**Лекция:**  **Опухоли желудочно-кишечного тракта(рак пищевода, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы)**

**План**

1. Рак пищевода

2. Рак желудка

3.Рак кишечника

4. Рак печени

5. Рак поджелудочной железы

**Основные понятия:** Фиброма, кератоакантома, себорейная бородавка, ангиома, липома, пигментный невус, папиллома, болезнь Боуэна.

**Тип занятия:** Лекция

**Место проведения:** кабинет лечебного дела

**Время:** 90 минут, 2 академических часа

**Оснащение:** ЭОР, рабочая тетрадь для студентов, задачи, тесты, курс лекций.

**Цель занятия:** формирование профессиональных теоретических навыков при диагностике опухолей кожи, губы, гортани

**ОК 1-13.**

**ПК1.1., ПК 1.2. ПК.1.3., ПК.1.6., ПК.1.7.**

**Рак пищевода**

Рак пищевода —онкологическое заболевание пищевода,составляет значительную часть от всехзаболеваний этого органа. Основными

симптомами этого заболевания являются: прогрессивное нарушение глотания (сначала твёрдой пищи, потом жидкой) и непреднамеренное снижение массы тела. У заболевания плохой прогноз.

Этиология и патогенез

К общепризнанным факторам риска развития рака пищевода относятся:

1) курение табака;

2) употребление алкоголя;

3) особенности питания (прием горячей пищи и жидкостей, еда всухомятку, употребление отрубей или проса с высоким содержанием кремнезема, пища с высоким содержанием танина, низкое содержание витаминов, особенно группы В);

4) ожирение;

5) синдром Пламмера-Винсона (триада: нарушение глотания, железодефицитная анемия и глоссит);

6) химические ожоги пищевода;

7) ахалазия пищевода;

8) пищевод Барретта- цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода, сопровождающаяся изъязвлением или его стриктурой.

9) тилоз (генетически детерминированный аутосомно-доминантный признак, определяющий развитие ладонно-подошвенного гиперкератоза).

Классификация

а. Плоскоклеточный рак;

b. Аденокарцинома;

с. Мелкоклеточный рак;

d. Аденоакантома;

f. Карциносаркома.

Наиболее частыми морфологическими формами являются плоскоклеточный рак (95%) и аденокарцинома (3%). Крайне редко встречаются, карциносаркома, мелкоклеточный рак и меланома.

Клиническая картина

Рак верхнегрудного и шейного отделов пищевода протекает особенно мучительно. Больные жалуются на ощущение инородного тела, царапанье, жжение в пищеводе во время еды. Позднее появляются симптомы глоточной недостаточности — частые срыгивания, поперхивание, дисфагия, приступы асфиксии.

При раке среднегрудного отдела на первый планвыступают дисфагия, боли за грудиной. Затем появляются симптомы прорастания опухоли в

соседние органы и ткани (трахея, бронхи,блуждающий и симпатический нервы, позвоночник идр.).

Рак нижнегрудного отдела проявляется дисфагией,болью в эпигастральной области, иррадиирующей в левую половину грудной клетки и симулирующей стенокардию.

Степени нарушения проходимости пищевода

0 – дисфагии нет

I – затруднение с проглатыванием твёрдой пищи

II – возможность глотать только жидкость

III – трудности с проглатыванием жидкости

IV – полная дисфагия

Диагностика

Учет анамнеза заболевания, клинической картины и дополнительных методов исследования

Рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода взвесью бария выявляет опухоль, ее локализацию, длину поражения и степень сужения пищевода, изменения в лег ких и плевральных полостях.

Характерные симптомы рака — дефект наполнения, "изъеденные" контуры его, сужение просвета, ригидность стенок пищевода, обрыв складок слизистой оболочки вблизи опухоли, престенотическое расширение пищевода.

Эзофагоскопия показана во всех случаях при подозрении на рак пищевода.

Начальные формы рака могут выглядеть как плотный белесоватый бугорок или полип.

При экзофитных опухолях значительных размеров видна бугри стая масса,

покрытая сероватым налетом. Поверхность опухоли легко кровоточит

при прикосновении.

**Рак желудка** – это злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток внутренней слизистой оболочки желудка. По локализации выделяют опухоли верхних (проксимальных, близких к пищеводу) отделов желудка, средних отделов (тела) желудка и нижних (дистальных, ближе к двенадцатиперстной кишке) отделов, опухоль может распространяться на два и более отдела и приобретать тотальное распространение.

Рак желудка, как и другие злокачественные опухоли, имеет способность прорастать в толщу стенки органа и врастать в прилежащие органы и структуры, а также давать отсевы в ближайшие к органу лимфатические узлы (регионарные метастазы). Рак желудка может распространяться вдоль пищеварительной трубки на пищевод, двенадцатиперстную кишку, а также прорастать в поджелудочную железу, печень, переднюю брюшную стенку, поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку. Опухолевые клетки могут переноситься с током крови в другие органы (печень, легкие, кости и др) и давать рост новых очагов (отдаленные метастазы), а также при прорастании наружной оболочки – рассеиваться по брюшной полости и формировать множественные очаги на брюшине (перитонеальная диссеминация).

**Морфологическая классификация рака**

По строению опухоли желудка могут очень сильно различаться. Строение клеток опухоли определяет ее «гистологический» тип.

Существует несколько вариантов рака желудка:

Аденокарцинома

Этот вид формируется в железистом эпителии желудка. Аденокарцинома, в свою очередь, подразделяется на высоко-(G1), умеренно-(G2), низко- (G3) и недифференцированную(G4). Чем меньше в опухолевой клетке остается черт «нормальной» клетки (предшественницы), тем ниже степень ее дифференцировки (G1->G4). Одной из наиболее агрессивных разновидностей аденокарцином является перстневидноклеточный рак желудка.

Плоскоклеточный рак

Самый нераспространенный тип опухоли. Появляется между слоями железистого эпителия желудка из плоских клеток.

Железисто-плоскоклеточный рак

Опухоль, в которой сочетаются элементы аденокарциномы и плоскоклеточного рака.

Нейроэндокринная карцинома (включая мелкоклеточный рак желудка)

Редкая высоко злокачественная форма рака желудка, которую можно диагностировать при помощи иммуногистохимического исследования. Отличается высоким потенциалом к метастазированию.

Недифференцированный рак

Помимо раковых опухолей в желудке могут встречаться карциноиды – опухоли из клеток диффузной нейроэндокринной системы, расположенных в желудке. Карциноиды представляют собой полиповидные опухоли, часто множественные, и отличаются более доброкачественным течением по сравнению с аденокарциномами. Как все злокачественные новообразования, в развитии рака желудка выделяют 4 стадии:

• Первой стадии процесса соответствует распространенность опухоли не глубже мышечного слоя, возможно наличие МТС в 1-2 регионарных лимфоузлах.

• Вторая стадия характеризуется глубиной инвазии до серозного слоя, но без МТС в регионарных лимфоузлах, либо наличие регионарных МТС с небольшой инвазией опухоли.

• Третья стадия определяется глубокой инвазией и наличием МТС в регионарных лимофузлах.

• Четвертая стадия определяется всегда при наличии отдаленных метастазов (М1).

На ранних стадиях развития рака желудка специфических клиническим симптомов, как правило, не бывает. Пациентов беспокоят ощущение общего дискомфорта в верхнем этаже брюшной полости, чаще всего связанного с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический панкреатит, холецистит, колит), либо с фоновыми воспалительными изменениями в слизистой оболочке желудка. Болевые ощущения в желудке появляются при наличии изъязвления или воспаления с вовлечением глубоких слоев стенки желудка, где имеются нервные окончания, способные воспринять боль. Изъязвление в слизистой оболочке желудка – локальное разрушение слизистой оболочки желудка до глубоких слоев (подслизистого, мышечного), может вызывать болевые ощущения в верхних отделах живота, дискомфорт и тошноту, а в редких случаях вызывать желудочные кровотечения.

Выявление рака желудка на ранних стадиях происходит, как правило, при выполнении эндоскопического исследования либо по поводу неясных ощущений в животе, либо при профилактических осмотрах.

Научные данные свидетельствуют о том, что с момента появления первой раковой клетки до достижении опухолью размером 2 мм в пределах слизистой оболочки проходит от 2 до 7 лет (в зависимости от индивидуального темпа роста опухоли). Ранняя стадия рака желудка занимает период длительностью не менее 5 лет. Следовательно, выявление рака желудка на ранней, излечимой стадии, можно считать основным благоприятным прогностическим фактором в лечении рака желудка.

При достижении опухолью определенных размеров можно выделить условно ряд симптомов: -дискомфорт в верхних отделах брюшной полости, чувство тяжести, невозможность принять обычный объем пищи;

-боли в верхних отделах живота или разлитого характера, умеренной интенсивности, связанные или не связанные с приемом пищи, боли натощак;

-наличие анемии без явных причин также может быть следствием опухолевого процесса в желудке и является показанием к проведению гастроскопии;

- тошнота, эпизодическая рвота съеденной пищей. При сужении опухолью выходного отдела желудка отмечается застой пищи, при присоединении гнилостной флоры появляется специфический запах изо рта, появляется обильная рвота дурно-пахнущим содержимым, накапливающимся в желудке в течение нескольких суток;

-рвота с кровью, черный жидкий стул, резкая слабость и понижение артериального давления свидетельствуют о желудочном кровотечении, причиной которого может быть опухоль желудка;

-затруднение прохождения пищи (дисфагия) развивается при распространении опухоли желудка на пищеводно-желудочный переход и пищевод;

-похудание, слабость могут быть следствие нарушения питания (при сужении просвета желудка) либо свидетельствовать о далеко зашедшем процессе с развитием отдаленных метастазов;

-иногда заболевание впервые проявляется увеличением лимфоузлов надключичной области слева, реже – на шее, либо выявлением на УЗИ малого таза увеличенных, метастатически измененных яичников;

-у молодых пациентов манифестация заболевания может быть сразу в виде появления асцита и кишечной непроходимости вследствие перитонеального канцероматоза.

Причины возникновения и факторы риска

Наличие факторов риска не означает, что рак желудка обязательно вас коснется. Стоит сказать, что отсутствие каких-либо факторов риска тоже не означает, что вы защищены от развития опухолей, ведь возникновение их связано с более сложными механизмами и возможными изменениями в генах.

**Факторы риска настолько многообразны, что проще будет разделить их на группы:**

1. Пищевые факторы (повышенное потребление поваренной соли; диета с высоким содержанием мясных продуктов, приготовленных с использованием соли, копчения, консервантов; пищевые нитраты и нитрозосодержащие компоненты).

2. Инфекционные факторы (инфекцию Helicobacter pylori и вирус Epstein-Barr)

3. Факторы внешней среды и образа жизни (курение табака, ожирение, профессиональные вредности, в т.ч. угольная пыль, лако-красочные работы, производство резины и метталургия)

4. Наследственные факторы (наличие у кровного родственника рака желудка

**Первичная диагностика рака желудка включает в себя:**

• Осмотр врачом, выявление семейного анамнеза, факторов риска рака желудка.

• Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполняют специальным инструментом – гибким эндоскопом, представляющим собой тонкий гибкий шланг с подсветкой и видеокамерой на конце, который вводят через рот в просвет пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Этот метод позволяет прицельно рассмотреть все отделы пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, в том числе при сильном увеличении, с применением различных дополнительных методик для выявления очагов измененной слизистой оболочки и забора материала для биопсии и гистологического/цитологического исследований. Существуют специальные методы окрашивания, прижизненной биопсии, осмотра в специальных режимах, позволяющих сразу заподозрить злокачественное заболевание. Эндоскопическое ультразвуковое исследование позволяет уточнить глубину инвазии опухоли в стенку желудка, рассмотреть ближайшие регионарные лимфатические узлы. В некоторых ситуациях эндоскопию выполняют под наркозом.

• Гистологическое или цитологическое исследование под микроскопом взятых кусочков опухоли (биопсия) позволяет подтвердить диагноз злокачественной опухоли, определить ее гистологический тип, выявить предраковые изменения слизистой оболочки желудка.ли мутации гена CDH1)

Уточняющая диагностика проводится с целью уточнения распространенности опухолевого процесса, наличие метастазов, и соответственно для определения стадии опухоли, включает в себя:

• Рентгенография пищевода и желудка с введением контраста (сульфата бария). Стандартная методика, заключающаяся в том, что больному предлагают выпить контраст, одновременно производя рентгеновские снимки. Метод позволяет выявить опухоль в желудке, места опухолевого сужения, нарушение эвакуации содержимого из желудка, уменьшение просвета желудка при диффузном раке.

• Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, лимфатических узлов шеи, над- и подключичных зон, малого таза. Позволяет обнаружить метастазы в печени, лимфатических узлах, малом тазу, яичниках, выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости. В ряде наблюдений при соблюдении методики удается визуализировать опухоль непосредственно в желудке, выявить прорастание ее в соседние органы и структу Мультиспиральная компьютерная томография (компьютерная томография, КТ, СКТ, МСКТ), в том числе с внутривенным введением контраста, позволяет получить изображения органов грудной и брюшной полостей в виде поперечных срезов. С помощью компьютерной томографии определяют глубину прорастания опухолью стенки пищевода, расположение опухоли по отношению к окружающим органам и их вовлечение, наличие метастазов в легких, печени, лимфатических узлах.

• Диагностическая лапароскопия (исследование брюшной полости через проколы под общим наркозом) проводится для определения стадии заболевания и выявления метастазов на париетальной и висцеральной брюшине (перитонеальная диссеминация), не видимых при УЗИ и КТ. Тем самым лапароскопия сводит до минимума число эксплоративных (диагностических) лапаротомий.ры, рассмотреть регионарные лимфоузлы.

**Рак ободочной кишки**

В возникновении рака ободочной кишки большую роль играют предраковые заболевания, к которым относят полипы и полипоз толстой кишки, ворсинчатые опухоли, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Малое количество клетчатки в потребленной пище также может приводить к развитию рака.

Выделяют 4 стадии рака ободочной кишки.

I стадия – небольшая ограниченная опухоль в толще слизистой оболочки или подслизистого слоя. Метастазов в лимфатические узлы нет.

II А стадия – опухоль больших размеров, но занимает не более полуокружности кишки, не выходит за ее пределы, без метастазов в регионарные лимфоузлы.

II Б стадия – опухоль того же или меньшего размера с одиночными метастазами в ближайшие лимфатические узлы.

III А стадия – опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку или соседнюю брюшину, без метастазов в регионарные лимфатические узлы.

III Б стадия – опухоль любого размера при наличии множественных метастазов в регионарные лимфоузлы.

IV стадия – обширная опухоль, прорастающая в соседние органы, с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы или любая опухоль при наличии отдаленных метастазов.

Клиническая картина зависит от локализации опухоли, типа ее роста, размеров, наличия осложнений и включает следующие симптомы:

1) боли в животе – у 80—90 % больных. Особенно часто боли возникают при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки. Они связаны с воспалением в зоне распада опухоли и переходом воспалительного процесса на брюшину. Боли могут быть малой интенсивности, тупыми или тянущими, но при развитии кишечной непроходимости становятся очень сильными, схваткообразными;

2) кишечный дискомфорт, проявляющийся потерей аппетита, отрыжкой, тошнотой, чувством тяжести в эпигастральной области;

3) кишечные расстройства, вызванные воспалительными изменениями в стенке кишки, нарушениями ее моторики и сужением просвета. Они проявляются урчанием в животе, запорами, поносами, вздутием живота. При резком сужении просвета кишки развивается частичная или полная обтурационная непроходимость;

4) патологические выделения: примесь крови, гноя, слизи в кале отмечается у половины больных раком ободочной кишки. Кровь в кале появляется вследствие распада опухоли, а слизь и гной – в результате воспаления в зоне распада и сопутствующего колита;

5) нарушение общего состояния больных связано с интоксикацией организма, проявляется чувством недомогания, слабостью, быстрой утомляемостью, похуданием, лихорадкой и анемией. Эти изменения особенно выражены при раке правой половины ободочной кишки;

6) у некоторых больных, чаще при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки единственным клиническим проявлением заболевания является наличие пальпируемой опухоли.

Диагностика основана на тщательной оценке данных анамнеза, жалоб больного, результатов общих и специальных методов исследования.

При расспросе больного необходимо обратить внимание на жалобы на тупые боли в животе, диспепсические явления, кишечные расстройства и выяснить их причину. При осмотре больного нередко отмечаются бледность кожных покровов, похудание.

Пальпация живота в различных положениях тела больного (стоя, лежа на спине, на правом и левом боку) часто позволяет определить наличие опухоли, ее размеры, подвижность, болезненность. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить наличие метастазов в клетчатку малого таза, исключить вторую опухоль (прямой кишки). При ректороманоскопии можно выявить опухоли сигмовидной кишки и взять материал на биопсию.

**Рак прямой кишки**

Из всех новообразований прямой кишки рак встречается наиболее часто. Болеют раком прямой кишки лица любого пола и возраста, однако чаще всего от 40 до 60 лет.

В зависимости от его локализации различают анальный рак, рак ампулы прямой кишки и проксимального ее отдела.

Клиническое течение рака прямой кишки разнообразно, оно зависит от локализации опухоли, стадии ее развития, степени злокачественности, наличия или отсутствия изъязвления.

Классификации международная клиническая и отечественная сходны с классификациями рака толстого кишечника.

В начальном периоде заболевания независимо от локализации рака в прямой кишке симптомы могут отсутствовать.

К первым, наиболее характерным признакам рака прямой кишки относятся неприятные ощущения в области заднего прохода и крестца, тенезмы, запоры, чередующиеся с поносами, тупая боль при дефекации, выделение крови и слизи (иногда крови и гноя).

Если наступает изъязвление рака заднего прохода, то выделяется кровь. При глубокой инфильтрации сфинктера, при прорастании чувствительных нервов иной раз возникают сильные боли. Как признак развивающегося стеноза обращает на себя внимание лентовидная форма кала. При изъязвляющейся форме рака наступает выраженная анемизация больных, бледно-желтушная окраска кожи. Появляются постоянные сильные боли в области малого таза и крестца, а иногда и дизурические явления при прорастании опухоли в клетчатку таза или соседние органы – предстательную железу, мочеиспускательный канал и т. д.

В некоторых случаях высоко расположенный рак прямой кишки может дать картину острой кишечной непроходимости.

Диагноз рака прямой кишки ставится на основании пальцевого исследования, ректороманоскопии и рентгенологического исследования.

При пальцевом исследовании, в тех случаях, когда рак прямой кишки доступен, обнаруживают образование плотной консистенции, особенно у основания и краев, изъязвления с валикообразно утолщенными и уплотненными краями. При высоко расположенных стенозирующих раках отмечают резкое расширение пустой ампулы. В некоторых случаях определяют инфильтрацию стенки прямой кишки без четких границ, следы крови или кровянисто-гнойные выделения на пальце.

Во время ректороманоскопии можно взять кусочек опухоли с участка измененной ткани конхотомом для биопсии.

Рентгенологическое исследование прямой кишки при подозрении на рак проводится с применением небольшого количества контрастной массы. При этом выявляются следующие признаки: ригидность стенки прямой кишки и сужение ее просвета, отсутствие складок слизистой, дефекты заполнения с неровными и нечеткими контурами, расширение кишки выше места сужения, отсутствие в пораженном участке перистальтических движений.

Рентгенологическое исследование позволяет выявить локализацию опухоли, ее размеры, наличие изъязвления опухоли, степень сужения просвета кишки.

Этот метод дополняет колоноскопия, при которой возможно не только выявление опухоли, но и взятие биопсии для морфологической верификации диагноза.

**Рак печени** (лат. Iecur cancer) – это злокачественное новообразование, локализующееся в печени, происходящие либо из клеток печени и её структур, либо являющееся метастазом другой опухоли в печень, но второй вариант статистически встречается значительно чаще.

Рак печени – причины (этиология)

Различают первичный и вторичный рак печени (carcinoma hepatis). Первичный рак печени обычно развивается на почве предшествующих заболеваний печени, из которых главными являются цирроз, хронический гепатит, холангит, описторхоз и др. Вторичный (метастатический) рак печени встречается значительно чаще первичного и развивается при локализации первичной опухоли в желудке, прямой кишке, пищеводе, поджелудочной железе, матке и т. д.

Первичный рак печени наблюдается чаще у мужчин в возрасте 40-60 лет. Опухоль обычно развивается из печеночных клеток (гепатома), реже из эпителия внутрипеченочных желчных ходов (холангиома). Гепатома печени имеет вид массивной опухоли, отдельных крупных узлов или диффузной инфильтрации.

Рак печени – механизм возникновения и развития (патогенез)

Обращает на себя внимание частое (70% случаев) сочетание цирроза и рака печени. Особое значение имеет постнекротический цирроз с деструкцией паренхимы, резко выраженными явлениями регенерации печеночной ткани с образованием многоядерных клеток, чередованием участков коллабированной ретикулярной стромы, соединительнотканных перегородок с участками новообразованной печеночной ткани. Имеются случаи перехода узлов-регенераторов в злокачественное новообразование.Следовательно, повреждение клеток печени или процесс активной клеточной регенерации приводит к утрате ими существенных биологических, биохимических черт, их малигнизации.

Предраковым заболеванием является также описторхоз – поражение желчных путей кошачьей или сибирской двуусткой. При этом развиваются холангит, перихолангит, а на их почве – хронический гепатит, цирроз печени. Чаще в результате глубоких деструктивных и регенеративных изменений в желчных путях развивается холангио–целлюлярный рак.

Существенные данные о канцерогенезе получены при изучении тропического рака печени, распространенного в странах Юго-Восточной Азии, Южной Африки. Развитие тропического рака печени может быть связано с белково-витаминной недостаточностью, различными экзогенными интоксикациями, некоторыми паразитарными инвазиями (клонорхоз), постнекротическим циррозом печени.

Морфологически различают следующие формы первичного рака печени:

узловой, при котором опухоль развивается в виде множественных узлов различной величины;

массивный, имеющий вид узла;

диффузный, сопровождающийся инфильтративным ростом.

В зависимости от гистологического строения опухоли выделяют две основные формы: гепатому, развивающуюся из клеток печеночной паренхимы, и холангиому, развивающуюся из эпителия печеночных желчных ходов. В некоторых случаях наблюдаются смешанные формы – холангиогепатомы.

Диагностика

Ранняя диагностика заболеваний печени обычно включает в себя анализ крови на нарушение функции печени. Специальные тесты для двух конкретных антигенов в крови может также указывать на рак печени. Если есть подозрения на рак печени, необходимо сделать биопсию либо в ходе исследовательской операции или путем введения тонкой иглы в печень.

Рак печени можно выявить с помощью методов визуализации, таких как компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое сканирование. В некоторых случаях рентгеновские процедуры, ангиография могут быть использованы для изучения кровеносных сосудов вокруг печени. Врач также может непосредственно исследовать печень с помощью лапароскопа, гибкую трубку с объективом на конце, который вставляется через разрез в брюшной полости.

Как только был поставлен диагноз рак печени, необходимо определить его стадии, чтобы установить общую картину поражения печени. Некоторые опухоли, могут быть локализованными или находится в ограниченной области печени, они могут быть полностью удалены. Другие локализации рака не могут быть полностью удалены, а результирующая потеря основной функции печени были бы смертельными для пациента. Расширенный рак это когда поражена большая часть печени или распространение (метастазы) распространились на отдаленные ткани в организме (другие органы).

В то время как живучесть большинства заболевших раком печени характеризуется в термине пятилетней выживаемости, быстрый ход этой болезни после появления симптомов привело к использованию термина трехлетней выживаемости. Этот показатель является достаточно высоким, если рак локализован и может быть полностью удален хирургическим путем. Если рак локализован, но не операбелен, скорость снижается, а в более поздних стадиях рака печени трехлетняя выживаемость является мало вероятной. К сожалению, общая выживаемость от рака печени ниже, чем для многих других видов рака, потому что он обычно не обнаруживается на ранних стадиях своего развития.

Рак печени – симптомы (клиническая картина)

Первичный рак печени характеризуется появлением в правом подреберье или верхней половине живота болей различной интенсивности, которые постепенно становятся невыносимыми. Диспепсические нарушения при раке печени выражаются в понижении аппетита вплоть до полного отвращения к пище, реже тошноте, рвоте, отрыжке, метеоризме и поносах. Очень типичны для больных раком печени общая слабость, адинамия и быстро прогрессирующее похудание.

При осмотре больного раком печени отмечается грязно-серая окраска лица, непостоянная и незначительная желтуха. Часто выявляются асцит и отеки ног. Наиболее характерный признак первичного рака печени – ее прогрессирующее увеличение. Границы печеночной тупости увеличены не только вниз, но и вверх (!). Пальпацией у больного раком печени, определяется малоболезненная печень с закругленным краем, хрящевой плотности, нередко с бугристой поверхностью. Часто раку сопутствуют стойкий субфебрилитет, умеренная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз с относительной лимфоцитопенией и ускоренная РОЭ. При раке печени характерно повышение активности сывороточной щелочной фосфатазы, альдолазы и трансаминаз, задержка выделения бромсульфалеина. В диагностике рака печени большое значение имеет рентгенологический метод (пневмоперитонеум) и лапароскопия с прицельной биопсией печени.

Течение рака печени прогрессирующее, от первых проявлений болезни до смерти проходит не более 4 месяцев.

**Рак поджелудочной железы** (РПЖ) – злокачественная опухоль из эпителия протоков (в 90% случаев – аденокарцинома – опухоль из эпителия протоковых желёз).

Локализация карциномы: в 70% случаев - в головке, 20% - в теле и 10% - в хвосте железы.

Рак поджелудочной железы занимает четвертое место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (после рака желудка, толстой кишки и пищевода) и составляет 10% опухолей ЖКТ и 2-3% от всех раковых опухолей. Рак поджелудочной железы остается самой фатальной опухолью – даёт 98% смертность. Средняя продолжительность жизни больного без лечения - 5 мес. Это происходит потому, что в 85% случаев к моменту установления диагноза наблюдается прорастание опухоли в соседние органы или отдалённые метастазы.

Заболевание наследуется. Тип наследования не установлен, но известно, что РПЖ – болезнь генов. Известно, какие гены эпителия протоков мутировали. Гиперэкспрессией генов объясняют скоротечность и злокачественность РПЖ.

Гиперэкспрессия генов – ускоренный процесс передачи информации с гена на иРНК, что приводит к делению клеток без дифференцировки и образованию опухолевого клона клеток.

Этиология:

-химические канцерогены (производные бензидина, бетанафтиламинов, нитрозоаминов, металлическая и асбестовая пыль, органические растворители, пестициды, формальдегиды, хлорированные углеводороды, продукты сгорания бензина),

-физические канцерогены (ионизирующее излучение),

-вирусы (ВГВ, эпидпаротита, краснухи).

Патогенез. Рак – это клон – потомство одной мутировавшей клетки. Мутация происходит под влиянием канцерогенов и вирусов у лиц, имеющих гены РПЖ, которые получены по наследству и факторы риска. В каждой клетке мутантного клона возникает индивидуальный набор мутаций.

Факторы риска

-мужской пол (в 1,5 раза чаще),

-возраст старше 50 лет (пик заболеваемости в седьмой декаде жизни);

-проживание в городе,

-табакокурение (в 3 раза чаще),

-ожирение;

-потребление с пищей большого количества насыщенных жирных кислот (животные жиры, пальмовое и кокосовое масло),

-сахарный диабет;

-хронический панкреатит с частыми рецидивами;

-кисты и доброкачественные опухоли железы,

-гастрэктомия (в 3-5 раз выше),

-работники текстильной промышленности, асбестоцементного производства, промышленного садоводства и огородничества, шахтеры.

Клиническая картина зависит от локализации опухоли.

При раке головки поджелудочной железы первым синдромом болезни чаще всего является боль и тяжесть в эпигастральной области и подреберьях иногда с иррадиацией в спину (опоясывающие боли) после еды с нарастанием интенсивности ночью. В дальнейшем присоединяются синдромы интоксикации и астении потеря аппетита с прогрессирующим снижением массы тела, тошнота, отрыжка, рвота, понос, нарастают обезвоживание организма, слабость, апатия, потеря трудоспособности.

При увеличении опухоли появляется ведущий синдром рака головки поджелудочной железы - желтуха - следствие сдавления опухолью общего желчного протока. Затем присоединяются синдром холестаза: кожный зуд, потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Рак тела или хвоста поджелудочной железы даёт особенно выраженный болевой синдром в связи с прорастанием опухолью окружающих железу многочисленных нервных сплетений. Опухоль хвоста поджелудочной железы часто прорастает воротную вену и селезеночные сосуды, что приводит к развитию синдрома портальной гипертензии и увеличению селезенки.

Зачастую первым и единственным симптомом рака тела и хвоста поджелудочной железы могут быть множественные венозные тромбозы (синдром Труссо).

Связь тромбоза глубоких вен нижних конечностей, малого таза и тромбоэмболии лёгочной артерии с раком внутренних органов известна со времен Армана Труссо, впервые описавшего данный синдром в 1865 г. Более того, тромбоэмболия может быть первыми клиническими проявлениями злокачественного новообразования. Чаще всего тромбоз глубоких вен конечностей, малого таза и тромбоэмболия лёгочной артерии наблюдается при раках следующей локализации

-лёгкого

-поджелудочной железы

-молочной железы

-яичников

-ЖКТ

-мочевых путей

-головного мозга

-лимфомах и лимфогранулематозе

Злокачественные опухоли в течение 1 года после перенесённого венозного тромбоза выявляют примерно у 5-15% больных при осмотре. Применение компьютерной томографии, УЗИ, определение онкомаркёров увеличивает долю выявленных пациентов с раком до 66%. Необходимо продолжать тщательное наблюдение за пациентами в течение, по крайней мере, 5 лет для выявления симптомов рака.

Метастазирует рак поджелудочной железы рано, чаще в регионарные лимфатические узлы и печень. Возможно также метастазирование в лёгкие, кости, брюшину, плевру, надпочечники и др.

Осложнения: кровотечение из двенадцатиперстной кишки (за счёт прорастания опухоли), кахексия, сахарный диабет.

Прогноз неблагоприятный. Годичная выживаемость не превышает 25%.

В диагностике опухолей поджелудочной железы применяются инструментальные и лабораторные методики. Основные инструментальные методики:

- ультразвуковое исследование (УЗИ);

- компьютерная томография (КТ);

- магнитно-резонансная терапия (МРТ или ЯМР);

- ретроградная панкреатохолангиография;

- диагностическая лапароскопия;

- ангиографическое исследование.

Лабораторные методы.

Клинический анализ крови: увеличение СОЭ.

Биохимический анализ крови: глюкоза, амилаза повышены.

Анализ крови на онкомаркеры СА 19-9 и РЭА.

При раке поджелудочной железы концентрация СА 19-9 выше 120 Ед/мл. Повышенные уровни маркера могут быть при панкреатите, холангите, но концентрация СА 19-9 ниже 120 Ед/мл.

Рекомендуемая литература:

Основная:

Барыкина Н.В. Диагностика в хирургии

Учебное пособие для студентов медицинских колледжей МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин», ООО «Феникс», 2016.

Дополнительная:

Рубан Э.Д.. Хирургия.Учебное пособие для студентов медицинских колледжей ООО «Феникс», 2016.

Самостоятельная работа:

1. Работа с лекционным материалом, учебниками

2. Заполнение рабочей тетради по теме