

(Окончание. Начало на стр. 9)

Вторичные симптомы проявляются, когда опухоль достигает значительных размеров, патогенетически обусловлены сужением просвета прямой кишки и ригидностью стенок, в редких случаях бывают первыми и единственными симптомами заболевания. При раке, локализуемся в интраперитонеальной (ректосигмоидный отдел) части прямой кишки, преобладают симптомы обтурационной кишечной непроходимости разной степени выраженности, вплоть до завершённой. Прежде всего, это нарушение пассажа каловых масс по кишечнику: запоры, вздутие живота, урчание, усиленная перистальтика, в запущенных случаях сопровождающаяся спастическими болями в животе. Часто стойкие запоры сменяются периодическими поносами. Механизм этого явления связан с тем, что плотные каловые массы не проходят через суженный просвет прямой кишки, что в свою очередь приводит к уменьшению всасывания воды, повышению секреторной деятельности и усилению перистальтики толстой кишки. При таком ложном поносе твердая часть кала не проходит через опухолевый канал и постепенно накапливается в толстой кишке выше опухоли. Без лечения могут развиваться обтурационная кишечная непроходимость, перфорация кишки выше опухоли от перерастяжения и, как следствие, каловый перитонит.

При раке ампулярного отдела прямой кишки завершённая кишечная непроходимость встречается крайне редко из-за ширины просвета. Для этой локализации наряду с симптомами частичной толстокишечной непроходимости характерно ощущение неполного опорожнения прямой кишки после дефекации, обусловленное наличием большой опухоли в кишке.

При значительном сужении нижеампулярного отдела прямой кишки опухолью у ряда больных возникают частые (до 15–20 раз в день) мучительные позывы на дефекацию — тенезмы, при этом из прямой кишки или не выделяется ничего, или лишь жидкий

кал с патологическими примесями, и то в небольшом количестве. Это опухоль как инородное тело стимулирует кал в прямой кишке, и запускается рефлекс дефекации, однако твердые каловые массы не проходят через суженный участок кишки и, несмотря на стул до 20 раз в день, у больного имеются симптомы незавершённой непроходимости.

При прорастании опухоли кишечной стенки и врастании в соседние структуры и органы наряду с вышеуказанными симптомами появляются и другие. Опухоль, расположенная в нижних отделах прямой кишки, может распространяться на заднепроходной канал, в ретроректальное пространство, на предстательную железу у мужчин и на влагалище у женщин. В этих случаях больные могут испытывать боли в области анального прохода, копчика, крестца и даже в поясничной области. У мужчин возможны затруднения при мочеиспускании.

При раке верхнеампулярного и ректосигмоидного отдела прямой кишки у мужчин опухоль может прорасти в стенку мочевого пузыря. Клинические проявления в этом случае возникают лишь при образовании ректовезикального свища. У таких больных отмечается лихорадка в связи с развитием восходящей инфекции мочевых путей. При мочеиспускании через уретру выделяются газы, иногда кал. Может отмечаться обратная картина: выделение мочи через прямую кишку, иногда присутствует и то и другое. У женщин при прорастании в матку клинических проявлений не возникает. При прорастании задней стенки влагалища может образоваться ректовагинальный свищ, при этом из влагалища выделяются кал и газы.

Общие симптомы — нарушение общего состояния больных: похудание, слабость, снижение трудоспособности, утомляемость, анемия, землистый цвет лица, снижение тургора и сухость кожи — возникают лишь при распространенном опухолевом процессе, на начальных же стадиях состояние практически не изменяется.

Методы диагностики

К сожалению, в ряде случаев и врачи, к которым обращается больной по поводу выделения крови при дефекации, ограничиваются констатацией этого факта, ставят диагноз “кровотокающий геморрой” и назначают соответствующее лечение.

Пальцевое исследование позволяет своевременно диагностировать большую часть опухолей прямой кишки. По нашим данным, ошибочный диагноз “геморрой” при КРР хирурги поликлиники ставили больным в 90% случаев.

И все-таки следует отметить, что онкологическая настороженность врачей поликлиник, диагностических центров за последние 30 лет существенно выросла. Раньше, в 70-е гг., доля врачебных ошибок составляла 10,8% (сейчас — 1,7%), длительность обследования с момента первичного обращения к врачу сократилась в 8 раз.

Наиболее информативное исследование для диагностики КРР — тотальная колоноскопия. Однако далеко не каждый согласен пройти эту процедуру. Существуют определенные показания для проведения колоноскопии: анемия неясного генеза, повышенная температура тела, необъяснимая потеря веса, локальные симптомы поражения кишечника: выделение крови или слизи во время дефекации, боли в проекции толстой кишки, в промежности, возникновение запоров или поносов.

Показаний может быть очень много, но существует группа больных, которые участвуют в скрининге предраковых состояний и КРР. Под этим подразумевают: наследственные факторы риска по нескольким параметрам — наличие в семейном анамнезе у родственников первой линии рака толстой кишки, наличие наследственных синдромов, проявляющихся неполипозным КРР, семейный аденоматозный полипоз. Эти пациенты подлежат скрининговой колоноскопии гораздо раньше, чем люди в общей популяции. По данным статистики, при семейном аденоматозном полипозе у

В 2006 г. в России выявлено 475 432 новых больных злокачественными новообразованиями. По сравнению с 2001 г. прирост абсолютного числа вновь выявленных больных составил у мужчин и женщин 1,9 и 8,6% соответственно.

В структуре заболеваемости мужского населения России первые места занимают:

- рак легкого (21,9%)
- рак желудка (10,8%)
- немеланомные новообразования кожи (9,7%)
- рак предстательной железы (8,2%).

В структуре заболеваемости женского населения:

- рак молочной железы (19,8%)
- немеланомные новообразования кожи (13,3%)
- рак желудка (7,5%)
- ободочной кишки (7%).

М.И. Давыдов, Е.М. Аксель “Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г.” Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, т. 19, № 2 (прил. 1), 2008

большинства пациентов уже к 30 годам развивается КРР. Естественно, в этом случае наблюдения начинаются с детства, а уже к 20 годам, по западным стандартам, пациентам показана колэктомия. По результатам многочисленных клинических исследований доказано, что в общей популяции, которая не имеет наследственных факторов риска, у пациентов в возрасте 50 лет уже надо проводить колоноскопию.

Развитие КРР — это многошаговый и многостадийный процесс, который, по подсчетам ведущих специалистов мира, изучающих генетику, биологию, факторы риска этого процесса, составляет в среднем 10 лет. От этой цифры и отталкиваются специалисты, рекомендуя интервал между скрининговыми колоноскопиями.

Уважаемые читатели газеты «Медицинский Вестник»!

Фармацевтическая компания Bayer HealthCare сердечно поздравляет Вас с наступающим новым 2009 годом. Мы желаем всем крепкого здоровья и благополучия. Мы искренне надеемся, что неспокойное время, которое привнес в нашу жизнь кризисный 2008 год, скоро закончится, и мы вместе преодолеем временные экономические трудности.

Пусть Новый 2009 год для всех Вас станет годом радости и исполнения желаний!

Коллектив компании Bayer HealthCare



gPh
ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Дорогие коллеги и партнеры!

Желаем Вам и Вашим близким крепкого здоровья, семейного уюта, тепла и добрых новостей в наступающем году!

Мы ценим и любим Вас!

*С уважением,
компания «Герофарм»*

