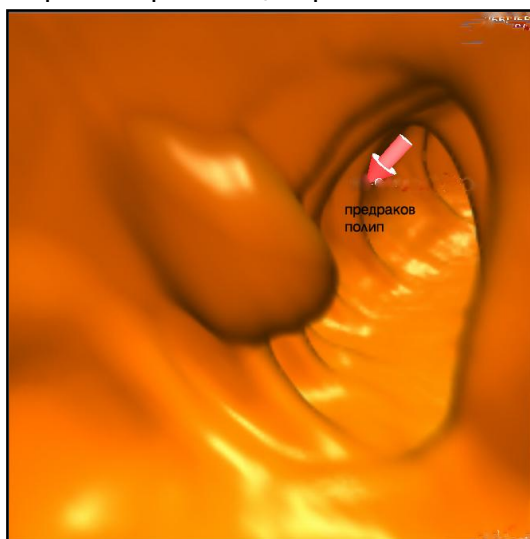


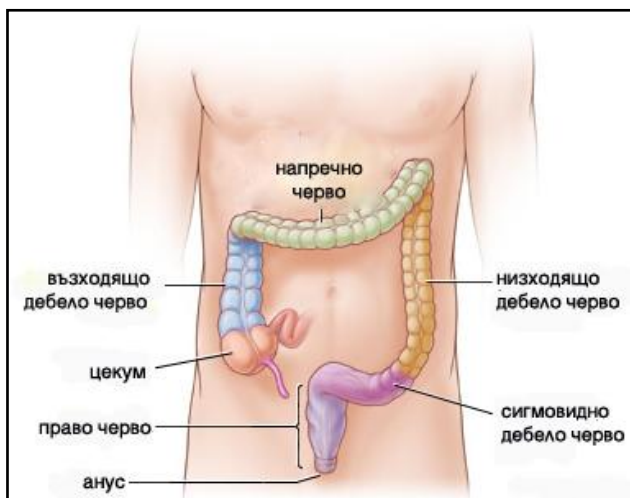
Рак на дебелото черво

Според данни на световната статистика дебелочревният рак е с най-бързо нарастващ брой заболяли пациенти годишно от всички ракови



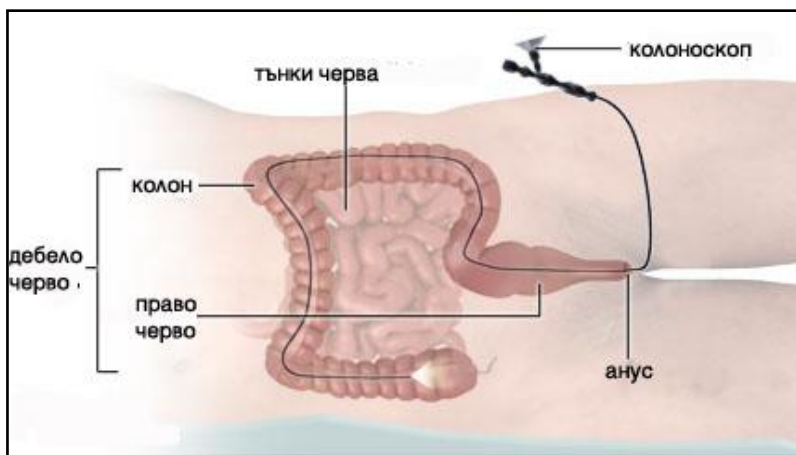
заболявания при жителите на Европа и Северна Америка през последните 50 години. При около 15-25% от заболялите се откриват данни за наследственост. Обикновено раковото заболяване на дебелото черво се развива при "израждане" на доброкачествено заболяване - полип (фиг 1). Поради това профилактиката е изключително важна. Правилно е всички хора на възраст над 50г. да провеждат профилактично ендоскопско изследване на дебелото черво веднъж на всеки 5 години. За обременените пациенти (такива с отстранени вече

полипи и такива с фамилност на болестта) профилактични изследвания се извършват веднъж на всеки 2 години. Най-чести симптоми на заболяването са



изхождането на кръв и/или слюз примесени с изпражненията. **При проява на такива симптоми следва незабавно да бъде потърсена консултация с лекар!**

В не малък дял от случаите (около 30-40%) тези симптоми липсват и първите оплаквания се проявяват с прогресиращ запек, редуване на периоди със запек и разстройство или се достига напреднал стадий със запушване на червото и внезапно подуване на корема. Дебелото черво е орган с дължина 150 до 200 и повече сантиметра и се дели на 6 части (фиг. 2). При профилактичните изследвания е много важно да бъде огледано цялото дебело черво, а не само последните участъци от него. Процедурата се нарича колоноскопия (фиг. 3), за разлика от



частичните – ректоскопия или сигмоидоскопия.

Защо трябва да се провеждат профилактични изследвания?

Нарастващата честота на това заболяване предполага профилактично изследване на дебелото черво особено при застрашени контингенти, като фамилно обременени, такива с упорит запек и по правило пациенти на възраст над 50г. Колоноскопията се извършва в специализирано отделение/клиника по гастроентерология с или без обезболяване според желанието на пациента, но може да бъде извършено и амбулаторно. При установяване на изменения по лигавицата се взима материал (биопсия) за микроскопско изследване (хистологично). Ако се установи полип, той се отстранява и изпраща също за изследване. Отказът от извършване на необходимите изследвания или на



някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Отказът от изследване води до естествена еволюция с разрастване на рака и неговото разпространение.

Ако туморът (доброкачествен или дори начално “изроден”) е в ранен стадий и с малки размери лекарят може да премахне тумора ендоскопски. Той се отстранява по време на колоноскопията и процедурата се нарича “Полипектомия”(фиг. 4).

При изяснена и хистологично потвърдена (чрез биопсия) диагноза хирургът провежда нов преглед, но насочен към предстояща операция. Може да бъдат назначени някои допълнителни изследвания за стадиране на болестта. След получаване на цялостната информация хирург, анестезиолог, онкотерапевт и други специалисти изработват стратегия за лечение и поведение. В зависимост от взетото решение пациентът се насочва за операция или комбинирано лечение – химио -, лъчетерапия и операция. Той се запознава с възможностите за лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, вероятна прогноза, рискът от усложнения и очаквания изход от лечението.

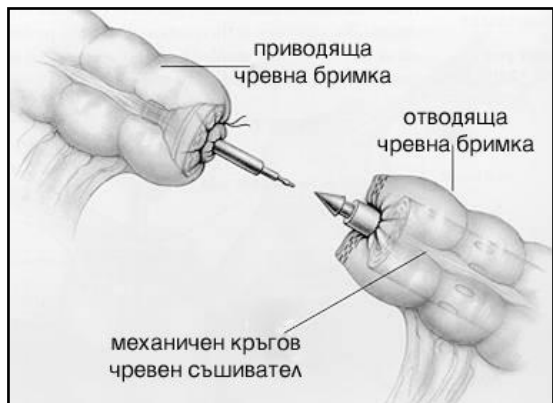
Когато карциномът (в някои случаи и полипът) е по – голям се налага операция с разрез на коремната стена. Отстранява се също и част от здравето черво около него като може да се премахнат 25-50 дори 90% от дебелото черво. Оставащите здрави части на дебелото черво се зашиват (анастомоза). Зашиването на червото е възможно да се извърши и със специален съшивател



(Фиг. 5 и 6), което съкращава значително операцията и дава по-голяма сигурност за здравината на шевовете.

В по-ранните стадии на заболяването е възможно операцията да се извърши и по лапароскопски начин (“безкръвно”) – с малки разрези на коремната стена. Преимуществовата на лапароскопската хирургия за пациента са много и вече са доказани от практиката в продължение на повече от 25 години.

Когато туморът нараства и е разположен по лявата половина на дебелото черво, често води до запушване. Това може да предизвика операция по



кожата около отвора (стомата) торбички, които събират чревното съдържимо. Тези торбички не се виждат под дрехите, не миришат и пациентите бързо свикват да се грижат сами за тях.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да предотврати разпространението на тумора. Чрез нея се постига временно лечение, но не може да се постигне излекуване. Лъчевата терапия обикновено се прилага преди и/или след оперативно лечение, но при иноперабилни пациенти може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиването на онкологични клетки. Лекарствата могат да бъдат хапчета или инфузионни венозни разтвори – „системи“. Химиотерапията се нарича „Системно лечение“ защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива раковите клетки и извън дебелото черво. В някои случаи ако карциномът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в неговата артерия през специална клапа, която се поставя по време на операцията. Дори когато е премахнат целият видим карцином по време на операцията, лекарите може да препоръчат химиотерапия за да бъдат унищожени невидими по време на операцията ракови клетки.

Рецидив на карцином на дебелото черво

Като „рецидив“ се определя нова поява на карцином, след като вече е бил отстранен такъв. Той може да се появи в дебелото черво или в друга част на тялото. Най - често се появяват рецидиви в черния и/или белия дроб. Ако карциномът се е появил отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи нова операция за премахването му. Ако карциномът е

спешност. При спешна операция по - често се налага извеждането на червото на корема до отзвучаване на острите явления. Когато не е възможно да се зашият двете здрави части на дебелото черво, хирургът ги зашива към отвор в коремната стена - стома или анус претер (Фиг 7). В някои случаи, при риск от усложнения, според преценката на оператора, може да се наложи временен анус претер, а анастомозата с възстановяване на червото да се отложи за втора операция след известен период от време. При локализация на тумора в крайната част на чревния канал – правото черво (ректум) - изрязването на болестно променения участък е свързано с трайно извеждане на червото на коремната стена. Ако пациентът е с “Колостома” се използват специални залепящи се за

засегнал няколко части на тялото, лекарите могат да препоръчат курсове на химиотерапия и/или лъчетерапия.

Въпреки нарастващата си честота, карциномът на дебелото черво е един от най-благоприятните видове рак и когато своевременно е проведено лечение при него се постига пълно излекуване при повече от 60-70% от пациентите.

Автор: Доцент Д-р Михаил Радионов, д. м.