

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4

1. Предопухолевые заболевания. Понятие об облигатном и факультативном предраке. Выявление предраковых заболеваний.

Предрак, или предраковое заболевание, - состояние, которое переходит в рак с большей степенью вероятности, чем в основной популяции. Однако наличие предракового фона еще не говорит о том, что он с фатальной неизбежностью перейдет в рак. Малигнизация при состоянии, именуемом предраком, наблюдается в 0,1-5%.

К предраку относят предраковые состояния - **факультативный предрак** и предраковые условия - **облигатный предрак**. К раннему раку относят прединвазивный рак, или carcinoma in situ, и ранний инвазивный рак - микрокарциному. Таким образом, при ранней онкологической патологии можно выделить 4 последовательные фазы морфогенеза рака: I - предраковые состояния - факультативный предрак; II - предраковые условия - облигатный предрак; III - прединвазивный рак - carcinoma in situ и IV - ранний инвазивный рак.

К / фазе предрака - предраковым состояниям, или факультативному предраку, - следует отнести различные хронические заболевания, сопровождающиеся дистрофическими и атрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов, дисрегенераторные процессы и метаплазию приводящих к возникновению очагов пролиферации клеток, среди которых может возникнуть очаг опухолевого роста.

II фаза предрака - предраковые условия, или облигатный предрак. К ней относят дисплазию (dys - нарушение, plasis - образование), которая всегда возникает в недрах дисрегенераторного процесса и сопровождается недостаточной и неполной дифференцировкой стволовых элементов ткани, нарушениями координации между процессами пролиферации и созревания клеток.

2. Клиника и диагностика рака прямой кишки.

В клинической картине рака прямой кишки различают четыре группы симптомов, наиболее характерных для данного заболевания.

Самым частым и постоянным симптомом рака прямой кишки является кровотечение чаще всего они встречаются в виде примеси или крови в кале, либо темных сгустков, не постоянны. В отличие от кровотечения из геморроидальных узлов, при раке кровь предшествует стулу или перемешана с калом. При геморрое алая кровь обычно выделяется в конце акта дефекации, покрывая сверху каловые массы. Как правило, профузных кровотечений не бывает и анемия у больных чаще выявляется в поздних стадиях заболевания. При раке прямой кишки из заднего прохода наряду с кровью выделяется слизь и гной. Этот симптом обычно появляется в более поздних стадиях заболевания и обусловлен наличием сопутствующих ректита, проктосигмоидита, распада опухоли с перифокальным воспалением.

Вторым по частоте симптомом рака прямой кишки являются различные виды расстройства функций кишечника: изменение ритма дефекации, формы кала, понос, запор и недержание кала и газов. Наиболее тягостны для больных частые ложные позывы на дефекацию (тенезмы), сопровождающиеся выделениями небольшого количества крови, слизи и гноя. После дефекации больные не испытывают удовлетворения, у них остается ощущение инородного тела в прямой кишке. Ложные позывы могут наблюдаться от 3-5 до 10-15 раз в сутки. По мере роста опухоли, особенно при стенозирующем раке верхних отделов прямой кишки, запор становится более упорным, клинически у больных определяется вздутие живота, особенно в левой подвздошной области. Вздутие и урчание проходят после отхождения газов и каловых масс. Вначале эти симптомы носят перемежающийся характер, затем они становятся постоянными. Вследствие дальнейшего роста опухоли и присоединения воспалительных изменений наступает частичная или полная низкая кишечная непроходимость. При этом у больных наблюдаются схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся задержкой газов и стула, периодически возникает рвота. Болевые ощущения у больных раком прямой кишки появляются при местном распространении опухоли, особенно при переходе его на окружающие органы и ткани. Лишь при раке аноректальной локализации, из-за вовлечения в опухолевый процесс зоны сфинктера прямой

кишки, боли являются первым симптомом заболевания в ранней стадии. При этом больные стремятся садиться только на одну половину ягодицы — «симптом табуретки».

Нарушение общего состояния больных (общая слабость, быстрая утомляемость, анемия, похудание, бледность покровов) обусловлено ежедневными потерями крови, а также опухоловой интоксикацией на более поздних стадиях заболевания.

ДИАГНОСТИКА

♦ **Клинические методы:** сбор жалоб, анамнез заболевания, в том числе семейный, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки ректальным зеркалом.

♦ **Эндоскопические методы** — ректороманоскопия с биопсией, взятием мазков для цитологического исследования. По показаниям фиброколоноскопия — для исключения сопутствующих полипов или первично-множественного поражения вышележащих отделов ободочной кишки.

♦ **Морфологические методы** — гистологический и цитологический. Материал может быть получен при эндоскопическом исследовании прямой кишки.

♦ **УЗИ и компьютерная томография** — для диагностики распространенности опухоли на соседние органы, определения метастазов в органах брюшной полости (печени) и в забрюшинных лимфатических узлах и коллекторах.

♦ **Радиоизотопная диагностика** — сканирование печени — для распознавания гематогенных метастазов, а также в лимфатических узлах с помощью радионуклидного исследования радиофармпрепаратами (^{99m}Tc , пирфотекс, технефор).

♦ **Рентгенологическая диагностика** — ирригография, обзорная рентгенография брюшной полости — для исключения сопутствующей патологии, полипов и первично-множественных опухолей вышележащих отделов толстой кишки. Основные рентгенологические симптомы: дефект наполнения просвета кишки, отсутствие складок, ригидность контура кишки, депо бария или симптом «ниши».

♦ **Лабораторная диагностика** — общие анализы крови и мочи, биохимические анализы, анализ кала на скрытую кровь (бензидиновая, гваяковая, пирамидоновые пробы, экспресс-тесты). Бензидиновая проба проводится следующим образом. На мазок кала в чашке Петри, лежащий на белом фоне, наносят 2-3 капли раствора бензидина и столько же перекиси водорода. При положительной реакции появляется зеленое или синее окрашивание. Если окраска не развивается или появляется позже 2 мин, то проба считается отрицательной. Бензидиновая проба является наиболее чувствительной и дает положительный результат с разведением крови 1:100 000-1:250 000. Гваяковая проба также используется для определения скрытой крови в кале. На небольшое количество кала в виде мазка наносят по 2-3 капли ледяной уксусной кислоты, настойки гваяковой смолы и перекиси водорода. В присутствии крови появляется сине-зеленое или фиолетовое окрашивание. Проба с гваяковой смолой дает положительный результат с разведениями крови 1:50 000. Пирамидоновая проба выполняется следующим образом. Небольшой объем кала разводят в 4-5 мл воды и фильтруют. К фильтрату добавляют равный объем раствора амидопирина и по 10-12 капель уксусной кислоты и перекиси водорода. В присутствии крови появляется сине-фиолетовое окрашивание. Проба с амидопирином по чувствительности занимает промежуточную позицию между бензидиновой и гваяковой пробами.

♦ **Лапароскопия** — для диагностики метастазов в печени, по брюшине.

♦ **Дополнительные методы** — обследование мочевых путей, гениталий — для исключения прорастания опухоли во влагалище, предстательную железу, мочевой пузырь.

♦ **Лапаротомия** — окончательный диагностический этап, позволяющий определить распространенность опухолевого процесса и возможность выполнения радикального или паллиативного оперативного вмешательства.

3. Роль предопухолевых заболеваний в возникновении рака желудка.

К предраковым состояниям желудка относятся:

Хронический гастрит различной этиологии, в том числе аутоиммунный типа А, сопровождающийся пернициозной анемией;

Аденоматозные полипы желудка;
Хронические язвы желудка;
Оперированный желудок;
Болезнь Менетрие.

К предраковым изменениям относят дисплазию (облигатный предрак).

В группу риска развития РЖ следует отнести пациентов, страдающих хеликобактериозом.

Предраковый характер носит и болезнь Менетрие (опухольсимулирующий гастрит). В 8—40% случаев рак желудка возникает на фоне этого заболевания.

Язвенная болезнь желудка — распространенное заболевание и вопрос о злокачественной трансформации язв желудка остается предметом постоянных дискуссий. Замечено, что вероятность малигнизации язвы желудка зависит от ее локализации и размеров. Так, считается, что вероятность малигнизации (озлокачествления) язвы желудка большой кривизны (встречающейся, однако, крайне редко) составляет 100%. Риск малигнизации язвы диаметром более 2 см значительно выше, чем язвы меньшего размера. Окончательный вывод можно делать только после морфологического исследования биопсийного материала.

К предопухоловой патологии желудка следует относить и **полипы желудка**, особенно группу аденоматозных образований более 2 см, возможность малигнизации которых довольно высока — 75%.

Аденоматозные полипы считают предраковым заболеванием толстой кишки. Они возникают в результате продуктивного воспалительного процесса (гиперпластические или регенераторные полипы) или являются доброкачественными новообразованиями (железистые или аденоматозные полипы). Гиперпластические полипы встречаются значительно чаще аденоматозных, но опасность их малигнизации (озлокачествления) сомнительна.

Аденоматозные полипы чаще локализуются в прямой кишке, затем в убывающем порядке следуют сигмовидная, слепая и нисходящая ободочная кишка. Размер их варьирует от нескольких миллиметров до 3-4 см и более. С увеличением размера полипов, их ворсистости и степени дисплазии повышается вероятность злокачественного перерождения.

Различают одиночные, множественные полипы и диффузный полипоз.

Облигатным предраком ободочной кишки является **диффузный полипоз**, при котором почти в 100% случаев развивается рак. Заболевание передается по наследству, малигнизация наступает в молодом возрасте. Лечение полипоза оперативное. В зависимости от объема поражения производят резекцию кишки или субтотальную колэктомия. При одиночных полипах на узком основании возможна их эндоскопическая электроэксцизия. В дальнейшем через каждые 6 месяцев производят фиброколоноскопию с электрокоагуляцией вновь возникших полипов.

Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона считают факультативным предраком. Они подлежат консервативному лечению.

Среди факторов, способствующих развитию рака желудка, называются особенности диеты и факторы окружающей среды, курение, инфекционный и генетический факторы.