

Міністерство охорони здоров'я України

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

Кафедра хірургії №1

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Голова Вченої Ради ФПДО  
Декан доц. Січкоріз О.Є.

---

«18» лютого 2019 року

**«Сучасні методи діагностики та лікування раку товстої кишки»**

Методичні рекомендації  
для студентів старших курсів медичних університетів  
інтернів, слухачів циклу «Спеціалізація», ПАЦ,ТУ  
зі спеціальності «Проктологія»

Затверджено на методичній комісії  
Засіданні кафедри хірургії №1  
Протокол №\_\_ від \_\_\_\_\_  
Завідувач кафедри

---

Обговорено та затверджено на  
ФПДО протокол №1 від 18.02.2019р.  
Голова методичної комісії ФПДО

---

Затверджено на засіданні методичної комісії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 1 від 18 лютого 2019 року)

Навчально-методичні рекомендації підготували викладачі кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: Кандидат медичних наук, доцент **Лозинський Юрій Сильвестрович**, кандидат медичних наук, доцент **Варивода Євген Степанович**, асистент **Леошик Олексій Вячеславович**, асистент **Лозинська Любов Юрївна**

За редакцією завідувача кафедри хірургії №1, доктора медичних наук, професора, **Лукавецького Олексія Васильовича**

Рецензенти:

- **Кобза Ігор Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
- **Фецич Тарас Григорович** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри онкології і радіології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Відповідальний за випуск перший проректор з науково-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Гжегоцький Мечислав Романович**.

## ЗМІСТ

<b>Вступ. Актуальність теми.....</b>	<b>4</b>
<b>Фактори ризику розвитку колоректального раку, передракові стани.....</b>	<b>5</b>
<b>Класифікація та методи діагностики колоректального раку .....</b>	<b>6</b>
<b>Хірургічне та комбіноване лікування колоректального раку.....</b>	<b>9</b>
<b>План та організаційна структура заняття.....</b>	<b>11</b>
<b>Матеріали методичного забезпечення.....</b>	<b>12</b>
<b>Список літератури.....</b>	<b>13</b>

## I. Актуальність теми.

В останні роки рак ободової та прямої кишки об'єднують в поняття колоректальний рак. Колоректальний рак в Україні і в багатьох країнах світу (США, Канаді, країнах північної та центральної Європи), має тенденцію до неухильного росту захворюваності та смертності. Згідно даних Українського канцер-реєстру, в структурі захворюваності, серед злоякісних новоутворів колоректальний рак займає II місце у чоловіків і III місце у жінок, в структурі смертності II місце. Не прожили 1 року з моменту встановлення діагнозу 30% пацієнтів з колоректальним раком. Наведені дані свідчать про актуальність проблеми, а отже все більша увага повинна приділятися ранній діагностиці, клінічній симптоматиці раку, для виявлення якого на ранніх стадіях дасть змогу отримати кращі результати комбінованого лікування і збільшити показники виживання.

## II. Мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією та патогенезом раку товстої кишки, факторами ризику, передраковими станами, TNM- класифікацією раку прямої та ободової кишки геморою, анальної тріщини та випадіння прямої кишки.  $\alpha=I$
2. Інтерпретувати картину захворювання, ускладнення та проводити диференційну діагностику.  $\alpha=II$
3. Проводити основні методи загального клінічного обстеження хворого (опитування, огляд, пальцевий огляд прямої кишки), визначати певний обсяг додаткових обстежень і аналізувати отримані дані для встановлення попереднього діагнозу  $\alpha=III$
4. Вміти правильно формулювати діагноз, та визначати тактику лікування хворих з раком ободової та прямої кишки.  $\alpha=IV$

## III. Мета розвитку особистості.

Ознайомити студентів з принципами етики та деонтології при роботі з пацієнтами з онкологічними захворюваннями товстої кишки.

Оволодіти навиками логічного мислення на основі інтерпретації симптомів та синдромів, що зустрічаються при злоякісних пухлинах товстої кишки.

Звернути увагу на внесок вітчизняних вчених та співробітників кафедри хірургії №1 у розпрацювання і впровадження сучасних методів лікування хворих з раком прямої та ободової кишки.

## IV. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>Попередні дисципліни</b>		
Нормальна і топографічна анатомія, фізіологія	Анатомічну будову ободової та прямої кишки і промежини, кровопостачання, іннервацію	Визначати топографію товстої кишки

Гістологія	Будову слизової товстої кишки	Диференціювати мікроскопічні препарати
Патологічна анатомія	Механізми порушень в товстій кишці, анальному каналі	Описати патологічні зміни при раку товстої кишки
Фармакологія	Групи хіміотерапевтичних препаратів препаратів, що використовуються для хіміотерапії	Призначити симптоматичне лікування, виписати рецепти
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Семіотику при пухлинах товстої кишки	З'ясувати скарги, анамнез захворювання, огляд та фізикальне обстеження пацієнта
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
Рак ободової кишки	Клініку та діагностику раку ободової кишки	Діагностувати рак ободової кишки, призначити лікування
Рак прямої кишки	Клініку та діагностику раку прямої кишки	Діагностувати рак прямої кишки, призначити лікування

## V. Зміст теми та його структурування

Найчастішою формою злоякісних новоутворів прямої та ободової кишки є рак - злоякісна пухлина епітеліального походження. На даний час етіопатогенез раку чітко не встановлений. Умовно розрізняють фактори ризику та передракові стани, що можуть призвести до малігнізації.

**Факторами ризику** у виникненні раку товстої кишки прийнято вважати:

1. Характер харчування (без шлакова дієта, переважання тваринних жирів, рафінованих цукрів та відсутність раціоні клітковини)
2. Малорухомий спосіб життя
3. Гіпотонія та атонія кишки, особливо в старечому віці
4. Екзогенна та ендогенна інтоксикація (алкоголь, тютюнопаління та наявність тривалої експозиції зі слизовою ендогенних канцерогенів – індолу, скатолу, гуанідину, метаболітів стероїдних гормонів).

**Передракові стани:**

1. Спадкові синдроми поліпозу товстої кишки.
2. Спадковий неполіпозний рак товстої кишки – синдром Лінча .
3. Захворювання товстої кишки зі спадковою схильністю – неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона.

## **Скринінг**

1. Аналіз калу на приховану кров (Hemocult-test)
2. Фіброколоноскопія
3. Пальцеве обстеження прямої кишки.

## **Патологічна анатомія.**

Макроскопічно рак товстої кишки характеризується екзофітною та ендофітною формою росту. Оскільки розвиток раку часто починається з малігнізації поліпа, у I і II стадіях превалює екзофітна форма. У процесі росту пухлини і поглиблення пухлинної інфільтрації стінки кишки починає переважати ендофітна форма.

Гістологічно найчастіше колоректальний рак представлений аденокарциномою. Інші патогістологічні види, такі як слизовий рак, перснеподібний, недиференційований рак зустрічаються рідше.

Диференціація аденокарцином:

Gx — ступінь диференціації пухлини неможливо визначити;

G1 — високодиференційована пухлина;

G2 — проміжний ступінь диференціації;

G3 — низький ступінь диференціації;

G4 — недиференційована пухлина.

## **Класифікація.**

На даний час найбільш поширеною класифікацією злоякісних новоутворів є TNM класифікація.

*T – Первинна пухлина*

Tx — первинну пухлину неможливо оцінити;

T0 — немає даних щодо первинної пухлини;

Tis — рак in situ: пухлина в межах слизової з інвазією в базальну мембрану (M\*);

T1 — пухлина інфільтрує підслизовий шар (SM);

T2 — пухлина інфільтрує м'язову оболонку (MP);

T3 — пухлина інфільтрує субсерозну оболонку (SS) або проростає в неперитонізовані ділянки ободової кишки (задні стінки висхідної та низхідної) або периректальні тканини;

T4 — пряме поширення пухлини в інші органи та структури:

T4a — пухлина перфорує вісцеральну очеревину (SE);

T4b — пухлина вростає в інші органи або структури (SI).

*N – Регіонарні лімфатичні вузли.*

Регіонарними є параколичні і параректальні, а також лімфовузли, розміщені вздовж здухвинної, правої товстокишкової, середньої товстокишкової, лівої товстокишкової, нижньої мезентеріальної і верхньої прямокишкової артерій.

Nx – регіонарні лімфатичні вузли неможливо оцінити

N0 – немає ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1a – метастази в 1 регіонарний лімфатичний вузол

N1b – метастази в 2-3 регіонарні лімфатичні вузли

N1c – пухлинні депозити(сателіти) в субсерозному шарі кишки, брижі або периколярній жировій тканині неперетонізованих ділянок або параректально (мезоректально) без метастазів у регіонарні лімфатичні вузли;

N2a — метастази в 4—6 регіонарні лімфатичні вузли;

N2b — метастази в 7 регіонарних лімфатичних вузлів і більше

Nx – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

*M– Віддалені метастази*

M0 — відсутні віддалені метастази;

M1a — метастатичне ураження обмежене одним органом (печінка, легень, яєчник, позарегіонарні лімфатичні вузли) без перитонеального поширення;

M1b — метастази у два органи і більше;

M1c — метастатичне ураження очеревини з/без ураження інших органів.

Стадіювання раку товстої кишки

	<b>T-tumor</b>	<b>N-nodulus</b>	<b>M-metastasis</b>
<b>Стадія 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Стадія I</b>	T1-2	N0	M0
<b>Стадія IIА</b>	T3	N0	M0
<b>Стадія II В</b>	T4a	N0	M0
<b>Стадія II С</b>	T4b	N0	M0
<b>Стадія IIIА</b>	T 1 T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
<b>Стадія IIIВ</b>	T1 T2	N2b	M0
	T2 T3	N2a	M0
	T3 T4a	N1	M0
<b>Стадія IIIС</b>	T3 T4a	N2b	M0
	T4a	N2a	M0
	T4b	N1N2	M0
<b>Стадія IVA</b>	Будь-яке T	Будь-яке N	M1a
<b>Стадія IVB</b>	Будь-яке T	Будь-яке N	M1b
<b>Стадія IVC</b>	Будь-яке T	Будь-яке N	M1c

### *Клінічна картина*

Клінічна симптоматика раку товстої кишки різноманітна може бути та залежить від стадії та локалізації процесу. Умовно можна навести декілька форм перебігу захворювання:

1. Анемічна форма. Характерна для раку правої половини товстої кишки, а також при запущених формах раку, які характеризуються розпадом пухлини, кровотечами, інтоксикацією.
2. Стенозуюча форма. Характеризується метеоризмом, переймоподібним болем, затримкою відходження калу та газів, що зустрічається при раку лівої половини

ободової та прямої кишки. Явища тонкокишкової непрохідності (нудота, блювання) характерні при декомпенсації товстокишкової непрохідності, а також для раку ілеоцекального кута.

3. Псевдозапальна форма. Наростання процесів інтоксикації, гіпертермія, наявність інфільтрату в черевній порожнині, можуть свідчити про проростання пухлиною стінки кишки з формуванням запального процесу та розпаду.
4. Пухлинна форма. Характеризується наявністю рухомого утвору в черевній порожнині, що виявляється при пальпації. Зазвичай така форма раку зустрічається при ураженнях поперечно-ободової та сигмовидної кишки.
5. Больова форма. Тупий, неінтенсивний біль може бути симптомом раку будь-якої локалізації та стадії, найчастіше зумовлений розвитком запального процесу та проростанням в прилеглі тканини.

Крім вищенаведених форм раку є ряд інших важливих клінічних симптомів.

Тенезми: хибні позови до дефекації, при повній відсутності калу, можуть свідчити про рак проксимальної частини прямої кишки.

Наявність патологічних домішок в калі: кров, слиз – дуже важливий, іноді єдиний симптом раку ободової і прямої кишки.

Зміна консистенції калу: порційний кал («овечий»), стрічкоподібний, вузький кал, симптоми звуження кишки пухлиною.

Для раку всіх локалізацій характерні симптоми підвищеної втомлюваності, загальної слабості, втрати апетиту, зниження маси тіла.

## **Діагностика**

1. Огляд, пальпація, перкусія, аускультация живота; пальпація пахвових, надключичних і пахвинних лімфовузлів.
  2. Пальцеве обстеження прямої кишки; гінекологічне обстеження у жінок.
  3. Рентгенографія органів грудної клітки.
  4. УЗД органів черевної порожнини (печінки, петель кишечника, яєчників). Для раку дистальної частини прямої кишки застосовується ультразвукове обстеження ректальним датчиком.
  5. Оглядова рентгенографія черевної порожнини (в екстрених випадках при кишкової непрохідності, перфорації).
  6. Ендоскопічні методи:
    - Ректороманоскопія з біопсією.
    - Фіброколоноскопія з біопсією.
- Патогістологічне заключення дає змогу підтвердити діагноз та встановити гістологічну будову і ступінь диференціації пухлини.
7. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини з контрастним підсиленням
  8. Іригоскопія, іригографія.
  9. Раково-ембріональний антиген (РЕА) – маркер пухлин товстої кишки
  10. Молекулярно-генетичні дослідження



## Диференційний діагноз

Діагноз	Діагностична маніпуляція
Туберкульоз кишечника	Проба Mantoux, рентгенологічне дослідження легень
Ішемічний коліт	Наявність серцевої патології, старечий вік, рентгенологічні ознаки при іригографії, патогістологічне дослідження біоптатів.
Хвороба Crohn	Локалізація, дані ендоскопії (симптом бруківки), позакишкові прояви. РЕА в нормі.
НБК	За даними ендоскопії (проксимальний, дифузний характер запалення), дані біопсії, позакишкові прояви. РЕА в нормі.
Геморой	Дані фіброколоноскопії. РЕА в нормі.
Дивертикулярна хвороба	Наявність дивертикулярних вип'ячувань при фіброколоноскопії, іригографії, комп'ютерній томографії. РЕА в нормі.
Тубо-оваріальні пухлини (аднекс-тумор)	Бімануальний огляд, УЗД геніталій. Дані фіброколоноскопії, КТ. РЕА в нормі.

### Шляхи метастазування.

1. Лімфогенне метастазування в регіонарні і віддалені лімфатичні вузли.
2. Гематогенні метастази наявні приблизно. Найчастіше рак товстої кишки метастазує в печінку, легені, кістки, мозок.
3. Імплантаційне метастазування-це пряме поширення злоякісних клітин по просвіту кишки в її дистальний відділ або субопераційна імплантація в ділянку міжкишкового анастомозу, лапаротомну рану чи місця дренажів.

### Ускладнення:

1. Кишкова непрохідність.
2. Перфорація, перитоніт.
3. Кровотеча.
4. Ракова інтоксикація.

### Лікування

Для лікування раку товстої кишки застосовуються променева терапія, хіміотерапія, хірургічне лікування та імунологічна терапія.

### Хірургічне лікування.

Оперативне втручання є основним у лікуванні раку ободової і прямої кишки. Тип операційного втручання залежить від локалізації пухлини та стадії процесу.

На стадії 0 – ендоскопічна операція: локальне електровисічення слизової або поліпектомія; якщо слизова уражена на значній ділянці – резекція кишки.

У випадках карцином I, II, III і IV стадій виконують такі операції:

1. Правобічну геміколектомію при локалізації карциноми в сліпій кишці, висхідній частині і печінковому куті ободової кишки;
2. Резекцію поперечно-ободової кишки;
3. Лівобічну геміколектомію при локалізації пухлини в селезінковому куті та в низхідному відділі;
4. Резекцію сигми (межі резекції: по 5 см з двох боків від пухлини);
5. Передня резекція прямої кишки у випадку розташуванням пухлини на відстані 12-18 см. від ануса (дистальна частина сигмовидної кишки, ректосигмоїдний згин)
6. Низька передня резекція або черевно-анальна резекція з низведенням сигмовидної кишки - пухлина на віддалі 6-11 см від ануса;
7. Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки(операція Кеню-Майлса) - пухлина на віддалі до 6 см. від ануса.

#### Паліативні та симптоматичні операції

При наявності віддалених метастазів (M1 – у печінку, легені) навіть резекція кишки, здійснена в радикальному об'ємі, буде вважатися паліативною операцією. Такі операції є доцільними з точки зору покращання якості життя пацієнта.

Операція накладання проксимальної колостоми з метою ліквідації гострої кишкової obturaційної непрохідності буде вважатися симптоматичною у випадку нерезектабельної пухлини. У випадках нерезектабельних пухлин і загрози гострої кишкової непрохідності формують міжкишковий обхідний анастомоз, спрямовуючи евакуацію кишкового вмісту в обхід пухлини. У випадку гострої кишкової непрохідності (при локалізації пухлини у верхньо-ампулярному відділі або в ректосигмоїдному згині) і наявності протипоказань до накладання міжкишкового анастомозу виконують операцію Гартмана: резекцію кишки з виведенням проксимального кінця кишки у вигляді сигмостоми, дистальний кінець кишки заглушують. У подальшому, через 6-10 тижнів, здійснюють реконструктивно-відновчу операцію з відновленням безперервності кишки.

При наявності метастазів (mts) у печінці виконують: крайову(чи атипovu) резекцію печінки, гемігепатектомію, кріодеструкцію чи руйнування mts струмом високої частоти, катетеризацію печінкової артерії або ворітної вени для інфузії хіміопрепаратів, хіміоемболізацію артерії в зоні кровопостачання якої локалізується метастаз.

**Хіміотерапію** як компонент комбінованого лікування застосовують переважно в післяопераційний період після радикальних операцій (ад'ювантна терапія) або після паліативних операцій для системного цитостатичного впливу, місцеві і віддалені метастази. Призначають 5-фторурацил, фторофур, іринотекан, оксаліплатин. Вивчається застосування такзваної таргетної терапії (target з англ. – мішень). Найбільш перспективною мішенню ваажаються рецептори факторів росту – епідермального та ендотеліального. Зареєстровано 2 препарати цієї групи: цетуксімаб і бевацізумаб.

#### **Променева терапія.**

Застосування променевої терапії в комбінованому лікуванні раку прямої кишки (до 10 см.від ануса) зменшує можливість рецидивування та субопераційної дисемінації, підвищує резектабельність пухлин прямої кишки.

В окремих випадках променева терапія застосовується при лікуванні раку ободової кишки.

Найбільш поширеним видом променевої терапії при вищевказаних локалізаціях раку є гамма-терапія.

Вона здійснюється в кількох режимах:

Залежно від стадії, локалізації і резектабельності пухлини визначають покази до проведення доопераційної, чи післяопераційної гамма-терапії, та визначають курс терапії: розщеплений (сумарна вогнищева доза 46 Гр. в 20-23 сеанси) чи концентрований (20 Гр. в 5 сеансів). Для опромінення використовують лінійні прискорювачі, дистанційну і внутрішньопорожнинну гамма-терапію.

### Диспансерне обстеження

Приблизно 80 % у всіх рецидивів і метастазів появляється в перші два роки після операції. Тому пацієнти повинні оглядатися онкологом з інтервалом три місяці протягом двох років, далі з шестимісячним інтервалом протягом трьох років, потім раз на рік.

У сироватці крові щоразу визначають РЕА, рівень якого підвищується за 4-6 місяців до появи рецидиву чи метастазів. В обсяг обстеження входить: гемокульт-тест, рентгенографія органів грудної порожнини (один раз на 6 місяців); пальцеве обстеження прямої кишки; колоноскопія (огляд місця анастомозу) – раз на півроку, чергуючись з іригографією; УЗД органів черевної порожнини – що три місяці; гінекологічне обстеження – раз у рік; комп'ютерна томографія – за показаннями. При виявленні рецидивів чи метастазів, план подальшого лікування узгоджують онкохірург чи онкопроктолог, хіміотерапевт і радіолог.

### VI. План та організаційна структура заняття.

<i>№ п/п</i>	<i>Основні етапи заняття</i>	<i>Навчальна мета в рівнях засвоєння</i>	<i>Методи контролю та навчально-методичне забезпечення</i>	<i>Час</i>
1.	<p>Підготовчий етап:                      Організація заняття                      Визначення навчальної мети та мотивації                      Контроль вихідного рівня знань, вмінь, та навичок                      А) етіопатогенез                      Б) класифікація TNM                      В) клінічні особливості перебігу                      Г) алгоритм діагностики терапія                      Д) Хірургічне лікування                      Е) Променева та хіміотерапія                      Є) МСЕК</p>	α=II-III	<p>Фронтальне опитування, тестові завдання, навчальні таблиці.                      Оснащення мультимедійні слайди, рентгенівські плівки, карти стаціонарних хворих, запис відеокolonоскопії, клінічні задачі.</p>	10%

2	Основний етап: Формування професійних вмінь та навичок, обговорення та оцінка результатів клінічної діагностики, диференційної дагностики, лікування, реабілітації та МСЕК	$\alpha=III-IV$	Історії хвороб, амбулаторні карти хворих. Обладнання: рентгенограми, мультимедійні слайди, запис відеколоноскопії, клінічні задачі.	70%
3.	Заключний етап А) контроль та корекція рівня професійних знань Б) підведення підсумків В) домашнє завдання	$\alpha=III-IV$	Індивідуальний контроль теоретичних знань	20%

## VII. Матеріали методичного забезпечення.

Питання ( $\alpha=I, \alpha=II$ )

1. Етіопатогенез, фактори ризику та передракові стани раку товстої кишки
2. TNM класифікація раку товстої кишки
3. Клініка та діагностика раку прямої та ободової кишки.
4. Диференційний діагноз раку товстої кишки
5. Ускладнення раку прямої та ободової кишки
6. Хірургічне лікування раку ободової кишки
7. Хірургічне лікування раку прямої кишки
8. Хіміо- та променева терапія раку прямої та ободової кишки

Тестові завдання ( $\alpha = II$ )

1. Згідно класифікації TNM у пацієнта діагноз: Рак сигмовидної кишки T3N1M0, яка стадія хвороби?:

- A. 0
- B. I
- C. II
- D. III
- E. IV

*Відповідь D.*

2. Який основний метод діагностики раку ободової кишки:

- A. ФЕГДС
- B. Рентгенографія органів грудної клітки
- C. Пальцеве обстеження прямої кишки
- D. ЕРХПГ

Е. ФКС

*Відповідь Е.*

3. При якій локалізації раку товстої кишки найчастіше спостерігаються тенезми?
- А. Сліпа кишка
  - В. Висхідна ободова кишка
  - С. Поперечно-ободова кишка
  - Д. Низхідна ободова кишка
  - Е. Дистальна частина сигмовидної кишки, ректосигмоїдний згин.

Відповідь Е.

4. Який метод хірургічного лікування буде оптимальним при II-III стадії раку сліпої кишки
- А. Цекостомія
  - В. Ілеостомія
  - С. Накладання обхідного ілео-трансверзо анастомозу
  - Д. Правобічна геміколектомія
  - Е. Операція Гартмана

*Відповідь D.*

5. Яке ускладнення не характерне для раку товстої кишки
- А. Кровотеча.
  - В. Перфорація, перитоніт.
  - С. Ракова інтоксикація, кахексія.
  - Д. Кишкова непрохідність
  - Е. ДВЗ- синдром

*Відповідь Е.*

Типові задачі ( $\alpha = \text{II}$ )

Хворий, 71 рік, скаржиться затримку відходження газів та калу на протязі 4-ох діб. При огляді: живіт різку піддутий, напружений, перистальтичні шуми не вислуховуються, симптоми подразнення очеревини негативні. Патологічні утвори не пальпуються. *Rectum*: на висоті 7 см. від ануса палькується щільний, циркулярний, горбистий, нерухомий утвір. На пальці після огляду домішки крові.

Діагноз.

*Відповідь: Діагноз Рак прямої кишки що ускладнився гострою кишковою непрохідністю.*

Хвора, 45 років, скаржиться на періодичні кровотечі з заднього проходу, загальну слабкість, зниження маси тіла, втрату ваги. В загальному аналізі крові рівень гемоглобіну 82 г/л. При пальпації живіт м'який, неболючий, патологічні утвори не пальпуються,

симптоми подразнення очеревини негативні. Per rectum: без патології. Який ймовірний діагноз? Який метод обстеження може підтвердити діагноз?

*Відповідь. Рак сліпої кишки. Дообстеження: ФКС з біопсією.*

*Нетипові задачі (α =III)*

Хворий, 36р. лікувався в районній лікарні з приводу геморою, без вираженого клінічного ефекту. При огляді per rectum на 4см. від ануса рухомий горбистий утвір. При ректороманоскопії утвір прохідний, екзофітний. Біопсія:-високодиференційована аденокарцинома. При комп'ютерній томографії органів грудної, черевної порожнини та малого тазу іншої патології не виявлено. Яка тактика лікування?

*Відповідь: Доопераційна променева терапія. Операційне втручання: Екстирпація прямої кишки за Кеню-Майлсом. Подальша тактика після результатів післяопераційного патогістологічного дослідження.*

### **VIII. Список літератури**

Рекомендована література для вивчення дисципліни студентами 4 курсу:

Обов'язкова література

1. Хірургія : [підручник для студ. стомат. факульт. ВМНЗ] / Б. П. Лисенко [та ін.] ; ред. Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч. - К. : Медицина, 2010. - 712 с. - Бібліогр.: с.710

Додаткова література

1. Масляк В.М., Павловський М.П., Лозинський Ю.С., Варивода І.М. Практична колопроктологія. – Львів, Світ, 1993. – 144 с.
2. Онкологія: Підручник.-3-те видання, перероб. і доп. / Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак, О.О. Галай та ін.; За ред. проф. Б.Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004. - 528 с.;
3. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 276 с.
4. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 645 "Про внесення змін до наказу МОЗ України від 17.09.2007 № 554 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія". Додаток 1.38 рак ободової кишки. Додаток 1.39 рак прямої кишки.

5. Результаты комбинированного лечения рака толстой кишки, ассоциированного с язвенным колитом и болезнью Крона / А.В. Борота, Г.В. Полунин, Ф.И. Гюльмамедов, и др. // Новообразования. –2012.– № 9. – С. 1–2.
6. Kappelman, M.D. Risk of cancer in patients with IBD: a nationwide population-based cohort study with 30 years of follow up / Kappelman M.D., Farkas D.R., Long M.D. et al. // Clin. Gastroenterol Hepatol. – 2014; 12(2). – P. 265–73.