

РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Рак ободової кишки (РОК) в Україні посідає 4-5 місце в структурі загальної онкологічної захворюваності, а щорічний приріст складає близько 4%. За останні 30 років захворюваність зросла в 4 рази. Ріст захворюваності на РОК спостерігається в усьому світі, особливо в країнах Північної Америки та Західної Європи (США, Канада, Великобританія, Австрія, Чехія, Росія). Найчастішою формою пухлин товстої кишки є рак Неепітеліальні доброякісні пухлини товстої кишки (лейоміоми, фіброми, ліпоми, неврилемоми, гемангіоми) та злоякісні пухлини (лейоміосаркоми, фібросаркоми тощо) трапляються рідко. Доброякісні епітеліальні пухлини – це поодинокі або Численні поліпи (I-2 %).

Епідеміологія. За останні десятиріччя спостерігається ріст захворювання на рак товстої кишки в усьому світі. Високу захворюваність зафіксовано в країнах Західної Європи та Північної Америки: у США – 17,7 на 100 000 населення (стандартизований показник, світовий стандарт); у Канаді – 14,1, Італії – 30,6, Великобританії – 20,8, Австрії – 22,5. Найвища захворюваність спостерігається в Чехії та Угорщині – 30 на 100 000 населення. У країнах Азії, Африки та Південної Америки ця патологія трапляється рідше (Китай – 4 на 100 000 населення, Мексика – 3, Філіппіни – 4. Кувейт – 0,5, Сенегал – 1,5, Шрі-Ланка – 1).

У низці країн Західної Європи й Америки (США, Великобританія, Австрія та ін.) колоректальний рак є серйозною проблемою. У США щорічно реєструється близько 130000 хворих на колоректальний рак, а близько 56 000 щорічно помирають від цього захворювання; за захворюваністю він займає третє місце в чоловіків після раку легенів і раку передміхурової залози, за смертністю – друге місце в чоловіків після раку легенів, у жінок – третє після раку легенів і грудної залози.

У Східній Європі захворюваність на рак товстої кишки зросла за останні 30 років майже в 4 рази. В Україні у 2018 р. цей показник склав 25,6 на 100 тис. населення. (грубий показник), 13,6 (стандартизований показник, світовий стандарт). Вона приблизно однакова в чоловіків та жінок (відповідно 26,7 та 24,7 на 100 000 населення), а смертність складає 11,8 на 100 000 населення. Захворюваність і смертність на рак ободової кишки є високими, порівняно із світовим стандартом (захворюваність – 10,6, а смертність – 6,8 на 100 000 населення). Відзначається ріст захворюваності на 2,2 % у рік. Захворюваність вища в міського населення, порівняно із сільським. Пік захворюваності спостерігається у віці 70–79 років, найбільший ризик захворіти на рак ободової кишки в осіб віком 60 років і старіше – 2 %, причому в чоловіків більший – 3,3 % (1 із 30 осіб), ніж у жінок, – 2 % (1 із 50 осіб). Порівняно низька захворюваність на рак ободової кишки в Закарпатській (9,6 на 100 000 населення), Чернівецькій (9,9 на 100 000 населення), Івано-Франківській (12 на 100 000 населення) областях. У Львівській області вона становить 14,3 на 100000 населення.

Етіологія. Помічено зв'язок раку товстої кишки з характером харчування. їжа з підвищеним вмістом білків і жирів (так званий західний тип дієти) сприяє появі цього захворювання. Вважають, що продукти обміну білків (триптофан) є канцерогенними. Жирна їжа підвищує рівень жовчних кислот, які під впливом мікрофлори кишок (особливо анаеробних бактерій) утворюють стимулятори пухлинного росту (азоредуктаза та ін.). Рак рідко виникає в тонкій кишці, вміст якої практично абактеріальний. Певну канцерогенну дію чинять також самі жовчні кислоти, видозмінені жовчні пігменти. Канцерогенну дію виявлено в домішках, використовуваних як консерванти продуктів харчування.

Має значення тривалість контакту канцерогену з епітелієм кишок, що залежить від кишкового пасажу. Тому вживання їжі, багатой на клітковину, що пришвидшує пасаж, зменшує ступінь ризику цього захворювання. Деякі продукти харчування містять природні речовини з канцерогенними властивостями (флавоноїди). До таких продуктів зараховують каву, пиво, червоне вино. Куріння збільшує ризик захворювання, а результати вивчення ролі алкоголю в захворюваності на рак товстої кишки суперечливі.

За останні роки накопичено низку даних про ендокринні порушення у хворих на рак товстої кишки, причому обговорюється можливість гормонотерапії цієї хвороби.

З'явилися повідомлення про роль стероїдних гормонів у розвитку колоректального раку. Анаеробна флора кишки, яка має високу дегідрогеназну активність, діючи на жовчні кислоти, сприяє продукції з них естрогенів. Відомо, що вміст жовчних кислот у товстій кишці хворих на колоректальний рак у кілька разів вищий, ніж у здорових осіб. У пухлинах колоректального раку виявляють рецептори естрогенів (приблизно у 60 % випадків). Тому і фактори ризику колоректального раку однакові з факторами ризику раку грудної залози, раку ендометрія та раку яєчників.

Передрак та фактори ризику. Основними захворюваннями кишок, на фоні яких може виникнути рак, є неспецифічний виразковий коліт та поліпоз. Однак не всі поліпи перетворюються на рак. Під час масових обстежень серед практично здорових осіб поліпи виявляють у 3 % обстежених, а рак – лише в 3–6 випадках на 100 000 населення, тобто майже в 1000 разів рідше. Рідко малігнізуються дрібні ювенільні та гіперпластичні поліпи (2–3 мм); аденоматозні поліпи малігнізуються частіше.

Тому в кожному випадку необхідно проводити біопсію поліпа з гістологічним дослідженням. І чим більше виражена дисплазія в поліпі, ТМН вищий ризик переходу його в злоякісну пухлину.

Існує зв'язок між кількістю поліпів і їхнім розміром та частотою малігнізації. Виявлено, що один поліп малігнізується в 15–20 % випадків, два – у 20–30 %, а три – у 50 %. Множинний дифузний поліпоз усього шлунково-кишкового каналу (синдром Пейтца-Єгерса) в усіх випадках трансформується в рак. При клінічних спостереженнях відзначено, що поліпи розміром до 5 мм малігнізуються в 0,5–1,0 % випадків, розмірами до 10 мм – у 4–7 %, а більше за 10–20 мм – у 30 % випадків. Поліпи розміром понад 2 см на широкій основі завжди викликають підозру на злоякісну пухлину. Загальна частота малігнізації поліпів коливається від 5 до 10 %.

На фоні неспецифічного виразкового коліту рак розвивається в 2,5–12,5 % випадків. Роль інших захворювань кишок (хвороба Крона, сигмоїдити, проктити) як передракових значно менша. Узагалі питання передракових захворювань потребує подальшого вивчення, оскільки в багатьох випадках рак розвивається без клінічних проявів попередніх захворювань кишок.

Важливе значення для ранньої діагностики та профілактики раку товстої 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 в 2 рази); 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).

Анатомічні зони та підзони товстої кишки

Ободова кишка (С18):

сліпа кишка (С18.0);

черв'якоподібний відросток [апендикс] (С18.1),

висхідна ободова кишка (С18.2);

печінковий згин ободової кишки (С18.3);

поперечна ободова кишка (С18.4);

селезінковий згин ободової кишки (С18.5);

низхідна ободова кишка (С18.6);

сигмоподібна кишка (С18.7).

Ректосигмоїдне з'єднання (С19);

Пряма кишка (С20).

Регіонарні лімфатичні вузли*

Кожна анатомічна ділянка має свої регіонарні лімфатичні вузли

Сліпа кишка	Клубово-ободовокишкові, праві ободовокишкові
Висхідна ободова кишка	Клубово-ободовокишкові, праві ободовокишкові, середні ободовокишкові
Печінковий вигин	Праві ободовокишкові, середні

	ободовокишкові
Поперечна ободова кишка	Праві ободовокишкові, середні ободовокишкові, ліві ободовокишкові, верхні брижові
Селезінковий вигин	Середні ободовокишкові, ліві ободовокишкові, верхні брижові
Низхідна ободова кишка	Ліві ободовокишкові, верхні брижові
Сигмоподібна кишка	Сигмоподібні, ліві ободовокишкові, верхні прямокишкові (гемороїдальні), нижні брижові, ректосигмоподібні
Пряма кишка	Верхні, середні та нижні прямокишкові (гемороїдальні), нижні брижові, внутрішні клубові, мезоректальні (припрямокишкові), латеральні крижові, крижові мису (Герота)

*Метастази в інші лімфатичні вузли класифікуються як M1a.

Патологічна анатомія. Різні відділи товстої кишки уражуються пухлинним процесом неоднаково. Найчастіше трапляється рак сигмоподібної ободової кишки – 10 – 12 %, рак сліпої кишки – 20–25 %, висхідної ободової кишки – 10–12 %, низхідної ободової кишки – 8 – 10 %, поперечної ободової кишки – 4–12 %, печінкового та селезінкового згину – по 5–7 %. Макроскопічно розрізняють екзофітну, ендофітну та змішану (мезофітну) форми росту пухлин. До екзофітної форми росту зараховують поліпоподібний, грибоподібний рак з обмеженим ростом. При ендофітній формі раку пухлина поширюється в підслизовому шарі, під час її розпаду утворюється плоска виразка. До ендофітної форми зараховують інфільтративний (дифузний) рак, виразковий рак, виразково-інфільтративний рак. До перехідної, мезофітної, форми належать чашоподібний рак, який поєднує елементи екзої ендофітної пухлини.

Інколи пухлини можуть рости в різних відділах товстої кишки (множинний рак). Пухлини з'являються одночасно (синхронний рак) або послідовно, через певний проміжок часу (метахронний рак).

Наводимо гістологічну класифікацію пухлин товстої кишки.

Аденокарцинома: а) високодиференційована (6–7 %); б) помірнодиференційована (80 %); в) недиференційована (12–15 %).

Слизова аденокарцинома (колоїдний або слизовий рак). Становить близько 12 % усіх видів раку. Характеризується скупченням слизу в просвіті залоз.

Перснеподібноклітинний (слизоутворний) рак (4–5 %). Переважають клітини, розтягнуті слизом. Ця форма раку трапляється часто в молодому віці (55 % – до 40 років і 25 % – до 30 років). Перебіг її злоякісний.

Недиференційований рак (1 %). Не виявляються залозисті структури, які дали б змогу визначити тип пухлини ("медулярний рак", "трабекулярний рак", "солідний рак", "скір").

Некласифікований рак – це пухлини, які не можна зарахувати до жодної з названих пухлин. Ракові клітини в кишці поширюються переважно в поперечному напрямі, по довжині кишки вони практично не проникають за видимі межі пухлини. Тільки при ендофітному рості раку вдається виявити клітини на 2–3 см проксимальніше меж пухлини. Шляхом прямого проростання рак товстої кишки може поширюватись у заочеревну клітковину, черевну стінку, петлі тонкої кишки й інші органи.

Основний шлях метастазування – лімфогенний. Метастазами уражуються ближчі до пухлини навколотовстокишкові лімфатичні вузли, потім уражуються лімфатичні вузли за ходом магістральних судин. Регіонарні метастази виявляються в 32 % випадків.

Гематогенно найчастіше уражуються печінка (20 %), мозок (10 %), легені (5 %), кістки (3 %). До віддалених метастазів також належать метастаз Вірхова (ураження надключичних

лімфатичних вузлів), метастаз Шніцлера (пухлинний вузол у малому тазі), метастаз Крукенберга (ураження яєчника), метастаз у пупок, карциноматоз очеревини.

Регіонарні лімфатичні вузли. До регіонарних лімфатичних вузлів належать навколокишкові та периректальні вузли, а також лімфатичні вузли, розміщені вздовж клубової, правої, середньої та лівої ободової, нижньої брижової та верхньої нрмяокишкової артерій. Анатомічна схема класифікації стадій раку ободової та прямої кишок спільна, що зображено на мал. 37.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШОК (код МКХ-10 C18-C20) за системою TNM-8 (2016)

TNM – клінічна класифікація

T – первинна пухлина

TX Не досить даних для оцінки первинної пухлини

T0 Первинна пухлина не визначається

Tis Рак in situ: внутрішньоепітеліальна пухлина або інвазія базальної мембрана

T1 Пухлина інфільтрує підслизовий шар

T2 Пухлина інфільтрує м'язовий шар

T3 Пухлина проникає через м'язовий шар у субсерозний шар або в тканину неперитонізованих ділянок навколо ободової та прямої кишок

T4 Пухлина безпосередньо поширюється на сусідні органи або структури b,c,d і/або проростає вісцеральну очеревину

T4a Пухлина проростає (перфорує) вісцеральну очеревину

T4b Пухлина безпосередньо проростає в інші органи чи структури

Примітка: aTis передбачає наявність ракових клітин в межах гранулярного шару базальної мембрани (інтраепітеліальний) або власної пластинки слизової оболонки (внутрішньослизовий) без поширення на підслизову основу через м'язову пластинку слизової оболонки.

bПроростання серозної оболонки з виходом на поверхню.

cПряме проростання у категорії T4b передбачає інвазію в інші органи чи сегменти ободової кишки у межах серозної оболонки, підтверджену мікроскопово, а також пряму інвазію у інші органи чи структури шляхом поширення поза межі м'язової оболонки.

dПухлина, яка макроскопово щільно прилягає до інших органів чи структур, класифікується як cT4b. Однак, якщо мікроскопово немає даних за пухлинні клітини у прилягаючому органі чи структури, то патогістологічна категорія може бути pT1, pT2 чи pT3.

N – Регіонарні лімфатичні вузли

NX Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N0 Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 Наявні метастази в 1-3 регіонарних лімфатичних вузлах

N1a Метастази у 1 регіонарному лімфатичному вузлі

N1b Метастази у 2-3 регіонарних лімфатичних вузлах

N1c Пухлинні депозити (тобто сателіти*) у субсерозній оболонці або у неперитонізованих периободовокишкових або перипрямокишкових м'яких тканинах без метастазів у регіонарні лімфатичні вузли

N2 Наявні метастази в 4 і більше регіонарних лімфатичних вузлах

N2a Метастази у 4-6 регіонарних лімфатичних вузлах

N2b Метастази у 7 і більше регіонарних лімфатичних вузлах

*Пухлинні сателіти (депозити), тобто макроскопові або мікроскопові гнізда або вузли – це дискретні макроскопічні або мікроскопічні вузли раку в зоні лімфатичної периколоректальної жирової тканини первинної карциноми, що перериваються з первинної і без гістологічних даних залишкових лімфатичних вузлів або ідентифікованих судинних або нервових структур. Якщо стінка судини ідентифікована на H&E (Hematoxylin & Eosin) ,

еластичних або інших плямах, вона повинна бути класифікована як венна інвазія (V1 / 2) або лімфатична інвазія (Li).

Подібним чином, якщо нервові структури ідентифіковані, вогнище слід класифікувати як периневральну інвазію (PN1). Присутність пухлинних депозитів не змінює категорію первинної пухлини, але змінює статус вузла (N) на pN1c, якщо після патогістологічного дослідження всі регіональні лімфатичні вузли визнаються неураженими.

M – Віддалені метастази

MX Не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 Віддалені метастази не визначаються

M1 Наявні віддалені метастази

M1a Метастази лише в один орган (печінку, легені, яєчники, нерегіонарні лімфатичні вузли) без перитонеальних метастазів

M1b Метастази більше, ніж в один орган

M1c Метастази по очеревині з/без ураження інших органів

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N та M.

pN0 Патогістологічна категорія pN0 виставляється при відсутності метастазів у 12 і більше лімфатичних вузлах після регіонарної лімфаденектомії, при умові що матеріал для гістологічного дослідження повинен включати не менше 12 лімфатичних вузлів. Коли всі лімфатичні вузли при дослідженні є негативними, однак їх кількість недостатня – класифікувати як pN0.

G – Гістопатологічна градація (див. розділ 4.1. с. 66)

Групування за стадіями

Стадія	0	Tis	No	M0
Стадія	I	T1, T2	No	M0
Стадія	II	T3, T4	No	M0
Стадія	IIA	T3	No	M0
Стадія	IIB	T4a	N0	M0
Стадія	IIC	T4b	No	M0
Стадія	III	Будь-яке T	N1, N2	M0
Стадія	IIIA	T1, T2	N1	M0
		T1	N2a	M0
Стадія	IIIB	T1, T2	N2b	M0
		T2, T3	N2a	M0
		T3, T4a	N1	M0
Стадія	IIIC	T3, T4a	N2b	M0
		T4a	N2a	M0
		T4b	N1, N2	M0
Стадія	IV	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Стадія	IVA	Будь-яке T	Будь-яке N	M1A
Стадія	IVB	Будь-яке T	Будь-яке N	M1B
Стадія	IVC	Будь-яке T	Будь-яке N	M1C

Рівні метастатичного ураження лімфатичних вузлів: D1 — параколярні вузли, D2 — проміжні (вздовж основних судин) і D3 (апикальні — це лімфатичні вузли в основі а. mesenterica superior та а. mesenterica inferior). Згідно з TNM-класифікацією лімфатичні вузли навколо а. mesenterica superior є юкстарегіонарними і трактуються як M1a. Однак ураження лімфатичного колектора в основі а. mesenterica inferior розцінюється як регіонарне метастазування (N).

Лімфатичний колектор навколо а. mesenterica superior (D3) дренає лімфу від вузлів D2, розташованих вздовж а.а. ileocolica, colica dextra, colica media, тобто від сліпої кишки, висхідної, печінкового згину та правої частини (2/3) поперечної кишки. До лімфатичного колектора в основі а. mesenterica inferior (D3) дренається лімфа від вузлів D2, розташованих уздовж а.а. colica sinistra, sigmoideae, rectosigmoidea, rectalis superior, тобто від дистальної частини поперечної кишки, селезінкового згину, низхідної, сигмоподібної та прямої кишок.

У зарубіжних публікаціях (особливо американських) часто користуються класифікацією стадійності за Дюксом (Dukes), яка вирізняється простотою та наочністю. У цій класифікації визначають три стадії – А, В і С.

Клініка. Симптоматика раку товстої кишки різноманітна. Вона зумовлена анатомічною формою росту пухлини (див. мал. 36), а також пов'язана з певною анатомо-фізіологічною різницею між окремими відділами товстої кишки. Деякі симптоми наявні частіше при пухлинах правої половини (біль, анемія, диспепсичні симптоми, пальпабельність пухлини, симптоми запального процесу), інші характерні при ураженні лівої половини товстої кишки (непрохідність, ентероколіт, патологічні виділення).

Однак цей поділ є досить умовним, деякі симптоми виявляються при ураженні будь-якого відділу товстої кишки, тому доцільніше визначити клінічні форми, у вигляді яких перебігає це захворювання.

Стенозуюча, обтураційна форма. Характерна симптоматика хронічної чи гострої кишкової непрохідності, що пов'язано зі стенозуванням товстої кишки. При локалізації пухлини в лівій половині, де просвіт кишок вужчий, ніж у правій, непрохідність розвивається швидше і не свідчить про неоперабельність раку. При невеликому звуженні просвіту кишки захворювання може проявитися тільки закрепом, іноді з періодичним здуттям живота та періодичним болем.

Ентероколітна форма. Пухлина проявляється симптомами ентероколіту (пронос, що іноді чергується із закрепом). Частіше ця симптоматика виявляється при локалізації пухлини в лівій половині товстої кишки. Розвиток симптоматики коліту пов'язаний з TNM, що при тривалому затриманні випорожнень вище від звуження кишки відбуваються процеси бродіння з виходом рідини в просвіт кишок і розрідження калових мас.

Анемічна форма. Анемія гіпохромного характеру часто є одним із перших симптомів раку сліпої і висхідної ободової кишок. Слід зазначити, що анемія не є наслідком кровотечі з пухлини. Є думка, що вона зумовлена порушенням засвоєння фолієвої кислоти в правій половині товстої кишки. Крім того, вона може мати автоімунний характер унаслідок неспецифічності пухлинних антигенів, які часто виявляються при раку товстої кишки.

Диспепсична форма. У клініці захворювання переважають скарги на нудоту, відрижку, здуття в надчеревній ділянці. Ці симптоми можуть свідчити про наявність шлункової патології, але її відсутність (доведена спеціальними методами) змушує запідозрити в цьому випадку пухлину товстої кишки.

Псевдозапальна форма. Захворювання перебігає у вигляді запального інфільтрату в черевній порожнині з клінічною картиною гострого апендициту, аднекситу або інших запальних процесів. Здебільшого така картина спостерігається при проростанні пухлини в суміжні

структури з розпадом і розвитком там запального процесу. При цьому спостерігається низка симптомів запалення (біль, підвищення температури тіла, пальпується інфільтрат).

Пухлинна форма. Інколи єдиним симптомом захворювання може бути наявність пухлини, що пальпується. За відсутності запального ускладнення пухлина невелика, з досить чіткими контурами. Рухомість залежить від рухомості ураженого відділу товстої кишки та проростання в прилеглі тканини. Більш рухомими є пухлини поперечної ободової кишки, менш рухомими – сліпої і нерухомими – пухлини висхідної та низхідної ободової кишок.

Больова форма. Часто захворювання проявляється болем у різних ділянках живота. Біль не дуже інтенсивний і може зумовлюватись як запальним процесом, так і проростанням пухлини в прилеглі тканини, особливо заочеревинну.

Зустрічаються випадки, коли першими проявами захворювання є симптоми дизурії (часте сечовипускання, біль, кров у сечі), тому можна виділити так звану дизурійну (циститну) клінічну форму раку товстої кишки. Це спостерігається при екстраорганному рості пухлини ректосигмоподібного відділу в бік сечового міхура.

Іноді єдиним симптомом раку товстої кишки, особливо лівої половини, може бути наявність патологічних домішок у калі (крові, слизу).

Названі клінічні форми можна назвати "масками", під виглядом яких перебігає рак товстої кишки. Велика протяжність товстої кишки, суміжність її з іншими органами зумовлює велику різноманітність клінічних форм раку товстої кишки, особливо при різних локалізаціях пухлини, формах росту, ступенях поширення тощо.

Слід зазначити, що окремі симптоми, як правило, спостерігаються рідко. Частіше у хворих виявляється комбінація клінічної симптоматики (біль, непрохідність, анемія, наявність пухлини та ін.), що дає ще більше підстав для підозри на пухлину товстої кишки.

Діагностика. При підозрі на рак товстої кишки велике значення надається анамнезу. Анамнез повинен бути зібраний детально. Не варто обмежуватись тільки фіксацією скарг хворого. Необхідно цілеспрямовано виявити наявність симптомів, характерних для пухлин товстої кишки, з'ясувати характер початкових симптомів, час і послідовність появи нових симптомів. Слід мати на увазі, що перебіг раку товстої кишки повільніший, ніж раку шлунка, тому тривалість анамнезу часто становить 8–12 міс.

При об'єктивному обстеженні звертається увага на колір шкіри та слизових оболонок. Блідість шкіри та слизових оболонок може свідчити про наявність анемії на ґрунті раку правої половини товстої кишки. При огляді живота інколи можна виявити посилену перистальтику кишок при стенозі, а в окремих випадках – пухлину. Посилену перистальтику кишок можна також прослуховувати при аускультатії.

Пальпацію живота проводять при кількох положеннях хворого: лежачи на спині, на правому чи лівому боці, інколи в колінно-ліктьовому положенні. Пальпація пухлини залежить від локалізації та форми росту. Легше пальпуються пухлини сліпої, сигмоподібної, висхідної та низхідної ободової кишок. Пухлини печінкового та селезінкового згинів пальпуються погано. Екзофітні пухлини визначаються краще, ендофітні – гірше.

Загальний аналіз крові дає змогу виявити в деяких хворих анемію, а при супровідному процесі – підвищується ШОЕ та лейкоцитоз. Однак при ранніх стадіях загальний аналіз крові може бути не змінений.

Обов'язковим при підозрі на пухлину товстої кишки є пальцеве дослідження прямої кишки, що дає змогу виключити синхронну пухлину прямої кишки, а в пізніх стадіях діагностувати метастаз Шніцлера.

За допомогою ректороманоскопії виявляють пухлини прямої і сигмоподібної кишок, беруть матеріал для гістологічного дослідження. Пухлина може мати вигляд екзофітного горбистого новоутворення, чашоподібного тумору або плоскої виразки. В інших випадках пухлини не видно, тубус приладу упирається в звуження, через яке провести його вище не вдається. У всіх випадках, коли видно пухлину, робиться біопсія з одночасним виготовленням мазків-відбитків для цитологічного дослідження.

Рентгенологічне дослідження товстої кишки (іригоскопія) проводиться при щільному наповненні кишки сумішшю барію і після випорожнення, роздуваючи просвіт кишки повітрям. При щільному наповненні вивчаються контури кишки, виявляється наявність

дефектів наповнення і звуження. Після випорожнення вивчається рельєф слизової оболонки. При екзофітних пухлинах виявляється дефект наповнення, циркулярне звуження просвіту кишки з ригідними стінками, при ендофітних пухлинах – деформація рельєфу слизової оболонки, обрив складок, відсутність перистальтики, інколи – плоский дефект наповнення з депо барію в центрі. Слід мати на увазі, що рентгенологічне дослідження кишок (іригоскопія, іригографія) не завжди дає змогу виявити пухлину, особливо інфільтративну або з екстраорганичним ростом (ріст пухлини не в просвіт, а за межі кишки). Тому майже в третині випадків спроба встановити діагноз рентгенологічно не вдається.

Найінформативнішим методом дослідження є фіброколоноскопія – огляд товстої кишки за допомогою колоноскопа, який вводиться через задній прохід у відділи товстої кишки включно до сліпої кишки. При виявленні пухлини у всіх випадках можна зробити біопсію.

З метою ранньої діагностики раку товстої кишки запропоновано метод виявлення прихованої крові в калі шляхом визначення гемоглобіну хімічним шляхом (тести "Гемокульт", "Гемоквант") в осіб групи підвищеного ризику. Ця пропозиція базується на тому, що в 60–90 % хворих на рак товстої кишки цей тест позитивний. Відомо, що приховану кров у калі виявляють у 97–98 % осіб з підвищеним ризиком, але наявність пухлини підтверджується тільки в 5–10 %. Тому тест потрібно розглядати як неспецифічний і оцінювати його в сукупності з іншими методами скринінгу.

Аналіз калу на приховану кров має відносне значення, але постійний позитивний результат дослідження за наявності відповідних клінічних даних дає підставу запідозрити пухлину товстої кишки. Тому це дослідження слід повторювати кілька разів (не менше трьох). Реакція базується на властивості деяких речовин (бензидину, гваякової смоли) окислюватись і змінювати колір у присутності гемоглобіну й перексиду водню (проба Грегерсена, проба Вебера). Тому проба може бути позитивною не тільки при пухлині товстої кишки, а й при інших захворюваннях, які супроводжуються кровоточивістю в різних відділах травного каналу (виразкова хвороба, пародонтоз, варикозне розширення вен тощо), і при вживанні м'ясої "їжі. Знову ж таки проба може бути негативною при пухлинах у ранніх стадіях та якщо відсутній розпад пухлини.

Ефективнішим є анкетний метод формування груп ризику захворювання на рак шлунково-кишкового каналу. В анкеті, що поширюються серед осіб, старших за 40 років, унесено всі відомі фактори ризику (ендокринні порушення, ожиріння, шкідливі звички, характер харчування та ін.) чи наявні будь-які симптоми з боку кишок (метеоризм, біль, закріп, пронос, патологічні виділення та ін.). Особи, в яких наявні фактори ризику, підлягають спеціальному обстеженню (ректороманоскопія, фіброколоноскопія, іригоскопія). У цьому скринінгу особлива роль належить сімейним лікарям, які формують ці групи підвищеного ризику. Однак слід пам'ятати, що в 50 % випадків виникають так звані інтервальні пухлини, які з'являються в проміжках між оглядами, що дещо знижує ефективність профілактичних оглядів.

Лікування. Радикальним методом лікування є тільки операція. Об'єм операції залежить від локалізації пухлини. При раку сліпої, висхідної ободової кишок і печінкового згину виконується правобічна геміколектомія. При цьому видаляється вся права половина товстої кишки до рівня середньої товстокишкової артерії та дистальна частина клубової кишки завдовжки 20–25 см.

При локалізації пухлини в лівій половині товстої кишки робиться лівобічна геміколектомія, при якій резектується відрізок від середньої або лівої третини поперечної ободової кишки до верхньої частини сигмоподібної ободової кишки. При раку поперечної ободової та сигмоподібної ободової кишки показана резекція кишки, відступаючи 5–6 см від видимого краю пухлини. При кишковій непрохідності на ґрунті пухлини лівої половини товстої кишки операцію виконують у два або три етапи. Спочатку ліквідують непрохідність шляхом накладання колостоми на поперечну ободову або сліпу кишку. На другому етапі резектується кишка, а потім ліквідується колостома. Етапи проводять у проміжках 3–4 тиж. Симптоматичні операції здійснюються при пізніх стадіях пухлин, що супроводжуються кишковою непрохідністю. Накладають обхідний міжкишковий анастомоз або

протиприродний штучний анус чи колостому. Іноді при поодиноких віддалених метастазах робиться паліативна резекція кишки.

Променеве та хіміопроменеве лікування застосовується при нерезектабельних рецидивах раку товстої кишки як симптоматичний захід.

Великим досягненням клінічної хіміотерапії початку 90-х років ХХ ст. стало розроблення такого режиму ад'ювантного лікування, який дозволив поліпшити віддалені результати радикального оперативного втручання (особливо при III стадії). Протокол включає комбінацію 5-фторурацилу та левамізолу, які застосовуються протягом року після операції. Згідно з численними міжнародними дослідженнями така ад'ювантна хіміотерапія знижує смертність хворих на третину. Якщо без хіміотерапії від прогресування хвороби помирало двоє з трьох радикально оперованих хворих з пухлиною III стадії, то при її застосуванні помирає один хворий з трьох. Останнім часом як ад'ювантна хіміотерапія частіше застосовується комбінація 5-фторурацилу та лейковорину.

Основою паліативної хіміотерапії метастатичного раку товстої кишки є 5-фторурацил – часткові недовготривалі регресії досягаються в 10–15 % хворих. Ефективність підвищується при застосуванні так званої біохімічної модуляції 5-фторурацилу за допомогою лейковорину, інтерферону, метотрексату – регресії розвиваються в 25–40 % хворих.

Хворі після операції з приводу раку товстої кишки повинні бути під постійним наглядом з проведенням їм ендоскопічних, ультразвукових і лабораторних обстежень (визначення РЕА). Частині цих хворих роблять повторні операції з приводу метакронного раку товстої кишки. Крім цього, останнім часом при санованому первинному процесі і наявності солітарних метастазів у легені або печінку проводять хірургічне лікування цих метастазів (лобектомії, пульмонектомії, резекції печінки). Навіть у цих випадках вдається досягти 5-річного одужання в 25–30 % хворих.

Відновне лікування. У хворих на рак ободової кишки після радикальних операцій досить швидко і повно відновлюється працездатність. Під час експертизи працездатності слід брати до уваги стадію процесу, локалізацію пухлини, характер проведеного лікування, а також професію, вік і стать хворого. Повернення інвалідів до активної праці є метою та закінченням реабілітації. Хворі на рак I та II стадій можуть здебільшого визнаватися працездатними, але з урахуванням морфологічної структури пухлини, прогнозу захворювання. Хворим на рак III стадії (вони становлять основну масу радикально оперованих), як правило, протягом двох років призначається II група інвалідності. Однак близько 60 % осіб розумової праці повертаються до попередньої роботи.

Деяка частина людей фізичної праці після перекваліфікації повертається до роботи, не пов'язаної з важким фізичним навантаженням (III група інвалідності). Іноді експертна комісія продовжує термін непрацездатності до шести місяців, після чого хворий повертається до роботи, не пов'язаної з важким фізичним навантаженням. Суть відновного лікування полягає в корекції показників білкового складу крові, гемоглобіну. Застосовуються загальнозміцнювальна і вітамінотерапія.

Прогноз. П'ятирічне виживання хворих на рак ободової кишки після радикальних операцій досягає 50–60 %, а при I та II стадіях – 80 %. При наявних метастазах у регіонарних лімфатичних вузлах показник п'ятирічного виживання знижується до 30 %.

Рекомендована література

Основна

1. *Атлас онкологических операций Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html*
2. *Білінський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с. <https://www.twirpx.com/file/1832133/>*
3. *Бережная Н. М., Чехун В. Ф. Иммунология злокачественного роста. Київ: Наукова думка. 2005. – 792 с.*
4. *Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.*

5. *Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://bookshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy-bt&book=2004>*
6. *Онкологія (За ред. І. Б. Щепотіна, В. Л. Ганула, І. О. Клименко. К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.*
7. *Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>*
8. *Онкологія: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня”. 2009. – 589 с.*
9. *Онкологія. Вибрані лекції для студентів і лікарів / За ред. В. Ф. Чехуна. – К.: Здоров'я України, 2010. – 768 с.*
10. *Башеев В.Х., Кравцова В.Н. Рак ободової кишки. Вибрані лекції з клінічної онкології. За загальною редакцією Бондаря Г.В., Антіпової С.В. – Луганськ, 2009. – 560 с.– С. 232-275.*
11. *Білінський Б.Т. Онкологія: Підручник. – Львів, 2004, 2007. – 528 с. – (С. 284-298).*
12. *Вашакмадзе Л.А., Шельгин Ю.А., Сидоров Д.В., Ложкин М.В. Рак ободочной кишки. Онкология. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 697-709.*
13. *Шевченко А.І., Попович О.Ю., Колесник О.П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.*

Додаткова

1. *Рак в Україні.: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-реєстру України. (дивитися щорічні №№ 20-21 бюлетенів)*
2. *Шалімов С. А., Євтушенко О. И., М'ясоєдов Д. В. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки. Навчальний посібник. Київ: «Четверта хвиля», 2004. – 248с.*
3. *Шалімов С. А., Євтушенко О. И., М'ясоєдов Д. В., Приймак В. В. Комбіноване лікування хворих на рак ободової кишки. Київ: «Четверта хвиля», 2006 – 168 с.*
4. *Онкология: Клинические рекомендации / Под. ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – Москва, 2006. – С. 351-379.*
5. *Практическая онкология: Избранные лекции / Под. ред. Тюляндина С.А., Моисеенко В.М. – СПб.: Центр ТОММ, 2004. – С. 149-162.*

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні Запитання до заняття

1. Захворюваність на РОК в Україні та світі.
2. Етіологія, передракові захворювання, фактори ризику виникнення РОК, тактика лікаря.
3. Патоморфологія РОК: гістологічні форми, макроскопічні форми, шляхи метастазування.
4. Клінічна класифікація TNM РОК.
5. Клінічні форми РОК.
6. Особливості клінічного перебігу РОК.
7. Основні та додаткові методи діагностики РОК.
8. Проведіть диференціальну діагностику РОК з іншими захворюваннями.
9. Принципи та види лікування хворих на РОК.
10. Первинна та вторинна профілактики РОК, моніторинг.

Тестові завдання

Тест № 1 ($\alpha=1$). Назвіть клінічну форму раку, характерну для правої половини ободової кишки: 1. Токсично-анемічна. 2. Ентероколітична. 3. Диспептична. 4. Пухлинна. 5. Обтураційна.

Тест № 2 ($\alpha=1$). Назвіть клінічну форму раку, характерну для лівої половини ободової кишки:

1. Токсико-анемічна. 2. Ентероколітична. 3. Диспептична. 4. Пухлинна. 5. Обтураційна.

Тест № 3 ($\alpha=2$). Вкажіть гістологічні форми раку, які відносять до РОК: А. Плоскоклітинний. В. Дрібноклітинний. С. Аденокарцинома. D. Вівсяно-клітинний. Е. Залозисто-плоскоклітинний.

Тест № 4 ($\alpha=2$). Вкажіть симптоми, характерні для токсико-анемічної форми РОК:

А. Гіпертермія. В. Синдром Горнера. С. Блідість шкіри. D. Головний біль. Е. Загальна слабкість.

Тест № 5 ($\alpha=2$). Назвіть органи, в які найчастіше метастазує РОК: А. Молочна залоза. В. Лімфатичні вузли. С. Щитовидна залоза. D. Печінка. Е. М'які тканини.

Ситуаційні задачі

Задача № 1 ($\alpha=2$). Хворий 72 років скаржиться на затримку калу, виділення в невеликій кількості змішаної з калом темної крові і слизу, втрату ваги на 5 кг за останні 3 міс. Періодично спостерігаються бурчання в животі, затримка випорожнення. Хворіє 7 місяців. Об'єктивно: в лівій здухвинній ділянці при пальпації ригідність та помірна болючість, виявлене щільне обмежено рухоме утворення розмірами 4x5 см. Нв крові – 100 г/л. ШОС – 45 мм/год.

Завдання: 1. Назвіть найбільш вірогідний діагноз. 2. Визначте лікарську тактику.

Задача № 2 ($\alpha=2$). Хвора 62 років скаржиться на постійний тупий біль у правій здухвинній ділянці, схуднення на 10 кг за 5 місяців; стійкі закрепи, відсутність апетиту. Об'єктивно: шкіра землистого кольору, тургор її знижений. В правій здухвинній ділянці пальпується інфільтрат 6x8 см, щільний, малорухомий, неболючий. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається. При аускультатії – посилення кишкових шумів. Нв крові – 80 г/л. Реакція Грегерсена позитивна. *Завдання:* 1. Поставте діагноз. 2. Визначте лікарську тактику.

Задача № 3 ($\alpha=2$). Хворий 52 років скаржиться на здуття живота, закрепи, загальну слабкість, схуднення на 7 кг. При пальпації живота визначається щільна рухома пухлина в лівій здухвинній ділянці. При ФКС на 35 см циркулярна пухлина, гістологічно – аденокарцинома G₂.

Завдання:

1. Поставте діагноз. 2. Призначте лікарську тактику.

Задача № 4 ($\alpha=2$). Хворому 68 років, скаржиться на загальну слабкість, схуднення на 5 кг за місяць, болючість правої половини живота, підвищення температури тіла у вечірній час до 37,5°. В крові – анемія. При пальпації живота в правій здухвинній ділянці визначається щільне, болюче утворення розмірами 5x6 см, без чітких меж.

Завдання: 1. Поставте діагноз. 2. Призначте лікарську тактику.

Задача № 5 ($\alpha=2$). У пацієнта 62 років під час операції виявлено ендофітну пухлину ректосигмоїдного відділу, яка повністю перекриває просвіт кишки. Привідна кишка розширена, переповнена калом і газами. Петлі тонкої кишки не змінені. Метастазів не виявлено. В малому тазу і бокових каналах – невелика кількість серозної рідини світлого кольору.

Завдання: 1. Поставте діагноз. 2. Призначте лікарську тактику.