

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Республики Крым
«Керченский медицинский колледж имени Г.К.Петровой»

ЛЕКЦИЯ

«Опухоли пищеварительной системы»

2019

План лекции

1. Рак пищеварительной системы, как социально значимая проблема
2. Предрасполагающие факторы. Группы риска.
3. Клинические проявления рака пищеварительной системы.
4. Диагностика и дифдиагностика. Зоны метастазирования.
5. Принципы лечения и сестринского ухода за пациентами с опухолями пищеварительной системы.

Рак пищевода.

Рак – самое распространенное заболевание пищевода. В структуре онкологической заболеваемости в России занимает 6-7 место, обуславливает 5% смертности среди всех больных злокачественными опухолями. Заболевают чаще мужчины в возрасте 50-60 лет.

Наиболее часто рак развивается в среднегрудном отделе пищевода (60 %), в нижнегрудном и брюшном отделах он встречается в 30 %, в верхнегрудном – в 10 %. В шейном отделе пищевода рак развивается крайне редко.

Рак пищевода преобладает на территориях, где население предпочитает употребление в пищу горячей жирной пищи горячих напитков, острых приправ, грубых сушеных и мороженых мясных и рыбных продуктов, травмирующих слизистую оболочку пищевода и поддерживающих длительное течение его хронических воспалительных заболеваний. Одним из факторов, ведущих к возникновению рака пищевода являются рубцовые сужения после химических ожогов. Предраковыми заболеваниями считаются полипы и папилломы пищевода, атрофия слизистой оболочки, длительно незаживающие пептические язвы пищевода.

По клиническому проявлению рак пищевода может иметь форму роста:

- экзофитную (в виде полипа, экзофитную с изъязвлением),
- эндофитную (инфильтративную);
- смешанную (язвенно-инфильтративную).

Клиническая картина складывается из общих и местных симптомов, зависящих от поражения самого пищевода и окружающих органов.

Первые симптомы рака пищевода – дисфагия и боль при глотании. К сожалению, дисфагия часто свидетельствует о том, что болезнь уже достаточно распространена, опухоль достигла значительных размеров и перекрывает примерно 75 % просвета пищевода.

Среди других симптомов отмечают загрудинные боли, регургитацию, усиленное слюноотделение, осиплость голоса, неприятный запах изо рта, снижение массы тела, слабость.

Осложнения рака пищевода: тяжелые медиастиниты, трахео- и бронхопищеводные свищи, кровотечения, плевриты и др., которые приводят к смерти.

Диагностика рака пищевода основана на рентгенологическом и эндоскопическом обследовании с обязательным забором материала для цитологического и гистологического исследования.

Для исключения возможных отдаленных метастазов обязательно используют ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Классификация по стадиям.

1 стадия - небольшая опухоль или язва, локализуемая в толще слизистой оболочки или прорастающая в подслизистый слой. Метастазов в лимфатических узлах нет.

11 стадия – опухоль или язва, обуславливающая выраженное сужение просвета пищевода, но не прорастающая его стенки. Имеются одиночные регионарные метастазы.

111 стадия – обширная опухоль или язва, занимающая большую часть окружности пищевода и суживающая его просвет почти до полной потери проходимости. Метастазы в регионарные лимфоузлы.

1У стадия - опухоль, вышедшая за пределы пищевода или вызвала его прободение в одну из соседних полостей с образованием свища. Неподвижные метастазы в регионарных лимфоузлах и отдаленных органах.

Лечение рака пищевода.

1. Хирургический – радикальный (10%) и паллиативный.
2. Комбинированный – лучевая терапия в сочетании с хирургическим методом.
3. Химиотерапия применяется чаще всего при генерализации процесса.

Рак желудка.

Рак желудка одна из самых частых форм онкологических заболеваний. В России находится на втором месте в структуре заболеваемости мужчин и на третьем месте в структуре заболеваемости женщин.

Причина рака желудка неясна. Выделяют многочисленные факторы, предрасполагающие к развитию рака.

Облигатными предраками являются: каллезная язва желудка, полипы, полипоз желудка.

К факультативным предракам относят хронический атрофический гастрит, болезнь оперированного желудка.

Среди факторов риска выделяют курение, употребление алкоголя, высококалорийную пищу, пряные и острые приправы и пр..

Выделяют три формы роста опухоли:

- экзофитную (полипообразная, грибовидная, блюдцеподобная или чашеподобная, бляшкообразная с изъязвлением или без него);
- эндофитную (язвенно-инфильтративная, диффузная);
- смешанную.

Клиника – долгое время рак желудка протекает бессимптомно. Первые признаки заболевания проявляются тогда, когда опухоль разрастается до такой степени, что начинает препятствовать нормальной деятельности желудка (уменьшение емкости и эвакуации содержимого). В это время появляются умеренно прогрессирующие признаки дискомфорта в желудке, неопределенные боли, гипохромная анемия, потеря веса и аппетита. При опухоли кардии наблюдается нарушение проходимости (дисфагия) в виде преходящих, а затем постоянных явлений после приема любой пищи. Снижение секреторной функции желудка приводит к брожению пищевых масс, застойным явлениям, дискомфорту и отрыжке с неприятным запахом. При опухолях в теле и дистальном отделе желудка уменьшается объем его и при приеме даже очень малого количества пищи ощущается его переполнение.

Для всех локализаций рака желудка характерно постепенное развитие астено-депрессивного синдрома (симптомы интоксикации – малые признаки по А.И. Савицкому):

- 1) появление немотивированной слабости, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость;
- 2) психическая депрессия, потеря интереса к окружающему, радости жизни и труду, апатия и отчужденность;
- 3) стойкое снижение аппетита, вплоть до отвращения к пище;
- 4) явления «желудочного дискомфорта», недовольство от принятой пищи, чувство переполнения желудка, тяжести, распирающего или болезненности в подложечной области;
- 5) прогрессирующее похудание, анемия.

При клиническом обследовании может быть обнаружена пальпируемая опухоль в проекции желудка. В левой надключичной области проводят исследование на выявление метастатических узлов (метастаз Вирхова). У некоторых больных в малом тазу при глубокой пальпации могут обнаруживаться имплантаты в жировую клетчатку Шнитцлера (при бимануальном ректовагинальном или ректальном исследовании) или в околопупочную (метастаз Джозефы).

Лабораторно можно обнаружить пониженную кислотность, малокровие, скрытую кровь в кале.

Для диагностики распространения опухоли в желудке и за его пределами используют рентгенологические методы с двойным контрастированием. Обязательна ФГС со взятием биопсии.

Для исключения (подтверждения) метастатического поражения печени, поджелудочной железы обязательно УЗИ и сканирование.

Следует помнить:

- ФГС без прицельной биопсии с 3-4 участков и проведения гистологического и цитологического исследования при язве желудка, хроническом гастрите нельзя считать полноценным методом;
- если язва желудка не заживает в течение 6 недель, необходима повторная биопсия.

Осложнения рака желудка связаны с ростом и распадом опухоли.

Возможны следующие осложнения:

- 1) кровотечение – может быть обильным при распаде опухоли;
- 2) перфорация стенки желудка с развитием разлитого перитонита;
- 3) стеноз привратника – при развитии опухоли в пилорическом отделе желудка;
- 4) раковый сепсис и кома – в терминальной стадии болезни;
- 5) тромбоз бедренной вены.

Клиническая классификация по системе TNM.

T1 - опухоль инфильтрирует слизистую и подслизистую оболочку;

T2 - опухоль инфильтрирует мышечную или серозную оболочку;

T3 - опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры;

T4 - опухоль распространяется на соседние структуры (селезенку, ободочную кишку, печень, диафрагму, брюшную стенку, почку, надпочечник, тонкую кишку, забрюшинное пространство).

N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 - имеются метастазы в перигастральных лимфатических узлах не далее 3 см от края опухоли;

N2 - имеются метастазы в лимфатических узлах, расположенных вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной или чревной артерий.

M0 - нет признаков отдаленных метастазов;

M1 - имеются отдаленные метастазы.

Лечение рака желудка представлено хирургическим, комбинированным и комплексным методами.

Показанием для хирургического лечения является установление диагноза операбельного рака желудка и отсутствие общих противопоказаний к операции. Типичными радикальными операциями являются: дистальная субтотальная резекция желудка, проксимальная субтотальная резекция желудка и гастрэктомия.

Комбинированный метод включает сочетание операции с лучевой терапией, которая может использоваться до операции, во время ее или в послеоперационном периоде.

Комплексный метод лечения рака желудка (для предотвращения развития рецидивов и метастазов) включает, кроме выше перечисленного, химиотерапевтические препараты.

При неоперабельных формах рака желудка для уменьшения клинических симптомов применяют паллиативные операции: гастроэнтероанастомоз, эзофагогастроанастомоз, гастростомия, реканализация опухоли с помощью лазера. Огромное значение в лечении этой категории больных имеет психотерапия. На каждом этапе болезни необходимо поддерживать веру пациента в выздоровление, стараясь максимально улучшить качество их жизни.

Рак ободочной и прямой кишки.

Колоректальный рак в последние десятилетия имеет тенденции к росту. Болеют обычно люди в возрасте от 50 до 70 лет, одинаково часто как мужчины, так и женщины.

Важнейшим фактором развития рака толстой кишки является характер питания – употребление в пищу большого количества мяса, животного жира, рафинированных углеводов и малого количества клетчатки.

Большая роль в возникновении рака ободочной кишки принадлежит предраковым заболеваниям: полипы и полипоз толстой кишки, ворсинчатые опухоли, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

Значительную роль играет генетическая предрасположенность. Риск развития рака толстой кишки у лиц, родственники которых страдали этим заболеванием, приблизительно в три раза выше.

К факторам риска можно отнести уменьшение физической активности, влияющей на моторику кишки, и запоры, связанные с хроническим заболеванием кишечника.

Клиника рака ободочной кишки зависит от локализации, типа и протяженности поражения, а также от осложнений.

Локализация в правой половине ободочной кишки приводит к нарушению функции всасывания, что клинически проявляется нарушением питания. Восходящая ободочная кишка имеет большой просвет, тонкую стенку и жидкое содержимое, поэтому опухоль достигает больших размеров, прежде чем вызовет кишечную непроходимость. Карциномы при этой локализации обычно грибовидные. Опухоль больших размеров можно пропальпировать через брюшную стенку. Кровотечение, как правило, скрытое.

Просвет нисходящей ободочной кишки меньше, фекалии полутвердые. Рак здесь имеет тенденцию охватывать кишку по окружности, проявляясь симптомами частичной или полной кишечной непроходимости.

Инфильтративные опухоли чаще вызывают явления непроходимости, чем экзофитные опухоли, располагающиеся на одной из стенок кишки.

Боли в животе отмечаются у 80 – 90 % больных. Одинаково часто они возникают при локализации опухоли в правой и левой половине ободочной кишки (связаны с переходом воспалительного процесса на брюшину). Сначала боли тупые, тянущие, но с развитием кишечной непроходимости становятся схваткообразными и интенсивными.

Кишечный дискомфорт проявляется потерей аппетита, отрыжкой, тошнотой, чувством тяжести в эпигастрии, иногда рвотой.

Наблюдаются кишечные расстройства: поносы, запоры, чередование поносов и запоров, урчание в животе, вздутие живота. В кале примесь крови, гноя, слизи.

Нарушения общего самочувствия связаны с интоксикацией и проявляются чувством недомогания, повышенной утомляемостью, слабостью, похуданием, анемией, лихорадкой. Чаще эти симптомы встречаются при раке правой половины ободочной кишки.

У некоторых больных единственным клиническим проявлением заболевания является наличие пальпируемой опухоли. Иногда больные сами ее и обнаруживают.

Клиника рака прямой кишки на ранних стадиях может отсутствовать. Одним из первых признаков заболевания является чувство неполного опорожнения кишечника.

Кровянистые выделения из прямой кишки появляются независимо от локализации опухоли в ампуле кишки. Примесь крови в виде прожилок обволакивает каловые массы. Нередко при дефекации вначале выходит небольшое количество крови, а затем кал с примесью крови. Если рак развивается из ворсинчатой опухоли, то в кале присутствует слизь.

У многих больных изменяется ритм и регулярность испражнений, появляются спазмы кишечника и запоры или тенезмы и поносы с

выделением зловонного гноя и слизи. Иногда первыми симптомами является изменение формы кала – он становится лентовидным.

Боли при раке прямой кишки постоянные (иногда схваткообразные), локализуются внизу живота, в крестцово-копчиковой области, в области заднего прохода, могут быть в области поясницы.

У некоторых больных (опухоль анального отдела, приводя к разрушению сфинктера) наблюдается недержание газов и кала.

Общие симптомы рак прямой кишки: анемия, слабость, похудание, гипертермия – появляются в поздние сроки заболевания.

Для диагностики рака толстой кишки используется комплекс клинических, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых и лабораторных методов исследования.

Клиническая классификация по системе TNM.

T1 - опухоль инфильтрирует подслизистую основу;

T2 - опухоль инфильтрирует мышечную оболочку;

T3 - опухоль инфильтрирует серозную оболочку или ткани, прилежащие к перитонизированным участкам ободочной и прямой кишок;

T4 - опухоль распространяется на другие органы и/или прорастает висцеральную брюшину.

N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 - метастазы в 1 – 3 регионарных лимфатических узлах;

N2 - метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах.

M0 - нет признаков отдаленных метастазов;

M1 – имеются отдаленные метастазы.

Основной метод лечения колоректального рака – хирургический (правосторонняя или левосторонняя гемиколонэктомия). Его могут дополнять химиотерапия и лучевой метод. При нерезектабельном раке прямой и ободочной кишок накладывают колостому.

Пятилетняя выживаемость у больных с колоректальными раками с I стадией процесса независимо от метода лечения превышает 80 %, со II стадией при хирургическом лечении – 60-70 %, с III стадией при хирургическом лечении – 30-40 %, при комбинированном лечении – 40-50 %.