

же подлежат направлению в квалифицированное хирургическое отделение для оперативного вмешательства.

Особенностью проявления рака прямой кишки являются патологические выделения из прямой кишки (слизь, кровь, гной), изменении формы каловых масс (лентовидный кал), тенезмы (ложные позывы на дефекацию) от 3 до 10-15 раз в сутки, сопровождаемые выделением небольшого количества слизи, крови, гноя. При росте опухоли за пределы кишки и распространении на соседние органы возникают соответствующие жалобы. При вовлечении мочевого пузыря наблюдается цистит, при развитии свища – окрашивание мочи калом и восходящая инфекция мочевых путей.

Осложнением рака толстого кишечника является **острая кишечная непроходимость**, развивающаяся относительно постепенно (вначале упорные запоры, вздутие живота, схваткообразные боли в животе, сменяющиеся полным неотхождением газов и каловых масс). При этом живот становится равномерно вздутым, развивается интоксикация.

Кишечная непроходимость при раке носит преимущественно обтурационный характер и требует срочных хирургических действий. В ряде случаев ее удастся разрешить комплексом консервативных мероприятий, среди которых большое значение нужно придавать очистительной (сифонной) клизме. Это благоприятный вариант, так как в последующем можно выполнить радикальную операцию по поводу рака в плановом порядке.

Если разрешить кишечную непроходимость консервативными мероприятиями не удастся, больному выполняется паллиативная операция: с наложением противоестественного ануса (с резекцией опухоли по Гартману или без таковой).

3.13. Эндокринные опухоли поджелудочной железы

Эндокринные опухоли поджелудочной железы развиваются из эндокринных клеток, которые формируют островки Лангерганса, но могут располагаться и диффузно в эпителии протоков и между экзокринными клетками ацинусов. Могут сочетаться с аденомами гипофиза и параситовидных желез. Карциномы составляют 5%. Они характеризуются более медленным ростом, нежели рак.

Эндокринные опухоли поджелудочной железы редко бывают моноцеллюлярными и моного르몬альными. Чаще превалирует какой-либо один гормон, который и определяет клинический синдром. В зависимости от наличия или отсутствия характерного клинического синдрома опухоли могут быть гормонально активные и нефункционирующие (“немые”). По характеру секретирующего гормона опухоли делят на три группы: 1) ортоэндокринные, продуцирующие естественные гормоны поджелудочной железы; 2) паразэндокринные, выделяющие гормоны не свойственные поджелудочной железе (гастрин, кортикотропин, АКТГ, кальцитонин, ВИП); 3) полиэндокринные с одновременной продукцией нескольких гормонов.

Морфологически выделяют: аденомы, карциномы, микроаденоматоз, гиперплазии. При этом морфологическая идентификация требует дополнительных методов окраски. Располагаются в любом отделе железы. Одиночные и много-