

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**АМУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**  
**(ГАУЗ АО «АОКБ»)**

**«РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ»**

**(Информационно-методическое письмо)**

**Подготовил:**

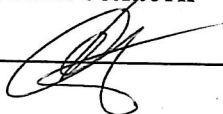
**Заведующий отделением проктологии**

**ГАУЗ АО «АОКБ**

**Главный внештатный специалист колопроктолог**

**министерства здравоохранения**

**Амурской области**



**А.А. Симоненко**

Уважаемые коллеги!

Организационно-методическое отделение ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» направляет вам информационно-методическое письмо:

### **«РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ»**

Среди всех опухолевых заболеваний человека рак прямой кишки находится на втором, третьем не почетном месте. Чаще всего этой онкологической патологией болеют люди, живущие в индустриальных городах. Более 60% от всех больных раком прямой кишки являются именно городскими жителями. Причины не известны, но факторы риска, как и при всех онкологических заболеваниях остаются прежними вредные производства, употребление фастфудов.

Информационно-методическое письмо рекомендовано для врачей колопроктологов, врачей общей практики, хирургов.

## «РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ»

### (Информационно-методическое письмо)

По данным Всемирной организации здравоохранения к 2030 году от рака прямой кишки может умереть более 13 миллионов человек во всем мире. На сегодняшний день статистические данные свидетельствуют о том, что в России колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. В России, среди заболевших злокачественными новообразованиями мужчин, колоректальный рак составляет 8,7%, прочно занимая 3-е место после рака легкого (26,5%) и желудка (14,2%). Среди заболевших женщин, соответственно, 11,1% вслед за раком молочной железы (18,3%) и кожи (13,7%).

В настоящее время за последние десять лет заболеваемость раком прямой кишки в России растет. 5 лет назад на каждые 100 тысяч человек насчитывалось 17 больных, в настоящее время статистика насчитывает уже 20 больных раком прямой кишки. По статистике, это онкологическое заболевание встречается в возрасте преимущественно 45-70 лет. Однако, все чаще встречаются случаи развития опухоли прямой кишки у молодых людей возраста 20-30 лет. Заболевание чаще встречается у мужчин. При этом, соотношение между мужчинами и женщинами составляет 3:2. Смертность от рака прямой кишки не уменьшается. Эти данные связаны с тем, что в основном рак прямой кишки диагностируют в 3-4 стадиях. Это связано с тем что на медицинских профилактических осмотрах выявляют только 1,5% от всех новых случаев опухоли, потому что не выясняется анамнез, факторы риска и зачастую не производится ректальный осмотр.

В структуре общей российской онкологической заболеваемости Амурская область имеет показатели ниже средних. В ДФО мы уступаем почти всем регионам по «лидерству», ниже показатель заболеваемости только на Чукотке и в Якутии. Статистически отмечено, что около 30 % Амурчан обращаются к врачам уже на 3—4-й стадиях.

Информация о факторах риска возникновения рака прямой кишки невероятно обширна и противоречива, однако некоторые из них ни у кого не вызывают сомнений:

- канцерогены;
- избыточное употребление животных жиров, пищи с недостаточным содержанием растительной клетчатки;
- генетическая предрасположенность;
- отягощенный наследственный анамнез по коло ректальному раку.

В условиях поликлиники при обследовании первичного больного основную роль в диагностике и определении необходимости применения специальных методов обследования играют клинические методы, прежде всего анамнез. При опросе выявляется давность заболевания (появление первичных симптомов опухоли), динамика роста опухоли. Эти данные помогают распознавать визуальные формы рака, определить группы риска по заболеваниям.

К факторам риска можно отнести следующие:

- Возраст.

Так как рак прямой кишки в основном образуется у людей старше 50 лет, то по достижении этого возраста необходимо регулярно проводить обследование.

- Нарушения в питании.

Преобладание в рационе жирной, жареной и нездоровой пищи негативно сказывается на всей системе пищеварения.

- Наследственная предрасположенность.

Если у кого-то из родных был рак прямой кишки, то доля вероятности его возникновения увеличивается в несколько раз.

Группа предрасполагающих факторов:

#### **Наследственные.**

- Наличие в родословной больных родственников, страдавших раком толстой кишки, аденоматозным семейным полипозом.

- 2. Синдром «Линча» — относительно распространенная генетическая мутация, которая формирует «склонность к раку» толстой кишки. Следует подозревать, если болезнь развивается у пациента моложе 40-45 лет. Является причиной 5% всех раков прямой кишки.

#### **Хронические болезни кишечника.**

- Язвенный колит, болезнь Крона неспецифического характера (сокращенно — ВЗК);

- Какие-либо болезни, которые приводят к нарушению движения содержимого кишечника (моторная дискинезия, синдром раздраженного кишечника, последствия стволовой ваготомии и так далее);

- Доброкачественные опухоли прямой кишки (аденомы и полипы).

#### **К предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:**

- опухоли аноректальной области;
- полипы (аденоматозные, ворсинчатые);
- полипоз диффузный (семейно-наследственный);

- хронические проктиты, (хронический неспецифический колит), болезнь Крона;
- трещины, свищи, кондиломы - аноректальные.

Геморрой не вызывает рак. Среди населения есть мнение, что геморрой является фактором риска рака прямой кишки. Это заблуждение. Так как геморроидальные узлы не являются частью слизистой, они не могут непосредственно влиять на эпителий кишки. Однако при длительном отсутствии лечения, геморрой приводит к появлению хронического проктита, который является фактором риска.

Полипы.

Выявление полипов играет исключительно важную роль в предупреждении возникновения рака, так как рак толстой кишки чаще всего развивается из полипов. Риск перерождения полипа толстой кишки в рак велик: при полипе размером менее 1 см — 1,1%, 1-2 см — 7,7%, более 2 см — 42%, в среднем — 8,7%.

Если полип еще маленький, его можно выявить только случайно, при обследовании по поводу другой патологии, например, нарушение стула или хронические воспалительные заболевания кишечника. Никак иначе определить появление полипа на начальной стадии невозможно, так как никаких симптомов он не дает. Крупное полиповидное образование проявляется признаками- появление в кале небольшого количества крови и слизи. Кровь как правило имеет алый или красный цвет. Кроме крови в стуле появляется слизь. Крупный полип прямой кишки может ощущаться как инородное тело в кишке и вызывать ложные позывы на стул.

Диффузный полипоз толстой кишки — редкая генетическая болезнь, при которой происходит «ошибка» в делении клеток эпителия кишечника. Встречается с частотой 1:11000. Всегда переходит в рак за 5-10 лет от появления первого симптома;

Клинические проявления обнаруживаются уже в первые годы и даже в первые месяцы жизни ребенка. **ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЙ ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ** выявляется обычно у подростков 15 — 16 лет.

Хроническое воспалительное заболевание кишечника (язвенный колит и болезнь Крона) считается предраковым заболеванием кишечника.

Типичными симптомами при ВЗК являются спастические боли в животе, диарея, примесь крови в стуле.

Однако все вышеперечисленные симптомы могут также быть проявлениями и других желудочно-кишечных заболеваний, например, инфекционного гастроэнтерита, заболеваний желчного пузыря, панкреатита, язвы желудка, синдрома раздраженного кишечника (СРК) и колоректального рака. Частью процесса диагностики является исключение этих заболеваний, для чего следует начать с составления анамнеза и проведения обследования пациента.

Анальная трещина представляет собой дефект слизистой прямой кишки, который чаще всего располагается по задне-срединной линии анального канала. Среди всех заболеваний прямой кишки данная проблема встречается в 10-20% случаев, проявляется у лиц среднего возраста, с равной частотой, как у женщин, так и у мужчин.

Анальные остроконечные кондиломы, или по-другому аногенитальные бородавки, являются по своей сути вирусной инфекцией, связанной с заражением — вирусом папилломы человека. Вирус в организме есть у многих, а анальные кондиломы в заднем проходе далеко не у всех, и здесь играют важную роль следующие провоцирующие факторы:

- переохлаждение;
- пагубные привычки — алкоголь, курение, наркотики;
- хроническое недосыпание и усталость; эмоционально насыщенные и стрессовые ситуации;
- недостаток витаминных компонентов; слабая иммунная система.

### **ОПУХОЛИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.**

Злокачественные поражения ануса и перианальной области встречаются значительно реже, по сравнению с аденокарциномами прямой кишки. К ним относятся плоскоклеточный рак, базалиома, аденокарцинома, исходящая из анальных протоков или из длительно существующих свищей, болезнь Боуэна и экстрамаммарная перианальная форма болезни Педжета. В этой области может также возникать злокачественная меланома.

#### **Диагностика заболевания.**

Рак прямой кишки диагностируется с помощью простых методов, пальцевое и эндоскопическое исследование прямой кишки.

**Существует ли на сегодняшний день реальная возможность диагностировать рак на ранних этапах или предотвратить его?**

Если предположить, что раковые опухоли развиваются из доброкачественных, часто бессимптомных, аденоматозных полипов, можно считать, что удаление таких полипов есть единственный на данный момент метод профилактики колоректального рака. Выявление этих полипов возможно только при тотальной колоноскопии, которую первый раз следует выполнить у всех практически здоровых людей при достижении 40-50 лет. Если первая профилактическая колоноскопия не выявляет патологических изменений в толстой кишке, ее следует повторить через 3 года, а затем через 5 лет.

#### **Литература:**

1. «Амбулаторные проктологические операции». // «Международный медицинский журнал». - 1998, №5,- 430-432с.

2. «Развитие амбулаторной проктологической помощи» // «Проблемы колопроктологии». М., -1998, Вып.10, - 109-111с.
3. «Экономическая эффективность проктологических операций, выполняемых в поликлинике и в стационаре одного дня» // «Актуальные вопросы колопроктологии». Материалы науч. конференции. Иркутск. 1999.
4. Аминев А. М. «Амбулаторная колопроктология». М.: Медицина, 1964. -210 с.
5. Барт Б.Я., Манукян Л.М., Акимова Л.Г. «Дневные стационары поликлиники эффективная форма оказания медицинской помощи населению» // Терапевтический архив. - 1997. - №1. - С.9-11.
6. Благодарный Л. А. «Клинико-патогенетическое обоснование выбора лечения геморроя»: Дисс. канд. мед. наук. Москва, 1999. — 280 с.
7. Болтенко Н. Н., Лабзовская А.Г. «Организация работы дневного стационара в городской поликлинике» // Здравоохранение Российской Федерации- 1999 - №2. – 50с.
8. Ванин А.И., Гуленков С.И. «Удаление полипов толстой кишки в поликлинике» // Клинический вестник- 1995 - №4. – 47с.
- 9.Хлебникова В. В. «Роль дневных стационаров в оптимизации системы здравоохранения» // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им Н.А. Семашко — 1999 тематический выпуск - 131-135с.
10. Шабров А.В., Лапин В.В. «Преемственность ведения больных в стационарной и амбулаторной практике» // «Ведущие аспекты диагностики и лечения в условиях современной клинической больницы: материалы 1-й научно-практической конференции»-1997-90с.
11. Воробьев Г.И., Пересада И.В., Филон А.Ф. «Результаты трансанального эндохирургического удаления ранних форм рака прямой кишки» // Колопроктология - 2010 - № 3 - 21-29с.
12. «Клиническая оперативная колопроктология»: Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. - М.: ГНЦ проктологии, 1994 -432 с.
13. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М., 2014 - 80 с.
14. TNM: Классификация злокачественных опухолей / под ред. Л.Х. Собина и др.; пер. с англ. и научн. ред. А.И. Щеголев, Е.А. Дубова, К.А. Павлов. - М.: Логосфера, 2011 - 304 с.