

1. Методы оперативного лечения рака прямой кишки в зависимости от локализации первичной опухоли.

Основным методом лечения рака прямой кишки является хирургический.

Принципы радикальной операции:

➤ дистальный и проксимальный края резекции кишки должны быть на достаточном расстоянии от опухоли, чтобы при микроскопическом исследовании они не содержали опухолевых клеток; расстояние от дистального края пересечения кишки до нижней границы опухоли должно быть не менее 2 см;

➤ вместе с опухолью должны быть удалены все регионарные лимфатические узлы.

Характер и объём хирургического вмешательства зависят от ряда факторов, важнейшими из которых являются локализация опухоли, степень распространенности процесса, наличие или отсутствие осложнений основного заболевания, анатомические особенности дистального отдела толстой кишки.

-Чрезбрюшная (передняя) резекция прямой кишки показана при расположении нижнего полюса опухоли в 7–8 см от анального кольца и проксимальнее.

-Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и формированием колоанального анастомоза показана при расположении нижнего полюса опухоли в 5–6 см от анального кольца.

-При низколокализованном раке прямой кишки и невозможности выполнения сфинктеросохраняющей операции показана экстирпация прямой кишки.

-Операция Гартмана является вынужденным хирургическим вмешательством, связанным с осложнением опухолевого процесса (кишечная непроходимость, перфорация опухоли и т.п.), а также наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний, отягощающих состояние больного.

-При распространении опухоли прямой кишки на соседние органы и ткани показано выполнение комбинированных операций, а при наличии солитарных и единичных метастазов (в печени, легких, яичниках и т.д.) – одномоментное или отсроченное их удаление.

Критерием радикально выполненной операции является гистологическое заключение об отсутствии злокачественного роста:

- в дистальном и проксимальном краях резекции кишки;
- по окружности резецированного сегмента кишки (периферический клиренс).

При нерезектабельных опухолях прямой кишки и (или) множественных метастазах в отдаленных органах по показаниям необходимо формирование колостомы.

2. Дифференциальная диагностика и методы исследования рака прямой кишки

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ (АЛГОРИТМ):

- общий анализ крови, общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, билирубин, глюкоза);
- группа крови и резус-фактор;
- ЭКГ;

- коагулограмма (по показаниям);
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия с биопсией опухоли;
- ирригоскопия;
- рентгенологическое исследование легких;
- ультразвуковое исследование печени, забрюшинного пространства, таза;
- трансректальное ультразвуковое исследование малого таза (по показаниям);
- компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза (по показаниям);
- другие исследования (колоноскопия, гастроскопия, лапароскопия и т.д.) и консультации специалистов (гинеколог, уролог и др.) по показаниям.

3. Дифференциальная диагностика рака прямой кишки.

1) **хр. Неспец язвен проктит**- тяжелое, прогностически неблагоприятное заболевание, причинами которого являются, с одной стороны, бактериальная инфекция, с другой - различные химические и физические раздражители. Болезнь развивается иногда медленно, иногда быстро, сопровождаясь болями, тенезмами, частым жидким стулом с большим количеством слизи и незначительной примесью крови. Основную роль в диагностике играет ректороманоскопия. При этом слизистая оболочка представляется резко гиперемированной, отечной, с обилием слизи и множественными изъязвлениями то большей, то меньшей глубины. При хроническом течении болезни по краям язвы и в отдалении от них появляется реактивное разрастание слизистой оболочки типа ложных полипов. Очаги деструкции превращаются в трофические язвы, не склонные к заживлению. Вся стенка кишки становится регидной, инфильтрированной. Для исключения малигнизации проводится копрологическое исследование кала, цитологическое и гистологическое исследование материалов из очага поражения.

2. **Туберкулез прямой кишки** встречается в виде инфильтрирующей, язвенной или гиперпластической формы. Заболевание чаще носит вторичный характер и наблюдается при далеко зашедшей форме туберкулеза легких. Ректороманоскопически язвенная форма туберкулеза представляется в виде единичных или множественных язв. Более трудной в дифференциальной диагностике является гиперпластическая форма туберкулеза, представляющаяся в виде единичного очага, характеризующаяся резким утолщением всех слоев кишечной стенки за счет усиленной пролиферации в них соединительной ткани. При ректороманоскопии эти изменения часто принимаются за раковый процесс. В этих случаях необходимо проводить реакцию Манту и биопсию из подозрительного участка.

3. **Меланобластома** представляет собой злокачественную опухоль, локализирующуюся почти всегда в аноректальной области. Она имеет вид экзофитной опухоли, выступающей из-под слизистой оболочки нижней части ампулы, анального канала или кожи ано-перинеального отдела. Большей частью опухоль имеет вид округлой формы с мелкобугристой поверхностью, черновато-буроватого, иногда синеватого, а при отсутствии пигмента розового цвета. Клинически проявляется ощущением инородного тела в прямой кишке, затрудняющего дефекацию, зачастую даже выпадая при этом. При ее изъязвлении наблюдается кровотечение. Диагноз устанавливается при помощи анализа мочи на меланурию (реакция Якиша), взятием мазка-отпечатка, а также гистологическим исследованием опухоли после ее широкого иссечения в пределах здоровой ткани или экстирпации прямой кишки.

4. Трещина заднего прохода представляет собой небольшую узкую щель с язвенным дном, расположенную между двумя анальными складками заднего прохода, чаще всего в задней средней линии. Вследствие местных неблагоприятных условий, постоянного раздражения каловыми массами, судорожного сокращения сфинктера, трещина превращается в хроническую язву. При этом наряду с кровянистыми или сукровичными отделениями присутствуют жгучая боль при акте дефекации и анальный зуд. Для дифференциальной диагностики от рака проводят цитологическое исследование соскоба или гистологическое исследование биопсийного материала из очага поражения.

5. Осложненные формы хронического геморроя, под которым мы понимаем варикозное расширение вен нижнего отдела прямой кишки с воспалительными изменениями слизистой оболочки над ними, тромбофлебитом варикозно расширенных геморроидальных вен, развившихся в результате инфекции, которые проявляются выпадением, ущемлением, изъязвлением, кровотечением и развитием парапроктита и параректальных свищей. Основанием для исключения рака является наличие в анамнезе появления крови в конце акта дефекации, периодическое появление и исчезновение геморроидальных узлов, сопровождаемое иногда ущемлением или кровотечением. Окончательный диагноз устанавливают после специального обследования прямой кишки.

3. Ситуационная задача: У курильщика 55 лет усилился сухой кашель, появилась одышка, в левой надключичной области прощупывается плотный лимфатический узел 2 x 2 см. Ваш предварительный диагноз и тактика?

Ответ; ***Рак легкого***