфатических узлах; б стадия — опухоль занимает не более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, но не выходит за пределы кишки, метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.

**III** — а стадия опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, поражения лимфатических узлов нет; б стадия — опухоль любого размера при наличии множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах.

**IV стадия** — обширная опухоль, прорастающая в соседние органы с множественными регионарными метастазами, или любая опухоль с отдаленными метастазами.

## Классификация TNM

Tis — интраэпителиальная опухоль или с инвазией слизистой оболочки.

T1 — опухоль инфильтрирует до подслизистого слоя.

T2 — опухоль инфильтрирует мышечный слой кишки.

T3 — опухоль прорастает все слои кишечной стенки.

T4 — опухоль прорастает серозный покров или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры.

N0 — нет поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — метастазы в 1—3 лимфатических узлах.

N2 — метастазы в 4 и более лимфатических узлах.

## Симптомы рака толстой кишки

**Кишечное кровотечение**, примесь крови к стулу или наличие скрытой крови отмечаются практически у всех больных раком толстой кишки. Выделение алой крови типично для рака анального канала и прямой кишки. Темная кровь более характерна для левой половины ободочной кишки. При этом кровь, смешанная с калом и слизью, является более достоверным признаком. При раке правой половины обычно наблюдается скрытое кровотечение, сопровождающееся анемией, бледностью кожных покровов и слабостью.

**Нарушение стула**, чаще в виде затруднения дефекации, характерно для поздних форм рака левой половины ободочной кишки и прямой кишки.

Иногда рак толстой кишки сразу проявляется, **острой кишечной непроходимостью** требующей срочного оперативного вмешательства.

Нередко абдоминальные симптомы отсутствуют, больных в основном беспокоят **слабость, потеря аппетита, снижение массы тела**. В поздних стадиях заболевания присоединяются гепатомегалия и асцит.

1. Токсико-анемическая. Развивается в правой половине ободочной кишки. У пациента наблюдается интоксикация организма продуктами распада опухоли. Одновременно снижается уровень гемоглобина и эритроцитов, развивается анемия.
2. Опухолевая. Данная форма часто протекает атипично, бессимптомно. Диагностируется такой рак случайно, во время проведения плановых обследований по поводу других заболеваний.
3. Энтероколитическая. По клинической картине данная форма напоминает колит. Проявляется запорами, болями, метеоризмом. Запоры возникают в результате закупорки опухолью просвета кишечника, что мешает нормальной дефекации.
4. Диспепсическая. Проявляется дискомфортом и болями в животе, метеоризмом, нарушением стула.
5. Псевдовоспалительная форма – наличие воспалительного процесса в брюшной полости по типу параколита.
6. Обтурационная - наблюдаются признаки непроходимости. Данная форма обычно диагностируется при поражении левой половины ободочной кишки (наиболее частая).

# Рак толстой кишки

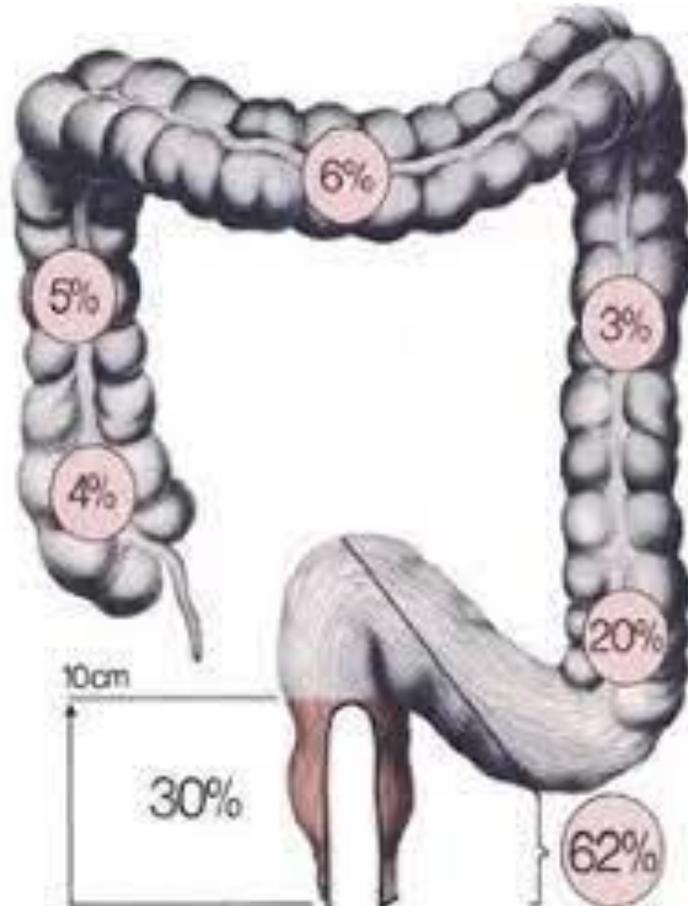
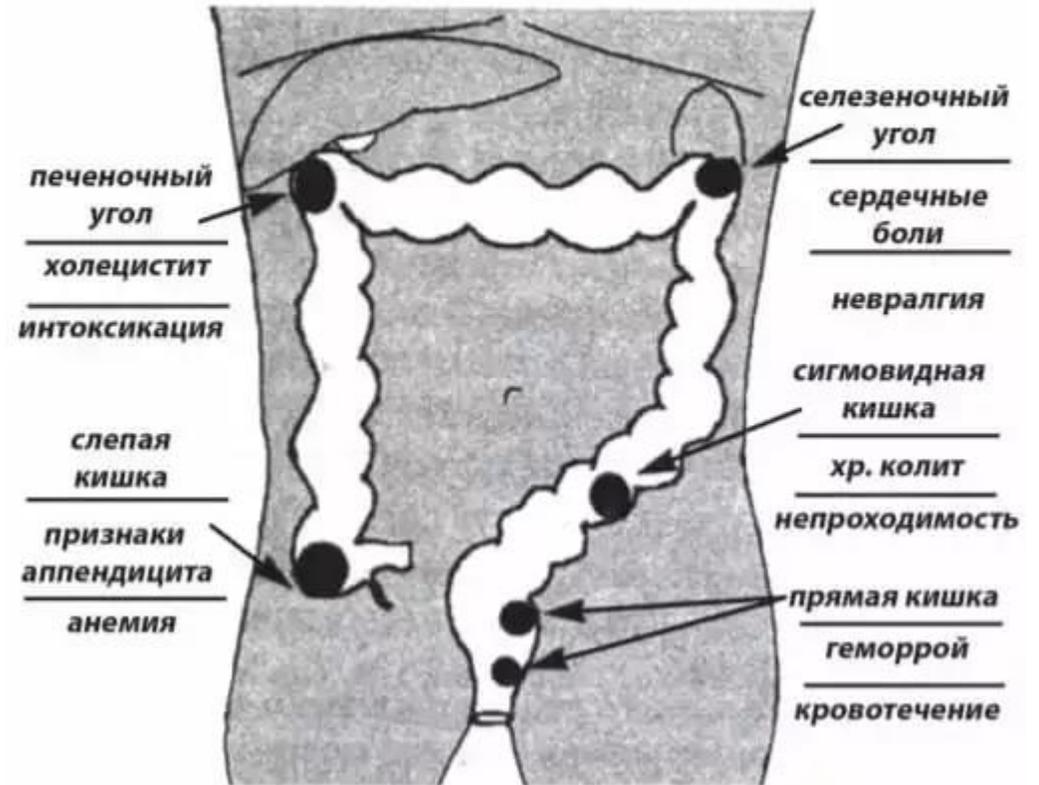


СХЕМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И ИХ СИМПТОМОВ



## Осложнения рака толстой кишки

1. Нарушение кишечной проходимости, вплоть до острой кишечной непроходимости,
2. Кишечные кровотечения, при правосторонней локализации у больных нередко возникает анемия из-за длительно продолжающихся скрытых кровотечений.
3. Перифокальные воспаления и перфорации кишки либо в зоне опухоли, либо так называемые дилататические из-за перерастяжения кишечной стенки при непроходимости.

У больных с запущенными формами рака перечисленные осложнения могут сочетаться, значительно увеличивая риск и ухудшая прогноз хирургического лечения. Профилактика осложнений состоит в своевременной ранней диагностике рака толстой кишки.

## Диагностика рака толстой кишки

1. пальцевое исследование прямой кишки;
2. клинический анализ крови;
3. анализ кала на скрытую кровь;
4. ректороманоскопия; колоноскопия;
5. ирригоскопия (при сомнительных данных колоноскопии или их отсутствии);
6. ультразвуковое исследование органов живота и малого таза;
7. эндоректальное ультразвуковое исследование;
8. биопсия обнаруженной опухоли.



---

## 5. Рак прямой кишки



## Рак прямой кишки

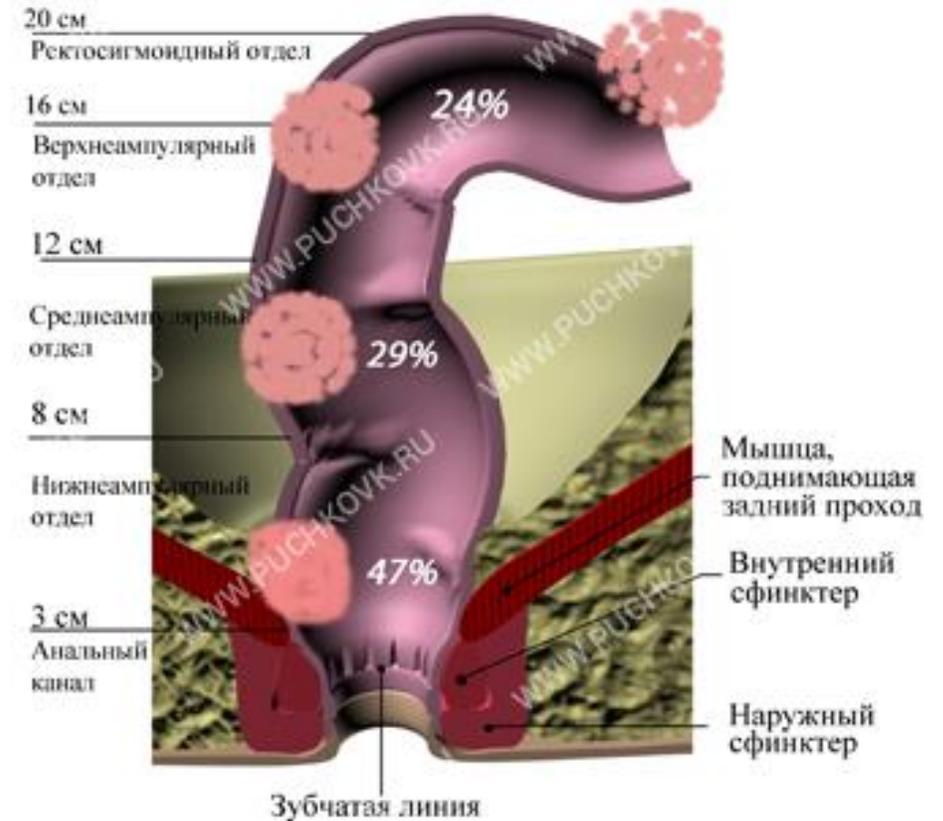
Составляет 2,5—3,5% от всех злокачественных опухолей, Преимущественно заболевают люди в возрасте 50—60 лет, мужчины и женщины одинаково часто. В последние десятилетия отмечено достоверное увеличение заболеваемости раком прямой кишки, причем эта тенденция сохраняется и в настоящее время. Возникновение рака прямой кишки связывают прежде всего с предшествующими предраковыми заболеваниями, к которым относят

1. аденоматозные полипы, семейный аденоматозный полипоз,
2. неспецифический язвенный колит,
3. болезнь Крона,
4. хронический парапроктит.

## Классификация

По локализации:

1. в анальном отделе кишки (10%),
2. нижнеампулярном, среднеампулярном и верхнеампулярном отделах (60%),
3. ректосигмоидном отделе (30%).



## Классификация

По типу роста: эндофитный (30%), экзофитный (20%), смешанный (50%).

По гистологическому строению:

1. аденокарцинома,
2. слизистый,
3. солидный,
4. плоскоклеточный,
5. недифференцированный,
6. фиброзный рак.

## Классификация TNM

Tis — рак in situ: интраэпителиальная опухоль или опухоль с инвазией собственной пластинки

T1 — опухоль прорастает подслизистую основу

T2 — опухоль прорастает в мышечный слой

T3 — опухоль прорастает мышечный слой и подсерозную основу или окружающие ткани перитонизированных участков кишки

T4 — опухоль прорастает висцеральную брюшину и/или распространяется на соседние органы и анатомические структуры

N0 — нет метастазов в регионарные лимфатические узлы N1 — метастазы в 1—3 регионарных лимфатических узлах N2 — метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах.

## Симптомы рака прямой кишки

- **Боли** 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 распространении ее за пределы кишечной стенки и поражении окружающих органов и тканей. Боли при раке прямой кишки постоянны. Они локализуются внизу живота, в крестцово-копчиковой области, в области заднего прохода, могут быть в области поясницы.
- Причиной возникновения схваткообразных болей может быть растяжение стенки кишки вследствие непроходимости, вызванной обтурацией просвета опухолью.

## Симптомы рака прямой кишки

- **Патологические выделения** постоянный симптом заболевания. **Кровотечение** из прямой кишки при раке вызвано изъязвлением опухоли и травмой ее каловыми массами. Анемия наступает постепенно, так как сильных кровотечений обычно не бывает. При резком сужении просвета кишки кал принимает лентовидную форму.

*NB. 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.*

- В результате распада опухоли и присоединения инфекции начинается воспаление, проявляющееся **выделением из прямой кишки зловонного гноя и слизи в начале дефекации**. Гной и слизь могут быть смешаны с каловыми массами или находиться на их поверхности. Наличие гноя и слизи является признаком далеко зашедшего процесса. Выделение крови, гноя и слизи при экзофитных опухолях начинается раньше, чем при эндофитных.

## Симптомы рака прямой кишки

**Нарушения функции кишечника проявляются поносом, запором, тенезмами.**

Понос и его смена запором возникают в результате проктосигмоидита, сопутствующего раку прямой кишки, и могут быть ранними симптомами заболевания.

По мере инфильтрации стенки кишки опухолью или obturаций просвета кишки преобладающим симптомом становятся запоры. У некоторых больных возникают частые позывы на дефекацию, которые, однако, не сопровождаются отхождением кала (тенезмы).

У некоторых больных имеется чувство неполного опорожнения прямой кишки после дефекации и ощущение инородного тела в ней.

В связи с сужением просвета кишки развивающейся опухолью появляются симптомы кишечной непроходимости: вздутие живота, неотхождение кала и газов, урчание и схваткообразные боли в животе, рвота.

## Симптомы рака прямой кишки

- При распространении воспаления на параректальную клетчатку возникают свищи, через которые выделяются кал, кровь, слизь, гной.
- При прорастании опухоли в анальный сфинктер на большом протяжении наблюдается недержание газов, кала. Вместе с тем опухоль за счет сужения наиболее узкого отдела прямой кишки быстро приводит к развитию кишечной непроходимости.
- При раке анального канала метастазы распространяются в паховые лимфатические узлы.
- 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.

## Диагностика рака прямой кишки

1. Осмотр промежности, пальцевого исследования прямой кишки (можно определить около 50% опухолей прямой кишки), осмотр зеркалом, ректороманоскопия с биопсией (до 35 см от ануса, выше сигмоскопия).
2. Пальцевое исследование прямой кишки при раке проводят с целью выявления опухоли, ее локализации (расстояние от сфинктера), размеров, протяженности, подвижности, наличия изъязвлений, степени сужения просвета кишки, характера отделяемого из прямой кишки. Рак прямой кишки при пальцевом исследовании определяют в просвете кишки в виде опухолевого узла или язвы с плотными краями, или в виде ригидности и уплотнения стенки кишки. Установив наличие опухоли, необходимо провести пальпацию паховых областей для выявления состояния лимфатических узлов.
3. Ирригоскопия и колоноскопия позволяют выявить первично-множественное поражение ободочной и прямой кишки, уточнить протяженность поражения, степень сужения просвета кишки в области опухоли.
4. Для обнаружения отдаленных метастазов применяют УЗИ, КТ и МРТ.



---

## 6. Рак поджелудочной железы

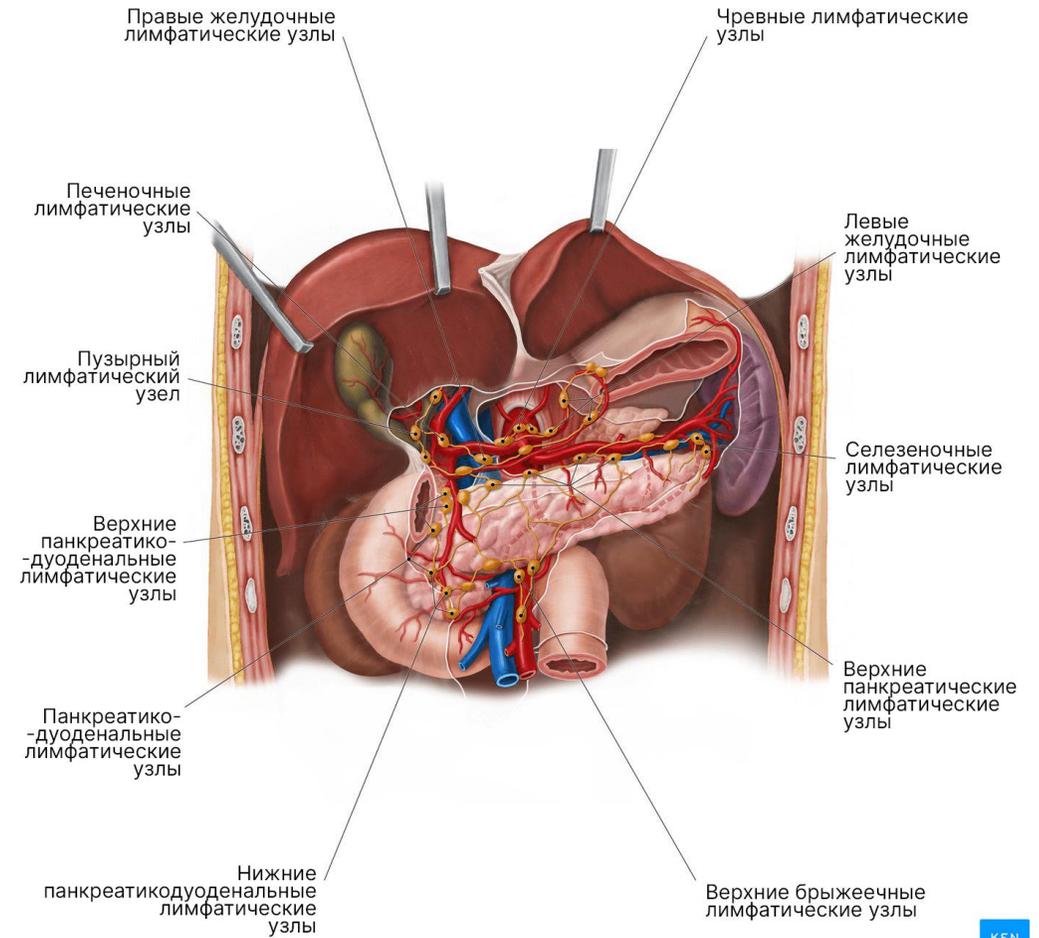


## Рак поджелудочной железы

- Рак поджелудочной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных и трудноизлечимых онкологических заболеваний. Хирургическое удаление возможно у 20 %, пятилетняя выживаемость после резекции ПЖ по поводу рака, как правило, составляет 5–8%.
- РПЖ занимает в развитых странах 4–5 место среди причин смерти от онкологических заболеваний, причем на него приходится около 10 % всех опухолей пищеварительной системы. Мужчины заболевают в 1,5 раза чаще, чем женщины, пик заболеваемости приходится на возраст 60–70 лет.
- В России заболеваемость РПЖ составляет 8,6, в Москве – 11,4, а в Санкт-Петербурге в 2001 г. – 14,8 на 100 тыс. жителей.

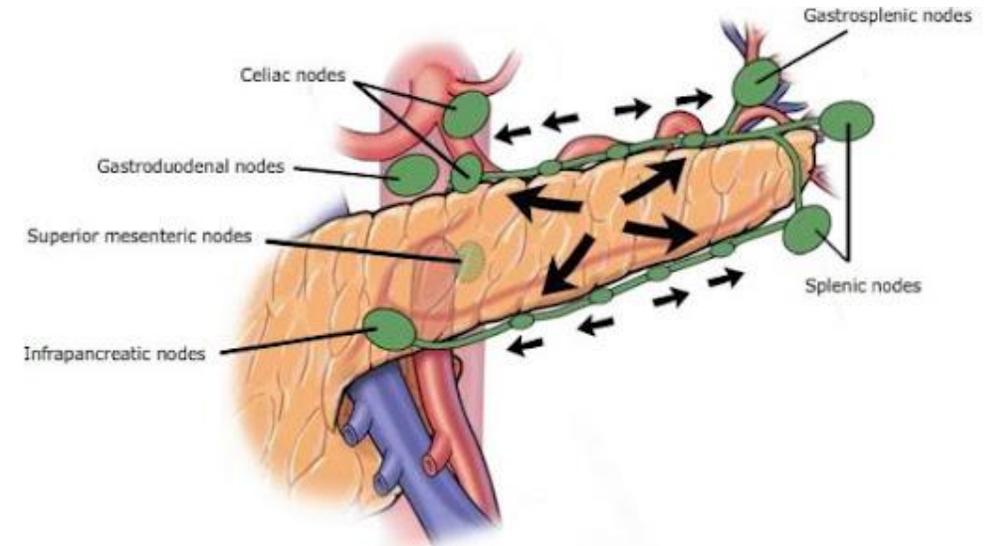
## Рак поджелудочной железы

- Опухоль ПЖ чаще представляет собой аденокарциному, растущую из эпителия протоков. Рак головки ПЖ встречается примерно в 75 % случаев (почти у четверти этих больных опухоль локализуется в крючковидном отростке), тела и хвоста – в 25 %.
- РПЖ рано метастазирует по лимфатическим путям и гематогенно. Поражаются регионарные лимфатические узлы: панкреатодуоденальные, ретропилорические, перипортальные (гепатодуоденальные), перидуоденальные, мезентериальные, парааортальные. Гематогенные метастазы чаще всего локализуются в печени, значительно реже в легких, плевре, почках и т. д.



## Рак поджелудочной железы

- В зависимости от первичной локализации опухоли может происходить ее инвазия в различные соседние органы и ткани:
- при локализации опухоли в головке – в холедох, ДПК, воротную вену, чревный ствол и его ветви, брыжейку поперечной ободочной кишки;
- при локализации в теле и хвосте – в воротную и селезеночную вены, общую печеночную и селезеночную артерии, чревный ствол, аорту, желудок, брыжейку и/или стенку поперечной ободочной кишки.



## Рак поджелудочной железы классификация TNM

Tis – преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ).

T1 – опухоль ограничена ПЖ, до 2 см в наибольшем измерении.

T2 – опухоль ограничена ПЖ более 2 см в наибольшем измерении.

T3 – опухоль распространяется за пределы ПЖ, но не вовлекает чревную или верхнюю брыжеечную артерию.

T4 – опухоль распространяется на чревную или верхнюю брыжеечную артерию.

N – регионарные лимфатические узлы.

NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – регионарные лимфатические узлы поражены метастазами.

## Рак поджелудочной железы симптомы

Средняя длительность клинических проявлений до установления диагноза составляет 2–4 мес.

К основным начальным (в дожелтушной фазе заболевания при раке головки ПЖ), хотя и далеко не ранним проявлениям рака ПЖ относят дискомфорт в верхней части живота в виде чувства тяжести и переполнения желудка, особенно после еды, а также боли, потерю массы тела, снижение аппетита и тошноту. Неспецифичность этих симптомов часто является причиной поздней диагностики заболевания.

К классическим, хотя обычно и более поздним симптомам РПЖ, относятся

1. Желтуха, обычно появляющаяся без болевого приступа (92–98 %),
2. потеря массы тела (65–80 %)
3. боли (45–65 %).

## Рак поджелудочной железы симптомы

- **Механическая желтуха** нередко является первым, но, к сожалению, не ранним признаком.
- До 80 % больных с синдромом желтухи первоначально госпитализируют в инфекционные стационары.
- Желтуха отмечается в 90 % случаев рака головки ПЖ. Для механической желтухи при раке головки ПЖ характерно неуклонное прогрессирование билирубинемии. Застой желчи в желчевыводящей системе способствует присоединению энтерогенной инфекции, развитию холангита.
- В 45–60 % случаев желтухе сопутствует кожный зуд. Его интенсивность не зависит от выраженности желтухи. Появлению этого зуда способствует увеличение содержания в крови гистаминоподобных веществ и желчных кислот. В ряде случаев кожный зуд может появиться в дожелтушном периоде и быть первым признаком холестаза.

## Рак поджелудочной железы симптомы

Сдавление опухолью v. portae приводит к развитию **портальной гипертензии**.

Возникновение **потери массы тела** связано, с одной стороны, с самим опухолевым процессом, вызывающим снижение аппетита и повышение основного обмена на 50–70 %, а с другой – со сдавлением опухолью главного панкреатического протока, что приводит к нарушению пищеварения, обусловленному недостаточным поступлением в ДПК панкреатических ферментов и желчи.

**Диспептические симптомы** – анорексия, тошнота, рвота, поносы, запоры, метеоризм наблюдаются примерно у 40 % больных. Они связаны с холестазом и секреторной недостаточностью ПЖ.

**Слабость, повышенная утомляемость** – являются следствием расстройств питания, анемизации, нарушения обмена веществ.

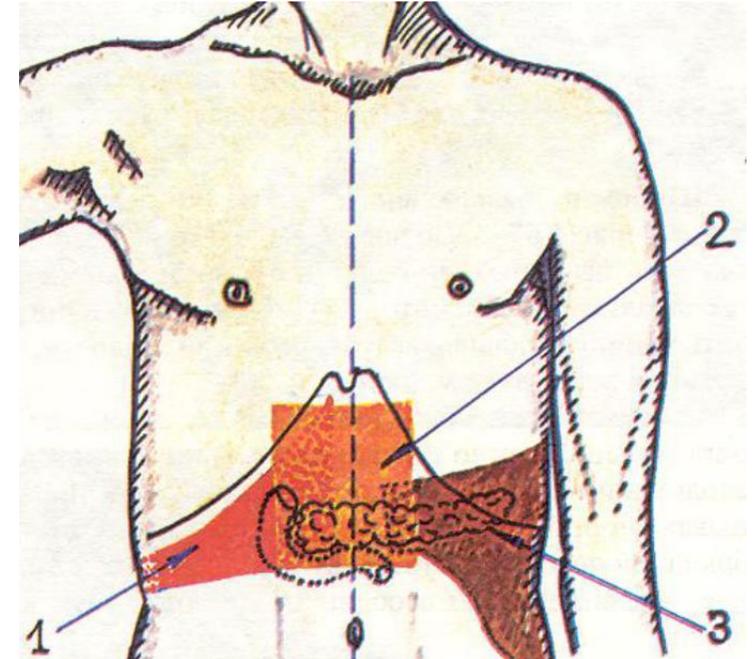
**Повышение температуры тела** – наблюдается в 30 % случаев, следствие развития вторичного воспалительного процесса – холангита и панкреатита. Реже температура тела повышается из-за нарушения терморегуляции.

## Рак поджелудочной железы симптомы

### Боли чаще локализуется

- при опухолях головки в области эпигастрия и в правом верхнем квадранте живота,
- при опухолях тела – по средней линии,
- хвоста – в левом верхнем квадранте.

Боль может быть слабой, упорной, тупой, резкой или же сверлящей, *иррадирующей в спину*. На относительно ранних стадиях рака боль встречается у 30 % больных и связана со сдавлением главного панкреатического протока, развитием панкреатической гипертензии и панкреатита. Сильная некупируемая боль свидетельствует о распространении опухоли на забрюшинное пространство и инвазии в нервные сплетения.



## Рак поджелудочной железы симптомы

- При обтурационной желтухе появляется темная моча (наличие желчных пигментов) и обесцвеченный глиноподобный кал. Увеличенный и безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье), желтуха в отсутствии печеночной колики заставляет предположить злокачественную обтурацию внепеченочных желчных протоков.
- Гепато и спленомегалия может быть результатом портальной гипертензии, развивающейся вследствие сдавления, опухолевой инфильтрации или тромбоза воротной и селезеночной вен (подпеченочный портальный блок). Гепатомегалия может быть связана с холестазом, чаще определяется при опухолях головки, а бугристость поверхности печени свидетельствуют о наличии в ней метастазов.
- При распаде рака БДС, прорастании в ДПК опухоли головки ПЖ могут наблюдаться желудочные кровотечения.

- Систолический шум, который можно слышать под мечевидным отростком или чуть левее. Он объясняется инвазией опухоли и/или сдавлением ею чревного ствола и/или селезеночной артерии и поэтому, как правило, является признаком значительного местного распространения опухоли.
- Раковая опухоль способствует повышению свертываемости крови, поэтому при РПЖ иногда возникают периферические тромбофлебиты. Этому способствует и проникновение из ПЖ железы в кровь трипсина, повышающего активность свертывающей системы. Тромбофлебиты встречаются приблизительно у 10 % больных, причем чаще при опухолях тела или хвоста ПЖ.
- Асцит при РПЖ возникает вследствие метастазирования опухоли по брюшине, сдавления воротной вены, массивного метастатического поражения печени.
- Под кожей могут появляться болезненные узелки, обусловленные очаговым некрозом подкожной клетчатки, а также боли в суставах.

1. возраст старше 50 лет,
2. желтуха, возникшая без болевого приступа;
3. необъяснимое уменьшение массы тела более чем на 10 %;
4. необъяснимая боль или дискомфорт в верхнем отделе живота, особенно при отрицательных результатах рентгенологического и эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
5. необъяснимые боли в пояснице;
6. приступ панкреатита без видимой причины (отсутствия алкогольного анамнеза, ЖКБ, погрешности в диете, травмы и т. д.);
7. экзокринная недостаточность ПЖ без очевидной причины, проявляющаяся неустойчивым стулом, частыми поносами;
8. внезапное начало сахарного диабета без предрасполагающих факторов (ожирение или наследственный анамнез)

1. Анемия, стеаторея, холестаз при желтухе, диспротеинемия и гипопротеинемия, снижение уровня протромбина
2. Определение опухолевых антигенов СА 19-9, СА 50, СА 72-4, Са 125, канцерэмбриональный антиген (СЕА).
3. УЗИ, КТ, МРТ (Магнитнорезонансная холангиопанкреатикография).
4. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ) ПЖ под контролем УЗИ или КТ.
5. Позитронная эмиссионная томография.
6. ФГДС диагноз основывается на визуальном обнаружении опухоли, прорастающей стенку полого органа, или на выявлении ее косвенных признаков (деформация и сдавление задней стенки).
7. Ангиография. При РПЖ возникают изменения в ее сосудах или сосудах, расположенных в непосредственной близости к железе: изменяется просвет и положение сосудов, нарушается кровоток, появляются атипичные сосуды.
8. Диагностическая лапароскопия.



---

## 7. Рак печени

Рак печени — злокачественное новообразование, которое занимает пятое место в мире по распространенности у мужчин и девятое — среди женщин. Ежегодно в мире диагностируется более 800 тысяч новых случаев, а удельный вес этой болезни среди причин онкологической смертности составляет 8,3%. По причинам развития рак подразделяется на первичный, который начинается в клетках печени, и вторичный — метастазы из соседних органов.

Около 90% первичного рака печени составляет гепатоцеллюлярный рак (печеночно–клеточный рак, гепатоцеллюлярная карцинома) злокачественная опухоль, исходящая из гепатоцита.

Значительно реже диагностируется холангиоцеллюлярный рак, источником ее происхождения является эпителий внутрипеченочных желчных протоков, и смешанные формы.

Первичный рак печени чаще всего исход цирроза печени вирусной, алкогольной, лекарственной этиологии.

Вторичный рак встречается чаще, чем первичная онкопатология печени. Наиболее часто метастатические новообразования возникают как осложнение опухолей органов живота, кровь от которых по системе воротной вены протекает через печеночную паренхиму.

Метастатический рак характеризуется множественными опухолевыми образованиями и, как следствие, вовлечением в патологический процесс значительного объема паренхимы. Признаки тотального поражения регистрируется в 75 % наблюдений, единичные метастазы — в 16 %, а солитарные — всего у 9 % больных. Патология имеет скудные неспецифические признаки, поэтому часто выявляется уже в запущенной форме.

На начальных стадиях незначительные проявления - вздутия живота, снижения аппетита или дискомфорта в правом подреберье.

По мере роста опухоли возникают такие клинические признаки:

1. боли и распирающие ощущения в правых отделах живота;
2. тошнота и рвота;
3. отсутствие аппетита;
4. нарушения стула;
5. симптомы интоксикации — недомогание, ухудшение работоспособности, повышение температуры тела, снижение веса.
6. при сдавлении желчевыводящих протоков механическая желтуха.

**I стадия** - единичная опухоль любого размера, которая не прорастает в кровеносные сосуды и окружающие ткани, не имеет метастазов в лимфатических узлах.

**II стадия** - единичное новообразование, которое прорастает в сосуды, либо несколько опухолей размером не более 5 см. Нет регионарных и отдаленных метастазов.

**III стадия** - множественные очаги размером более 5 см, которые не метастазируют, либо при наличии нескольких опухолей размером меньше 5 см, прорастающих в воротную или печеночную вену.

**IV стадия** - метастазы в регионарные лимфоузлы и/или в другие внутренние органы, причем размеры первичного очага не имеют значения при постановке диагноза.

1. УЗИ органов брюшной полости;
2. ОФЭКТ/КТ или МРТ с контрастным усилением;
3. КТ-ангиография печеночных сосудов;
4. динамическая сцинтиграфия печени;
5. биопсия печени с последующим гистологическим исследованием;
6. общий и биохимический анализы крови;
7. анализ на уровень альфа-фетопротеина;
8. серологические реакции на антигены и антитела вирусов гепатитов В, С, D



# Домашнее задание

---

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





# Список литературы

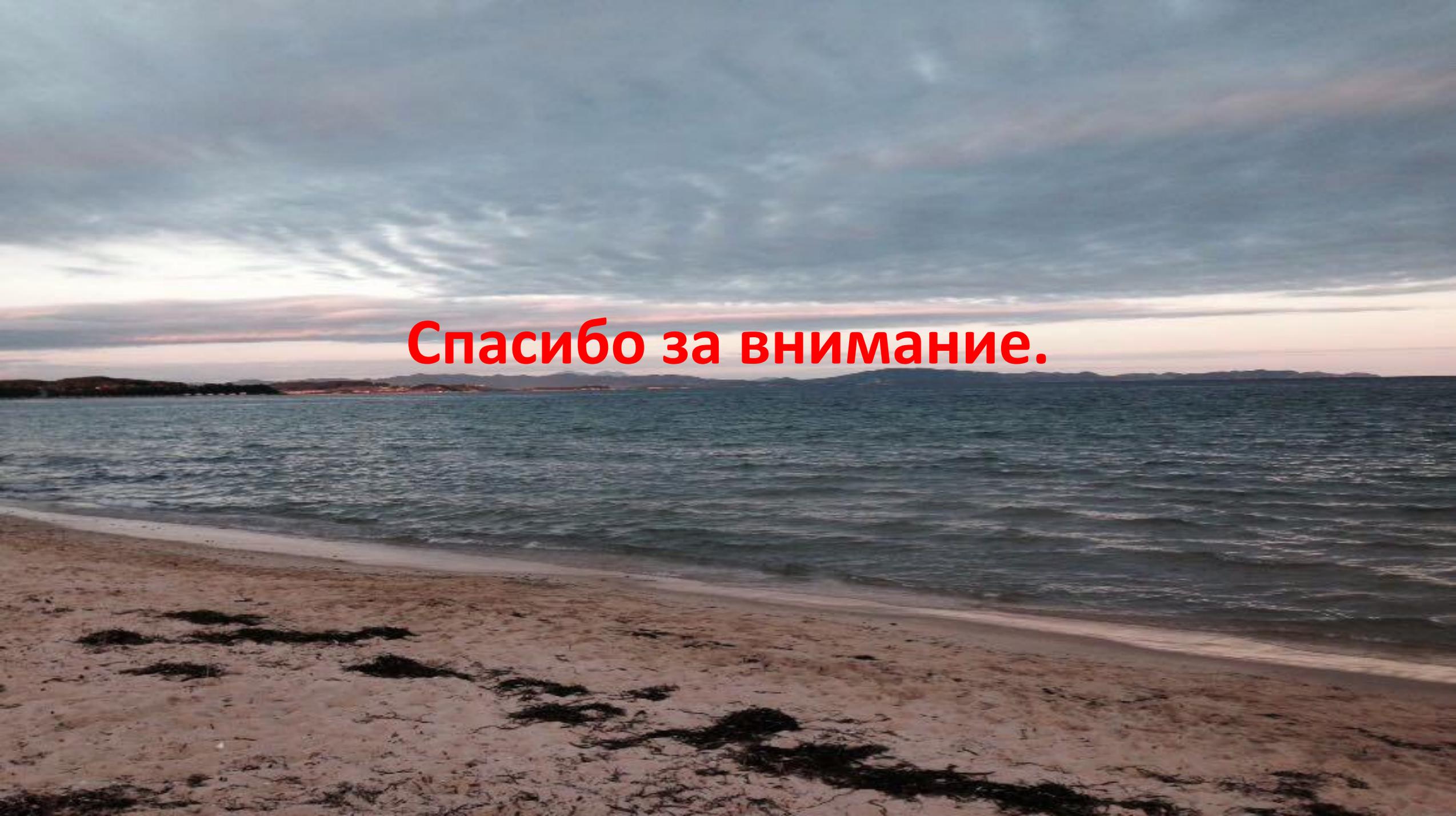
---

## Основная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

## Дополнительная литература:

1. Черезов А. Е. Общая теория рака: тканевый подход. Изд-во МГУ, 1997.- 252 с.



**Спасибо за внимание.**