

Заболевания толстой КИШКИ

Дивертикулез

Полипы и полипоз

Рак

Презентация :

Евдокимовой Т. Дзбоевой И

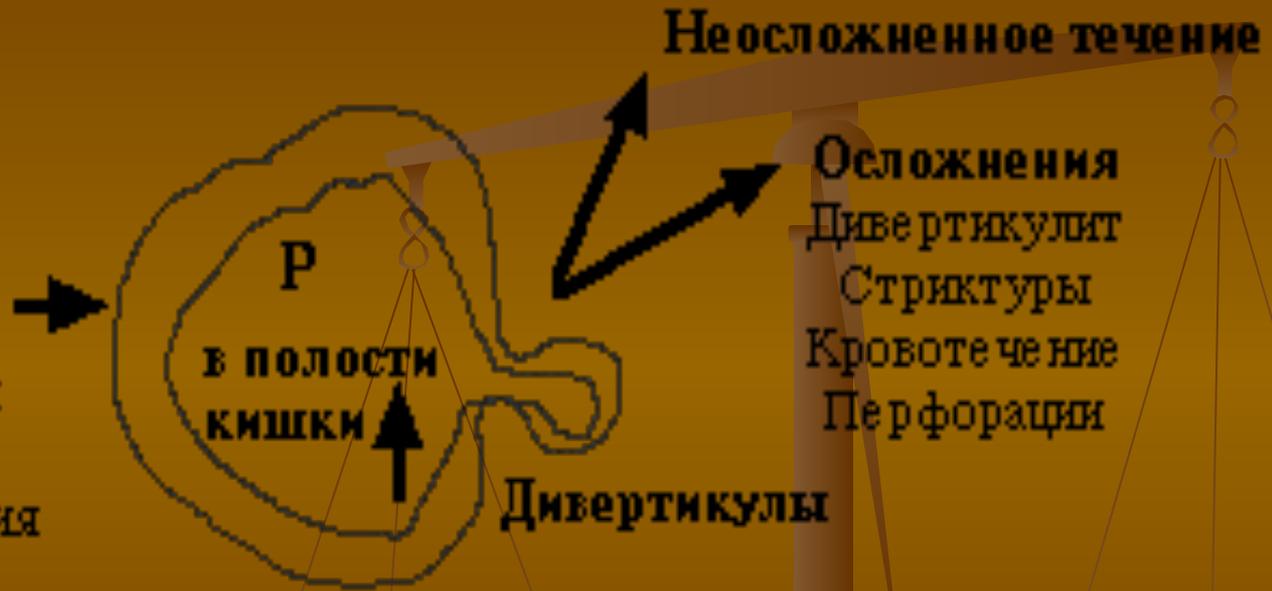
ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- Дивертикулы - это слепо оканчивающиеся мешковидные выпячивания ограниченного участка полого органа, в частности, толстой кишки.
- Дивертикулез означает наличие множественных дивертикулов.

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Этиология и патогенез

Факторы риска дивертикулеза
Запоры, ожирение, метеоризм, длительный прием слабительных, воспалительные изменения толстой кишки

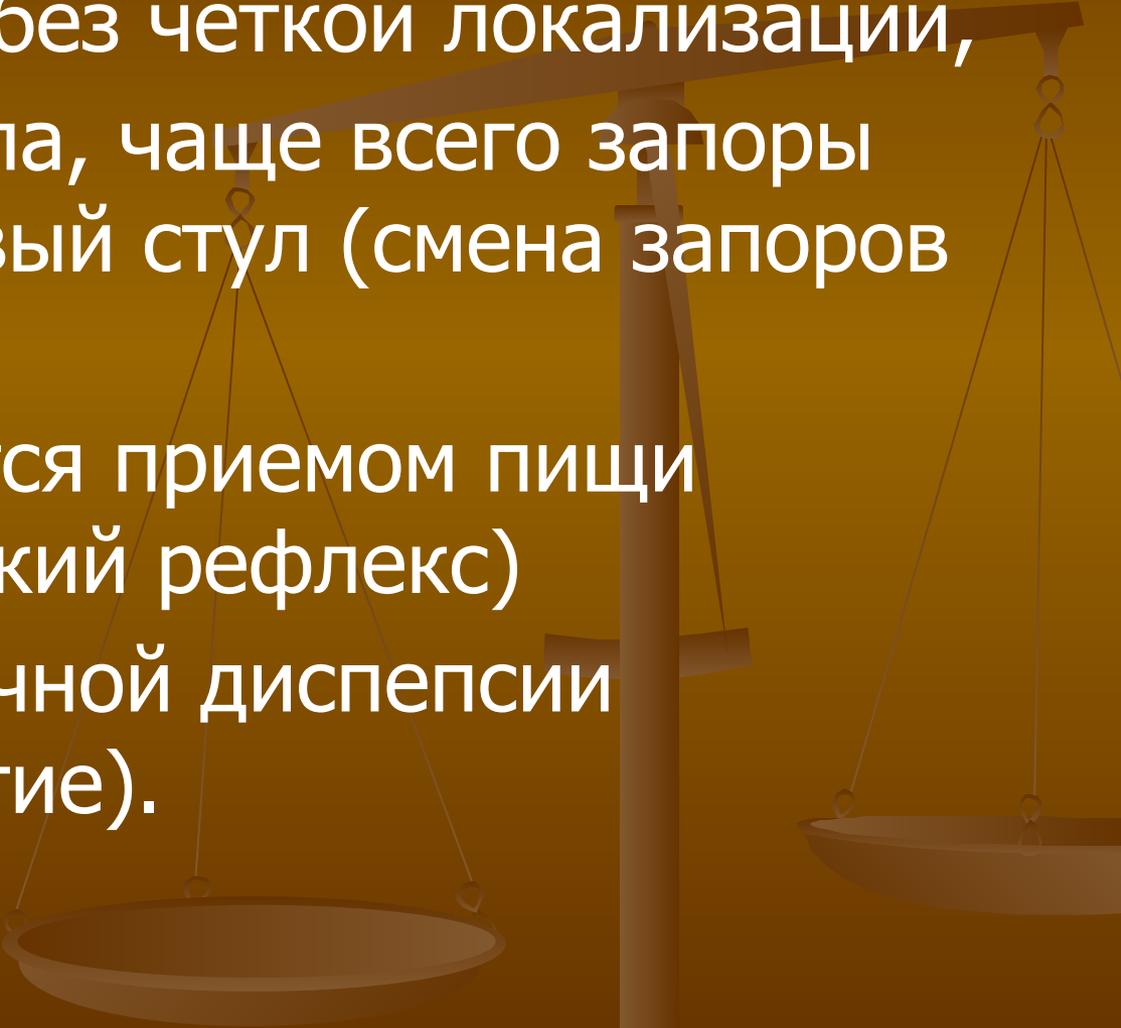


Самая распространенная теория возникновения дивертикулярной болезни - механическая или пульсионная, значительная роль принадлежит слабости кишечной стенки

Классификация. (ВОЗ)

- 1. Дивертикулярная болезнь без клинических проявлений.**
 - 2. Дивертикулярная болезнь с клиническими проявлениями.**
 - 3. Дивертикулярная болезнь с осложненным течением:**
 - ✓ **дивертикулит;**
 - ✓ **перфорация;**
 - ✓ **кровотечение;**
 - ✓ **кишечная непроходимость;**
 - ✓ **внутренние или наружные кишечные свищи**
 - ✓ **параколит, инфильтрат, «псевдоопухоль», абсцесс**
 - ✓ **пилефлебит,**
 - ✓ **перекрут дивертикула.**
- 

Клиника неосложненного дивертикулеза

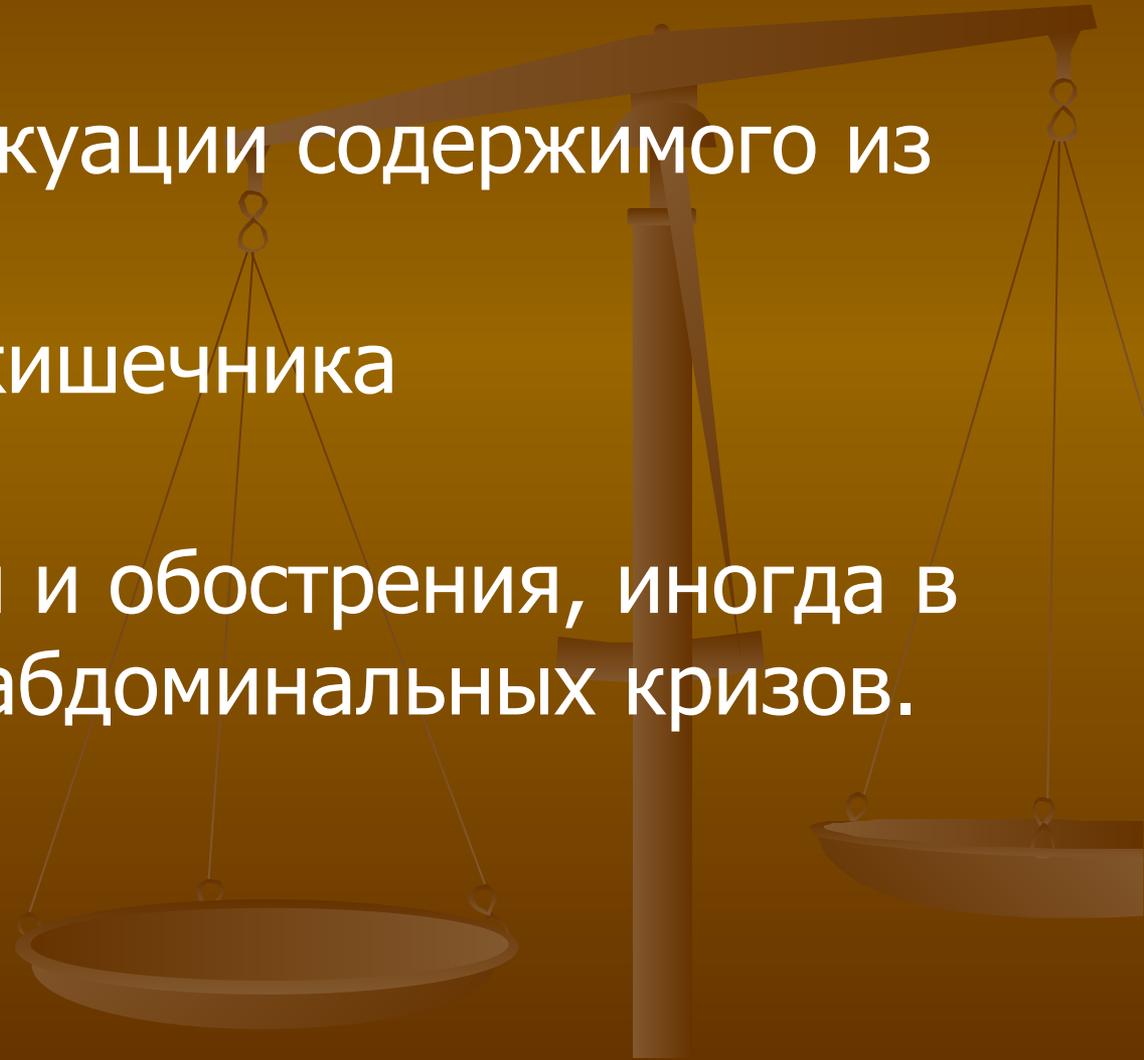
- ❖ боли в животе без четкой локализации,
 - ❖ нарушения стула, чаще всего запоры или неустойчивый стул (смена запоров и поносов),
 - ❖ боли вызываются приемом пищи (гастроколический рефлекс)
 - ❖ признаки кишечной диспепсии (урчание, вздутие).
- 

Дивертикулит

Причины:

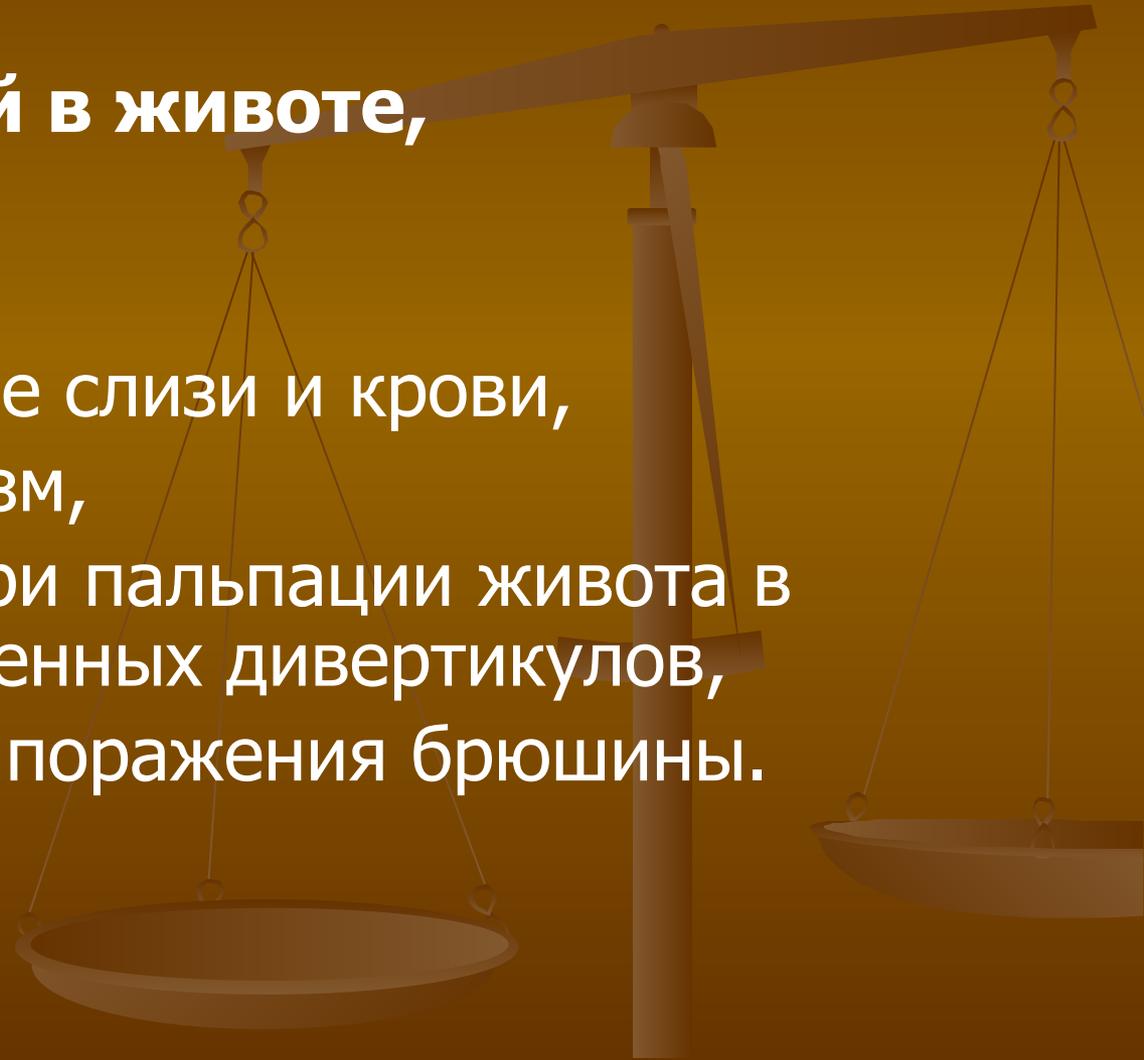
- нарушения эвакуации содержимого из дивертикулов
- дисбактериоз кишечника

фазы ремиссии и обострения, иногда в виде болевых абдоминальных кризов.



КЛИНИКА ДИВЕРТИКУЛИТА

- лихорадка,
- усиление болей в животе,
- лейкоцитоз,
- диарея,
- появление в стуле слизи и крови,
- стойкий метеоризм,
- болезненность при пальпации живота в проекции воспаленных дивертикулов,
- иногда признаки поражения брюшины.



Диагностика

- "воспалительные" изменения гемограммы
- лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
- Копрологические изменения
неспецифичны

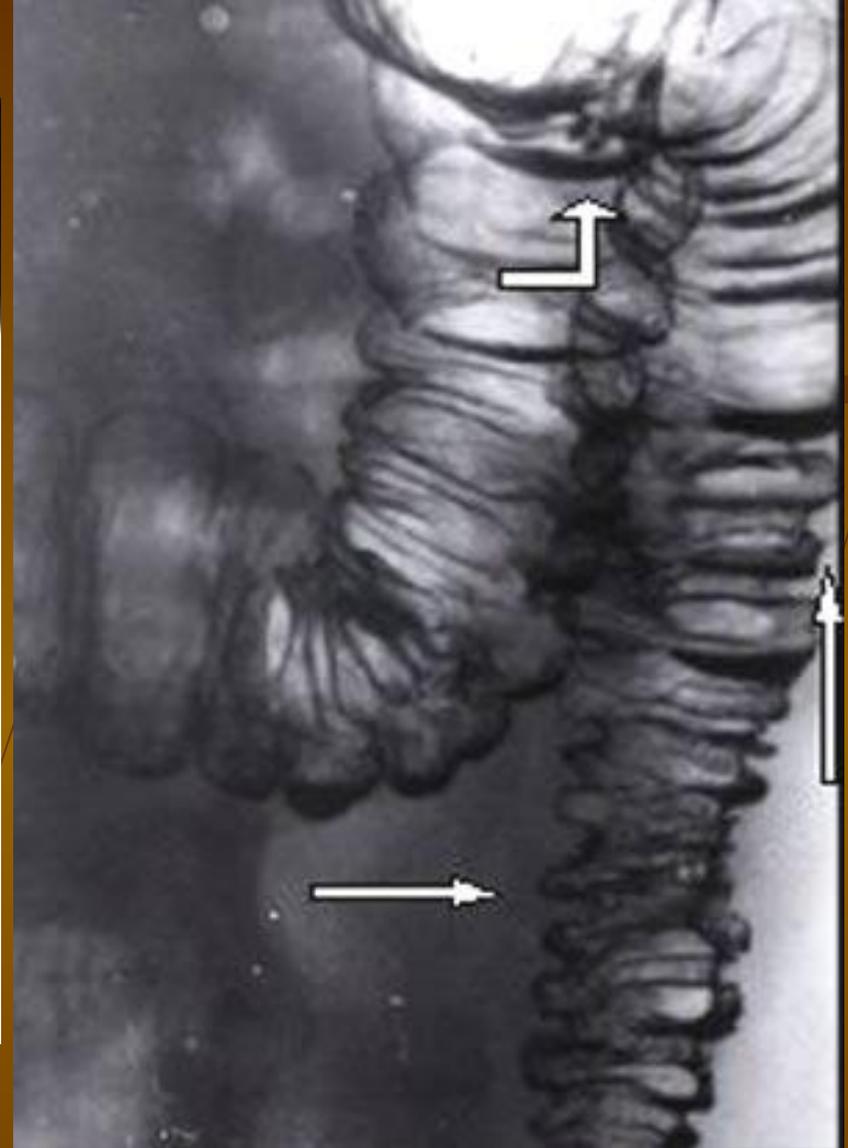


Ирригоскопия

- Дивертикулы выявляются в виде выпячиваний кишечной стенки округлой формы с более или менее выраженной шейкой, которые четко выявляются по наружному или внутреннему контуру кишки, особенно хорошо они видны при двойном контрастировании. У больных с неосложненным дивертикулитом дивертикулы хорошо опорожняются.
- Задержка контраста - признак дивертикулита.



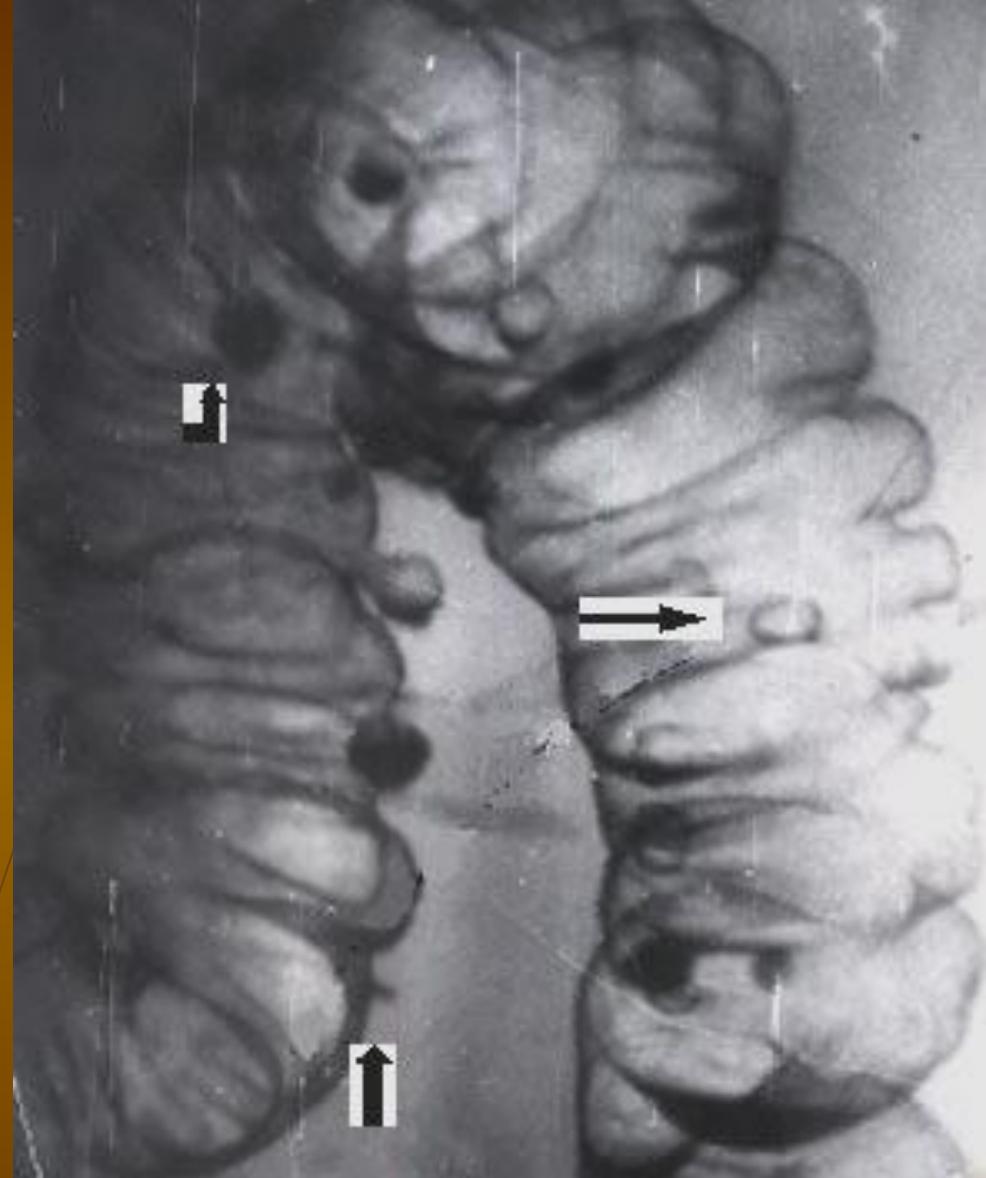
Преддивертикулярная стадия дивертикулярной болезни - спастический синдром. Поперечная исчерченность на пневморельефе в сочетании с оспикуюлообразными выпячиваниями по контурам сигмовидной кишки- рентгенологический симптом «частокола».



Сочетание преддивертикулярной стадии в нисходящей кишке (горизонтальная стрелка), **стадии интрамуральных дивертикулов** (вертикальная стрелка) и **полных дивертикулов** (фигурная стрелка).



Стадия полных дивертикулов.
Множественные дивертикулы
нисходящей кишки.



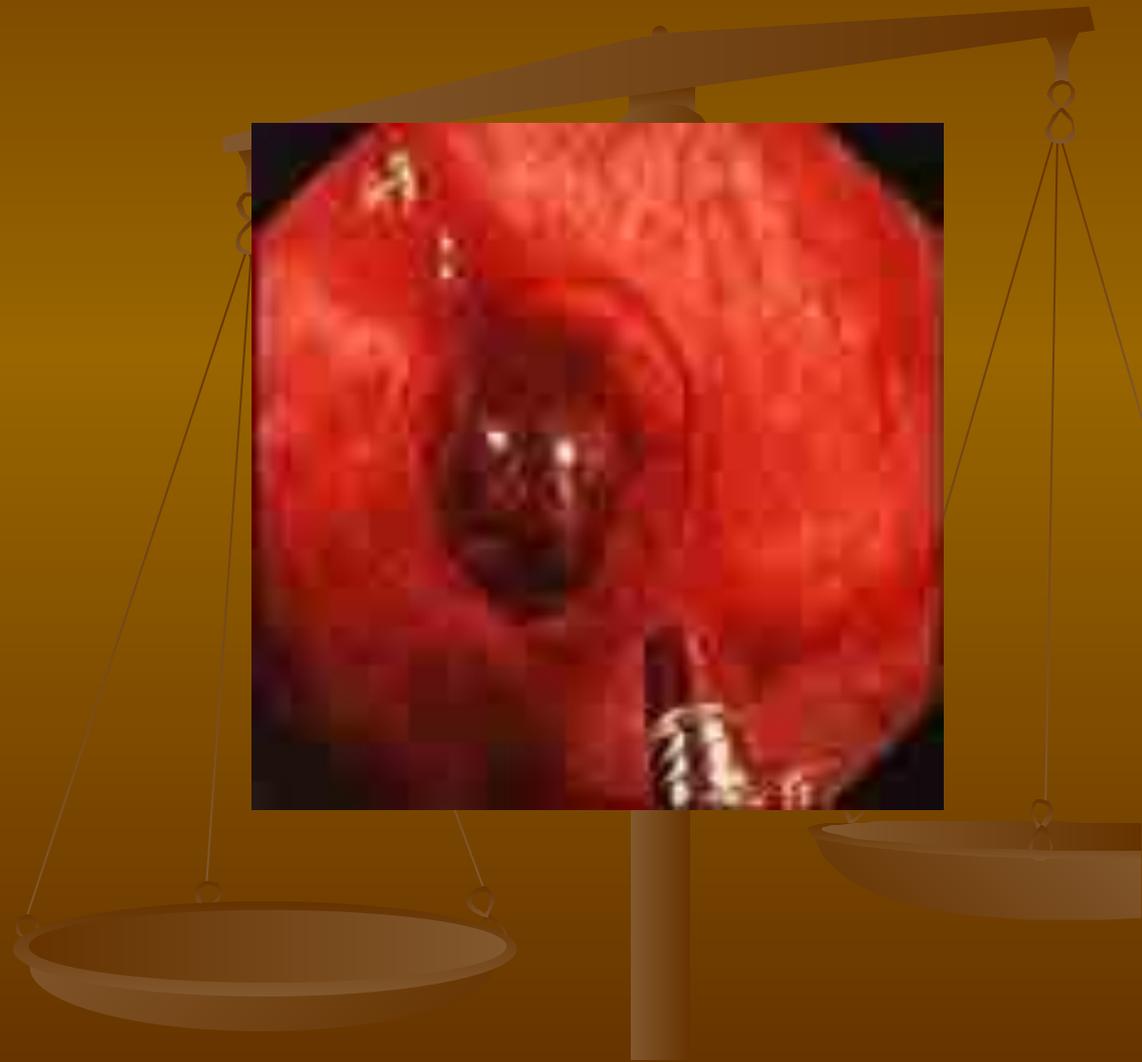
Сочетание интрамурального (вертикальная
стрелка) и полных дивертикулов в виде
кольцевидной тени (горизонтальная стрелки)
и дополнительной тени (фигурная стрелка).

Колоноскопия

- Обычные дивертикулы сами не видны, определяются их устья округлой или овальной формы с неизменной слизистой вокруг.
- О наличии воспаления судят, если устья деформированы, слизистая вокруг них отечна, гиперемирована.
- Колоноскопия при кровотечении позволяет установить его уровень.



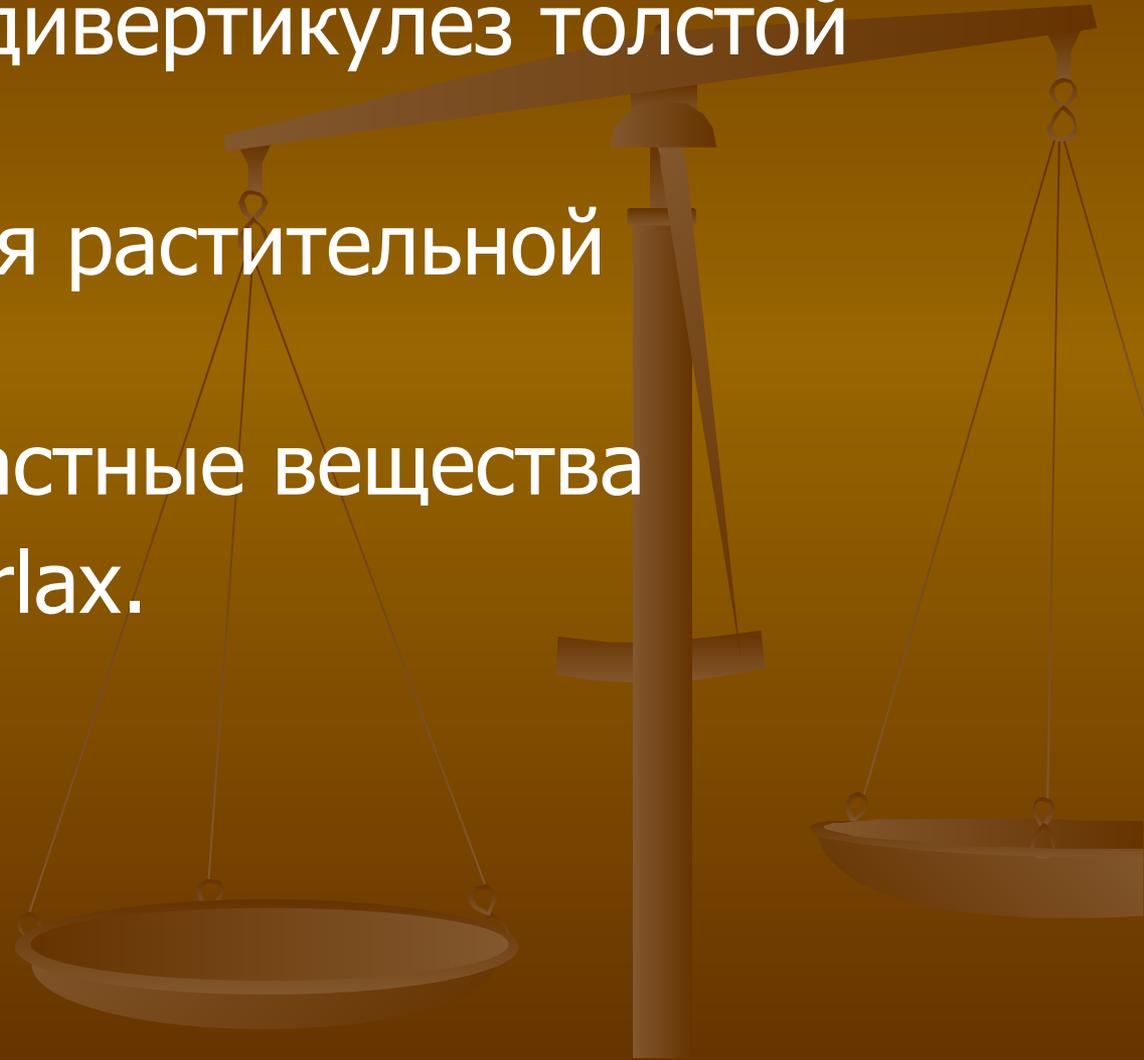
Дивертикул сигмовидной кишки
заполнен кишечным содержимым



Консервативное лечение дивертикулярной болезни.

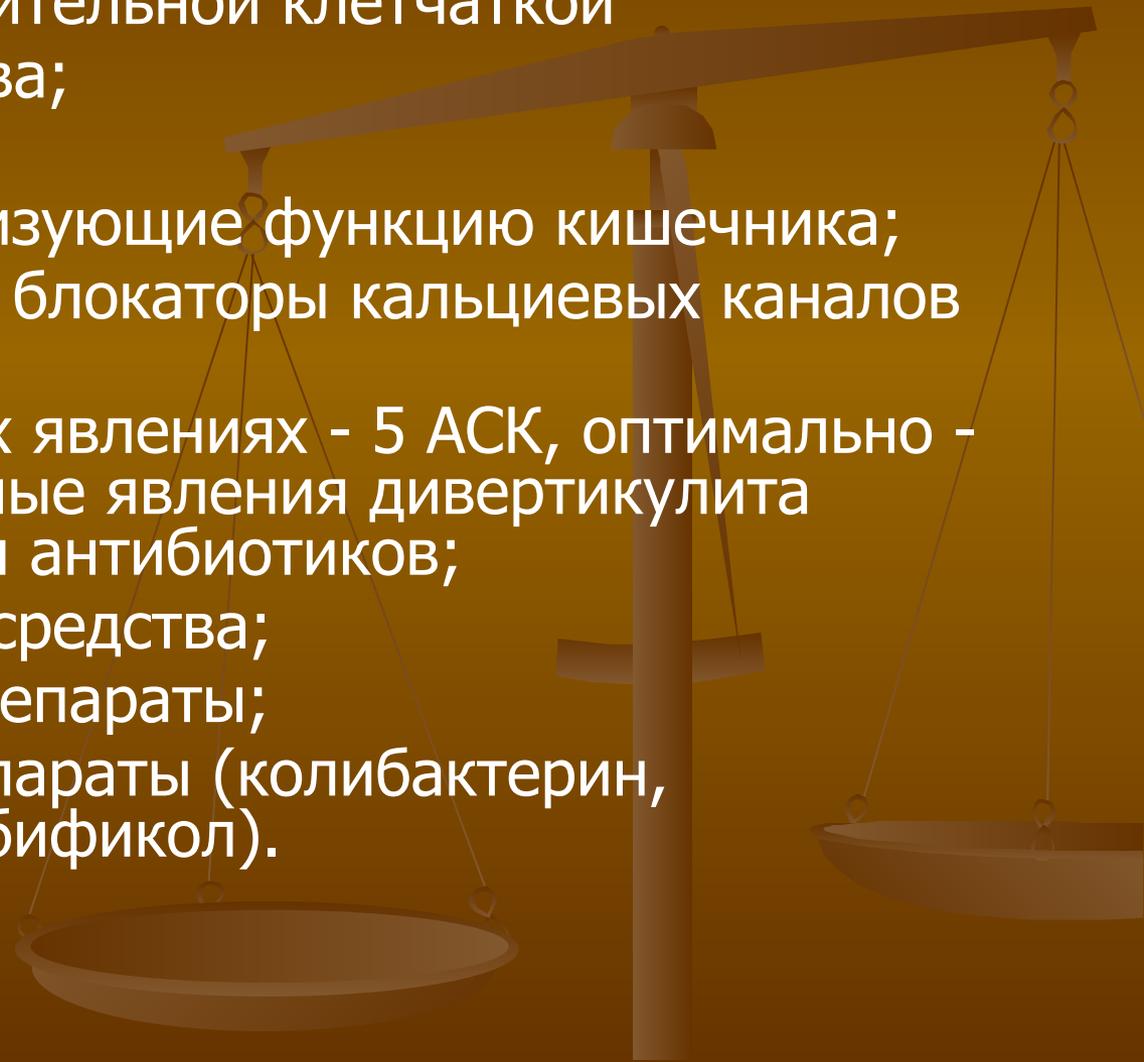
бессимптомный дивертикулез толстой кишки

- диета, богатая растительной клетчаткой,
- отруби, балластные вещества
- Mucofalk и Forlax.



дивертикулез с выраженными клиническими проявлениями

- диета, богатая растительной клетчаткой
- балластные вещества;
- витамины;
- препараты, нормализующие функцию кишечника;
- спазмолитики, либо блокаторы кальциевых каналов (Децител);
- при воспалительных явлениях - 5 АСК, оптимально - "Salofalk". Выраженные явления дивертикулита требуют назначения антибиотиков;
- противодиарейные средства;
- ферментативные препараты;
- бактериальные препараты (колибактерин, бифидумбактерин, бификол).



Хирургическое лечение.

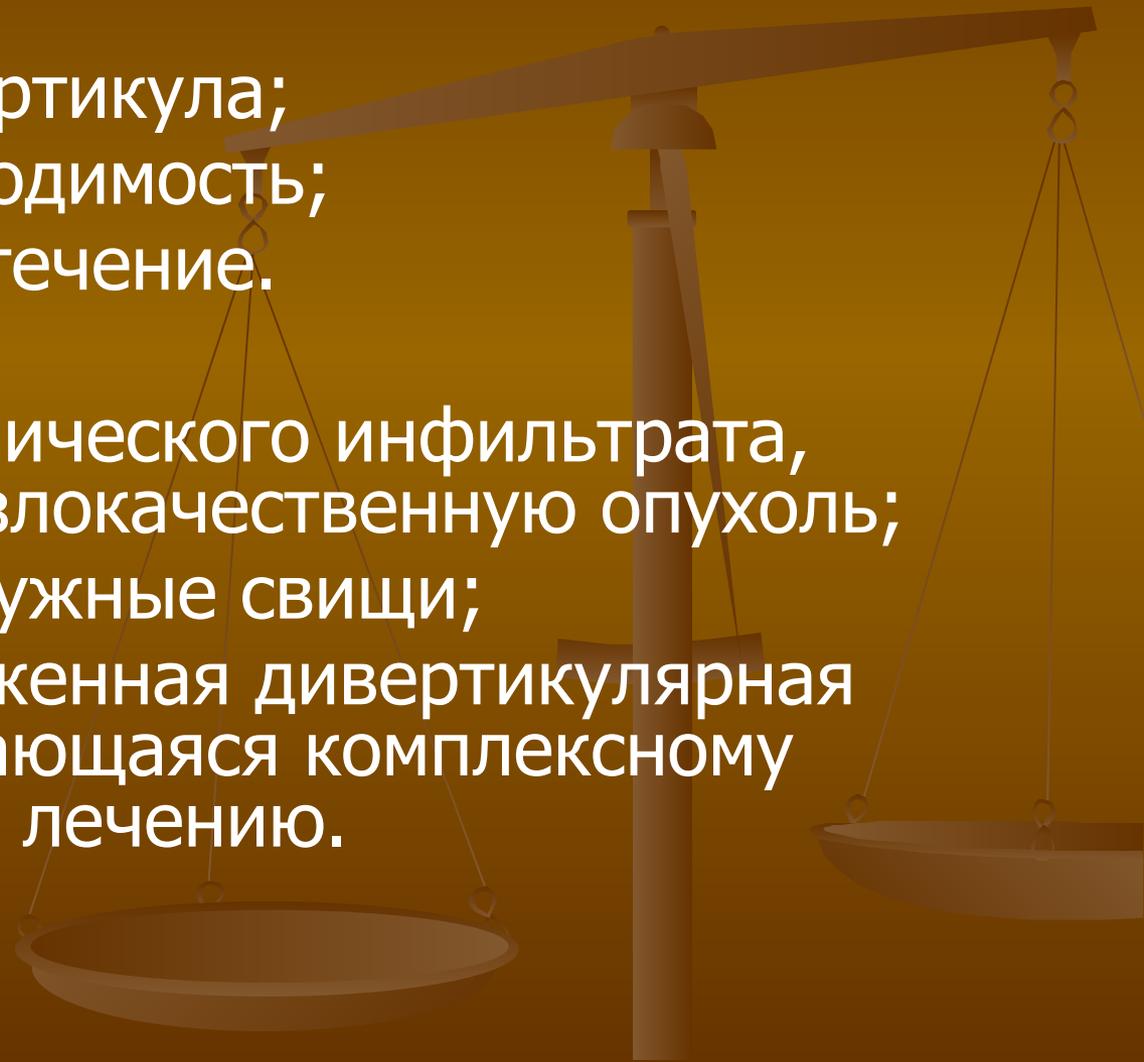
показания к хирургическому лечению:

Экстренные:

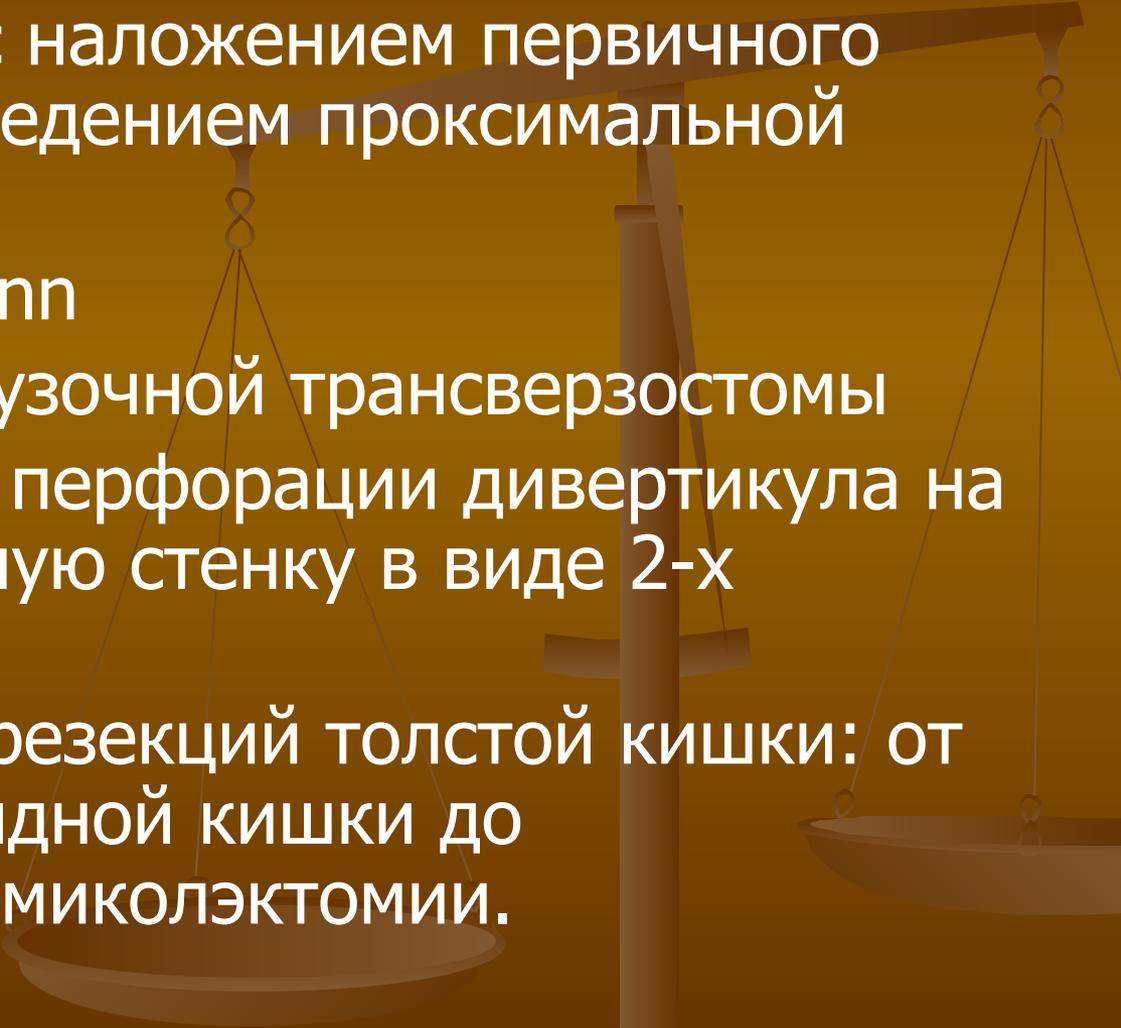
- перфорация дивертикула;
- кишечная непроходимость;
- профузное кровотечение.

Плановые:

- образование хронического инфильтрата, симулирующего злокачественную опухоль;
- внутренние и наружные свищи;
- клинически выраженная дивертикулярная болезнь, неподдающаяся комплексному консервативному лечению.



Виды операций

- Резекция кишки с наложением первичного анастомоза
 - Резекция кишки с наложением первичного анастомоза и выведением проксимальной колостомы
 - Операция Hartmann
 - Наложение разгрузочной трансверзостомы
 - Выведение места перфорации дивертикула на переднюю брюшную стенку в виде 2-х ствольной стомы
 - Различные виды резекций толстой кишки: от резекции сигмовидной кишки до левосторонней гемиколэктомии.
- 

Во многих случаях (до 50%)
после резекции вновь
возникают боли и дискомфорт.



ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

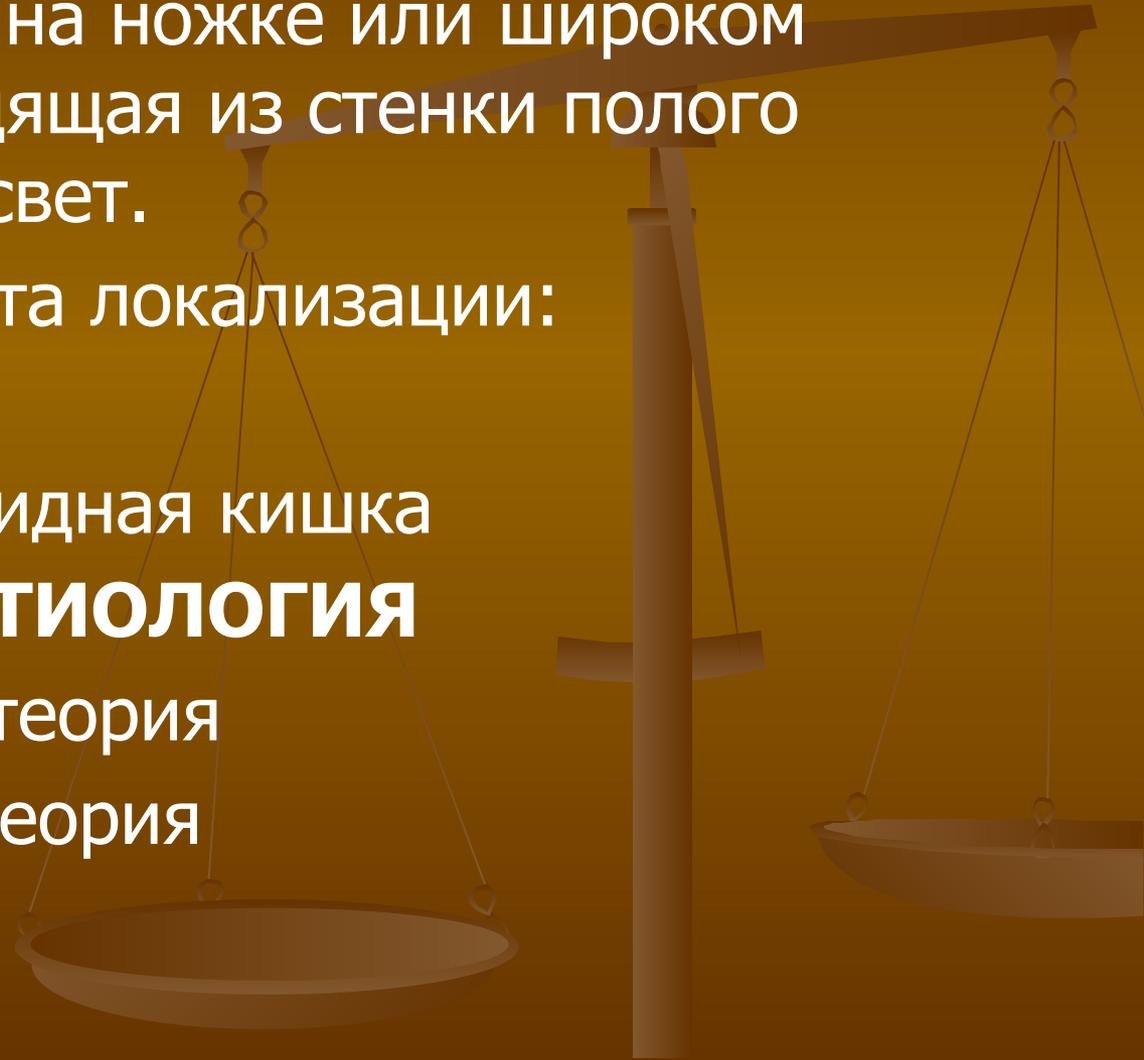
ПОЛИП – опухоль на ножке или широком основании, исходящая из стенки полого органа в его просвет.

Частота локализации:

1. желудок
2. прямая и сигмовидная кишка

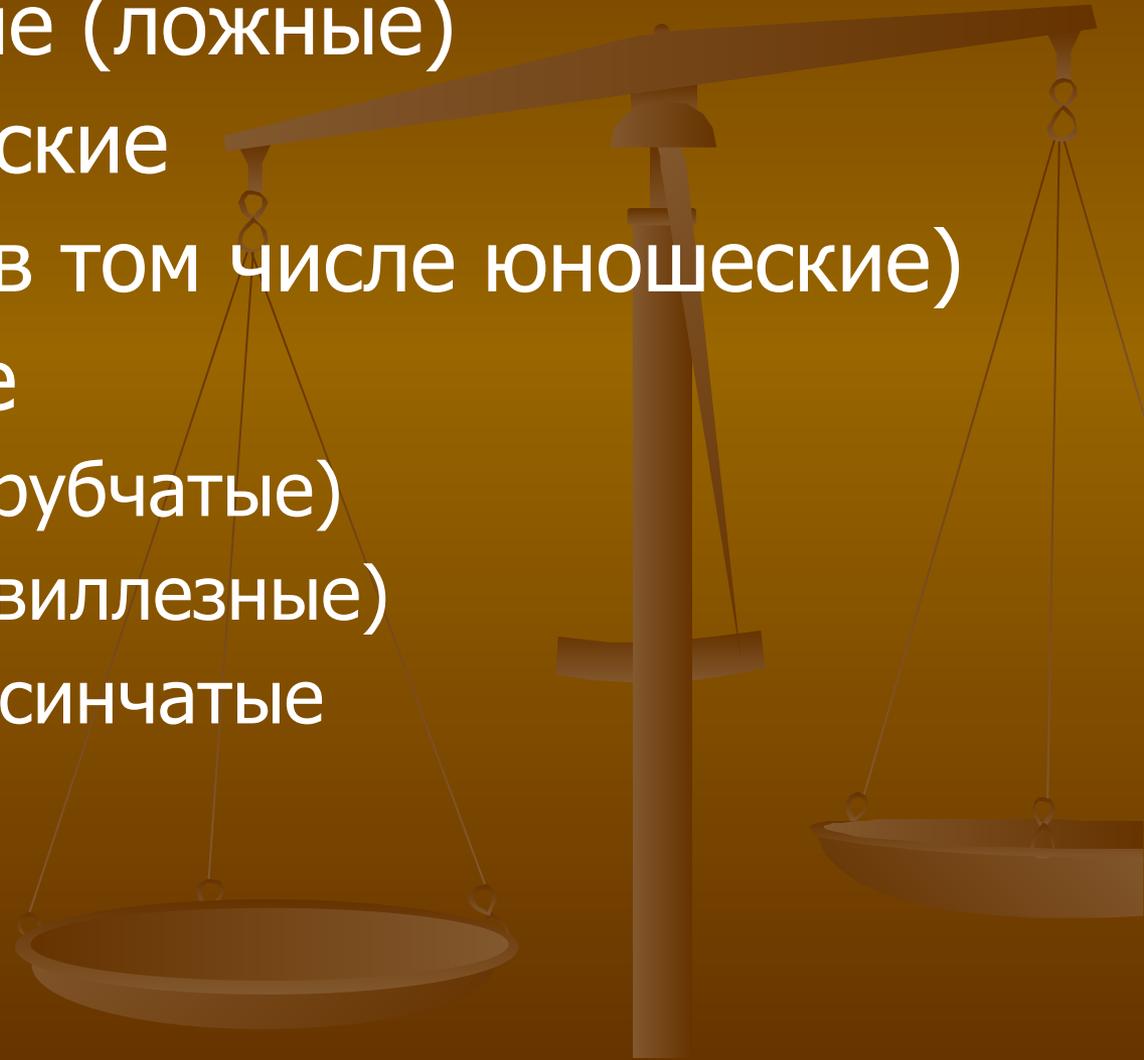
ЭТИОЛОГИЯ

- Воспалительная теория
- Эмбриональная теория



КЛАССИФИКАЦИЯ

- ❖ Воспалительные (ложные)
- ❖ Гиперпластические
- ❖ Гамартомные (в том числе юношеские)
- ❖ Аденоматозные
 - Тубулярные (трубчатые)
 - Ворсинчатые (виллезные)
 - Тубулярно-ворсинчатые



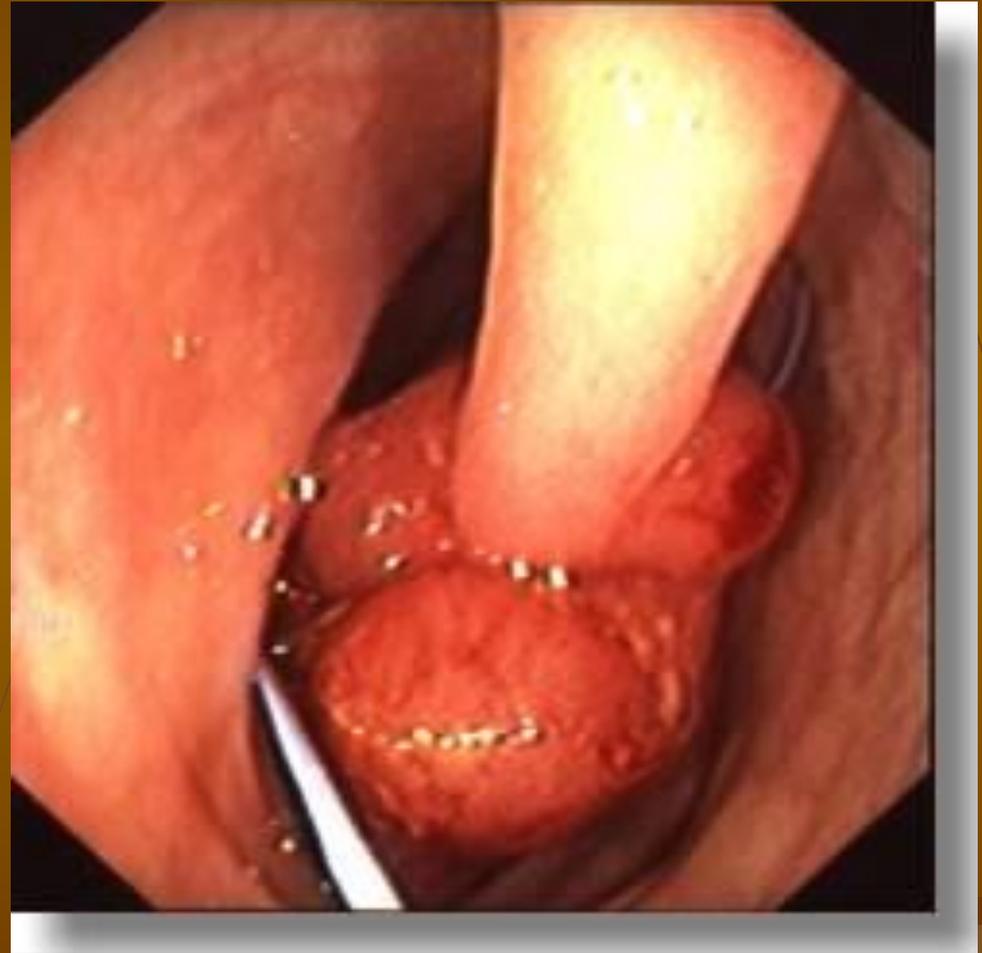
КЛИНИКА

- ✓ Боли, возможно схваткообразные
- ✓ Ректальные кровотечения
- ✓ Имитация симптомов неполной кишечной непроходимости



Диагностика

- Пальцевое исследование прямой кишки
- Ирригография
- Ректороманоскопия
- Колоноскопия
- Биопсия



Полип сигмовидной кишки на ножке



Полип толстой кишки на широком основании



Полип толстой кишки на ножке



Аденома на широком основании



Небольшое кровотечение на месте удаленного полипа

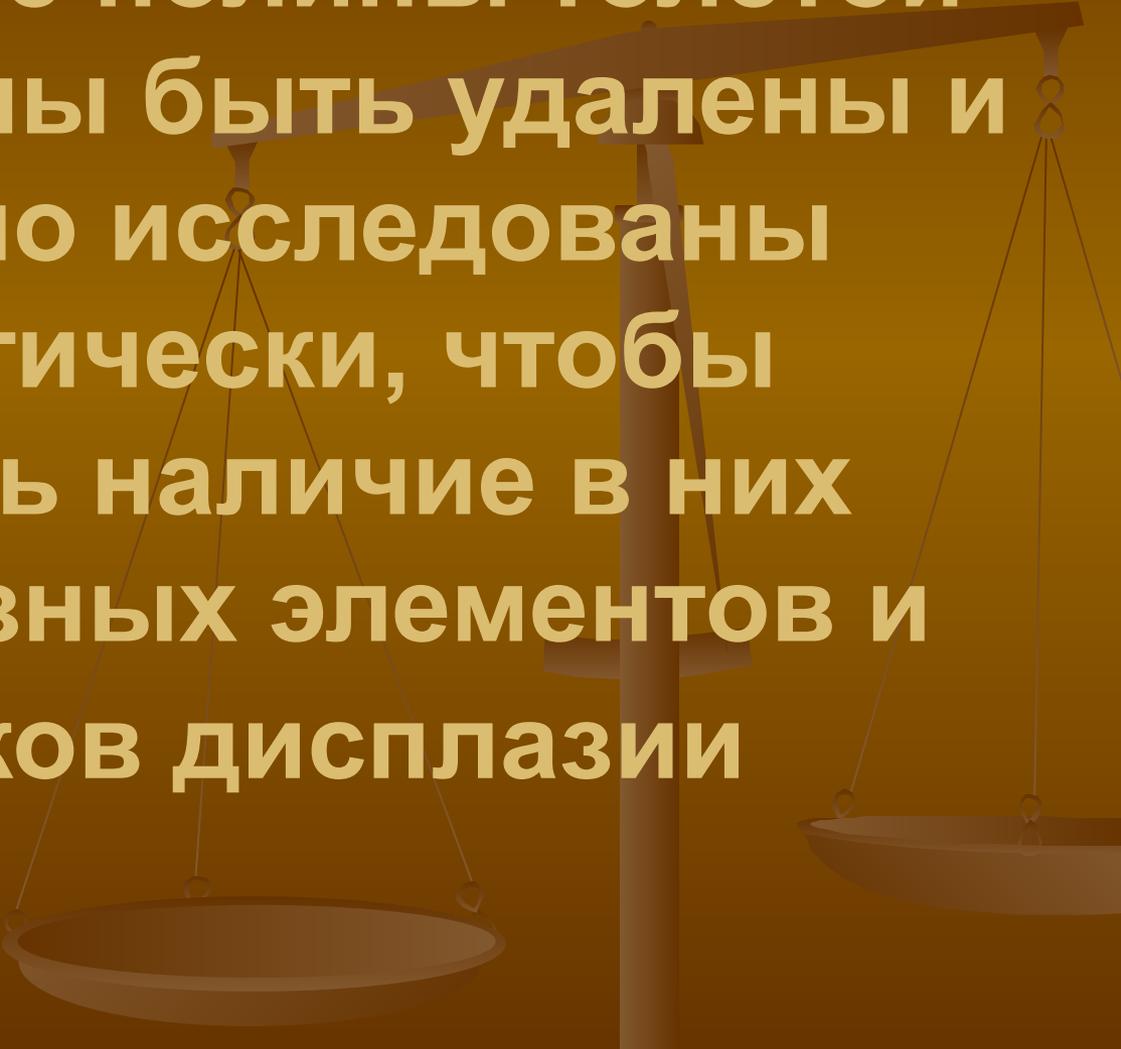
Крупный полип толстой кишки (6х6 см), диаметр основания 3 см. Полип значительно сужает просвет кишки, вызывая частичную непроходимость



Каждый человек по достижении 50 лет должен подвергнуться колоноскопии

- **Своевременное выявление и удаление почти всегда бессимптомных полипов толстой кишки - есть основная мера профилактики рака толстой кишки.**
- **Рак (аденокарцинома) толстой кишки в 95% случаев растет из доброкачественного полипа (аденомы).**
- **Железистые полипы толстой кишки (аденомы) являются предраковым поражением. С увеличением размеров аденом толстой кишки и усложнением их микроскопического строения (нарастанием ворсинчатых структур) растет потенциал их злокачественного превращения.**

**Доброкачественные
ювенильные полипы толстой
кишки должны быть удалены и
тщательно исследованы
гистологически, чтобы
исключить наличие в них
аденоматозных элементов и
признаков дисплазии**



ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение полипов толстой кишки бесперспективно.

- ▣ **Эндоскопическая полипэктомия**
- ▣ **Резекция кишки**

После эндоскопического удаления полипов больших размеров (более 2 см) или множественных полипов (5 и больше) и ворсинчатых аденом любого размера необходима контрольная эндоскопия через год и если рецидива нет, то колоноскопию повторяют каждые 3-5 лет.

Пример эндоскопического удаления полипа (полипэктомия)



Отжиг полипа
полипной петлей



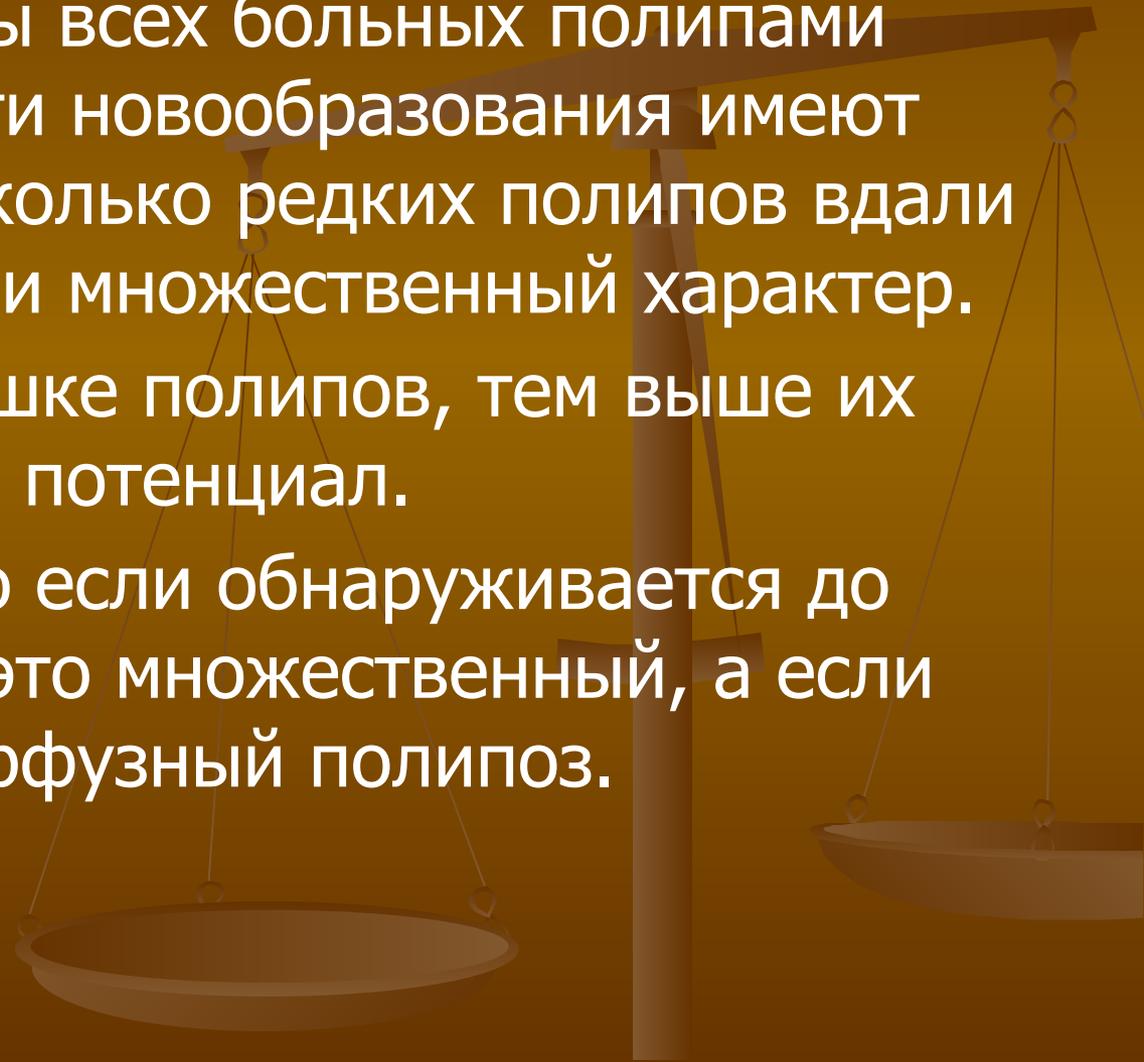
Оставшаяся культя
полипа с крупным
центральный сосудом



Наложение клипсы на
сосуд во избежание
кровотечения

Полипоз толстой кишки

- Почти у половины всех больных полипами толстой кишки эти новообразования имеют дискретный (несколько редких полипов вдали друг от друга) или множественный характер.
- Чем больше в кишке полипов, тем выше их злокачественный потенциал.
- Есть мнение, что если обнаруживается до 100 полипов, то это множественный, а если больше 100 - диффузный полипоз.



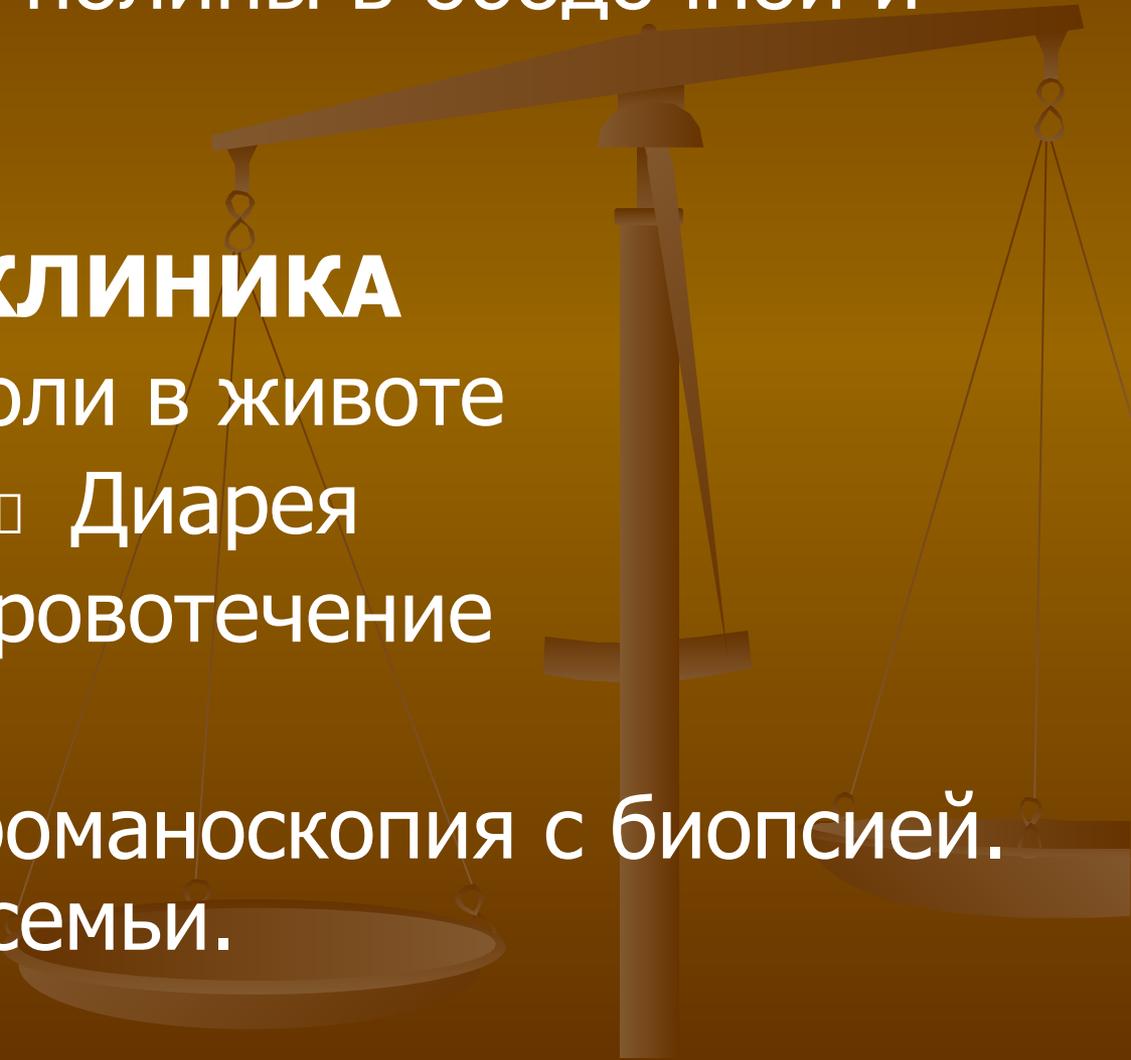
ДИФФУЗНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ

Аутосомное доминантное заболевание, аденоматозные полипы в ободочной и прямой кишке.

КЛИНИКА

- Боли в животе
 - Диарея
- Кровотечение

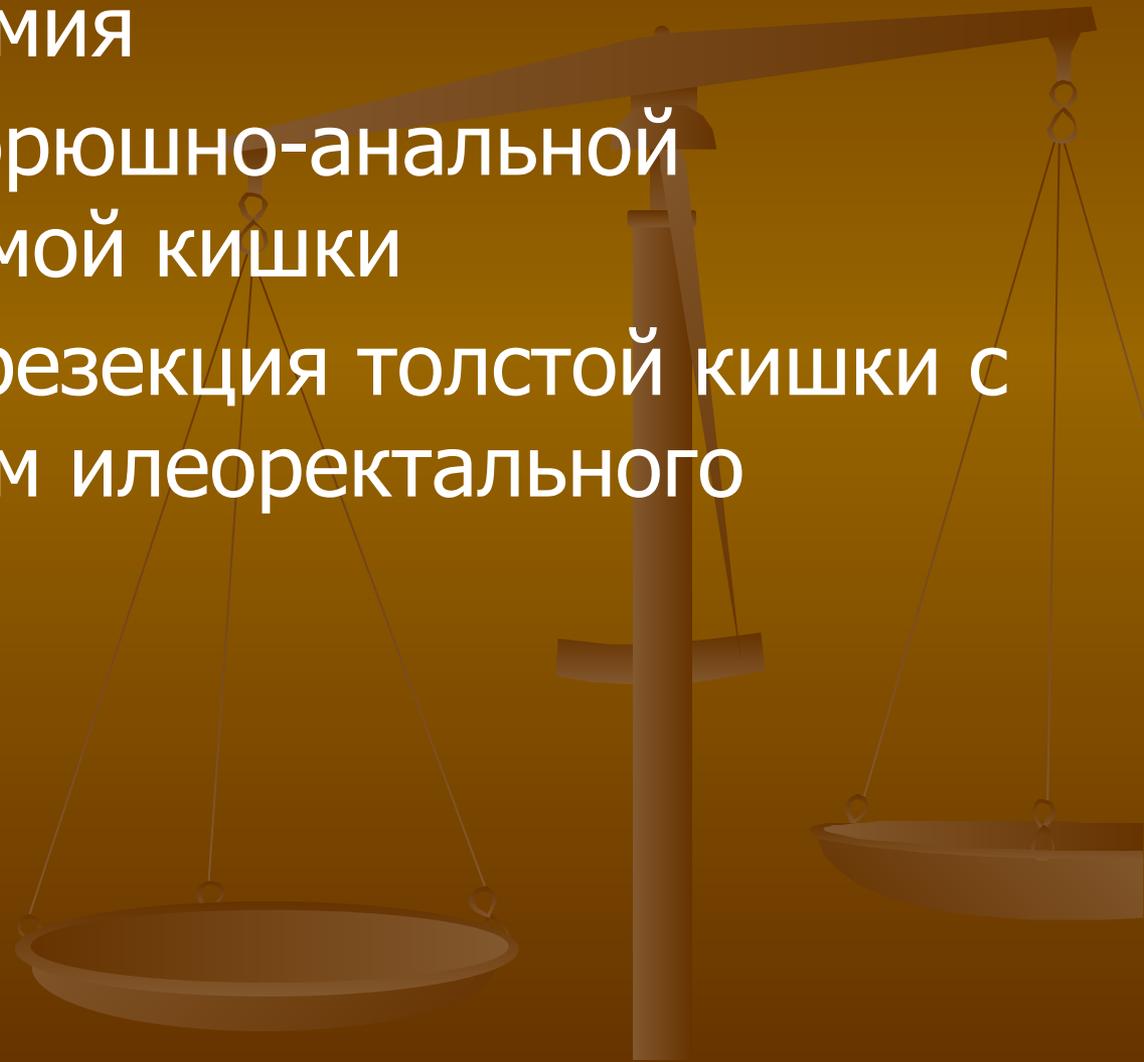
Диагноз – ректороманоскопия с биопсией.
Обследование семьи.



ДИФFUЗНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ

ЛЕЧЕНИЕ

- ❖ Проктоколэктомия
- ❖ Колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- ❖ Субтотальная резекция толстой кишки с формированием илеоректального анастомоза



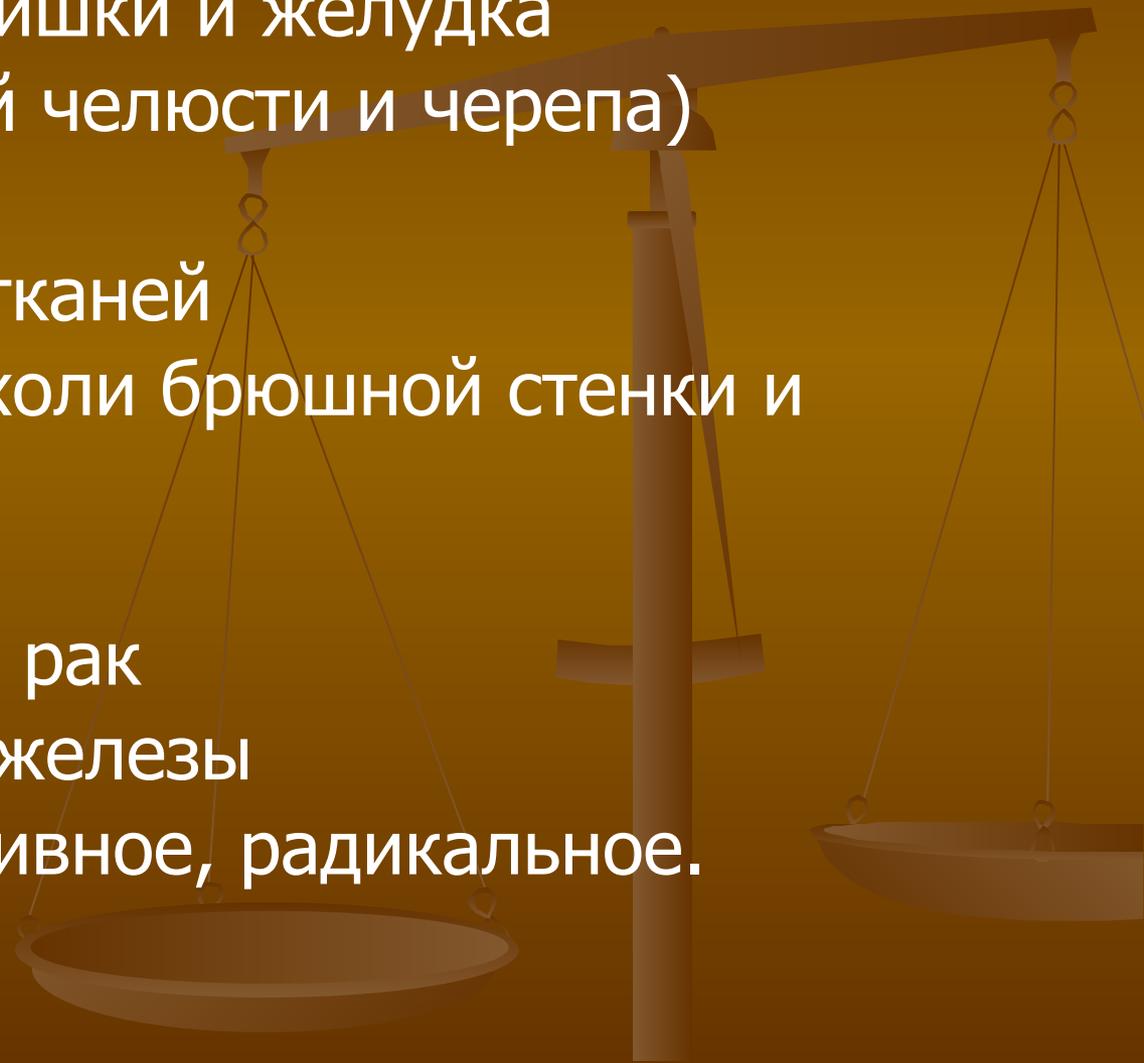
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ПОЛИПОЗНЫЕ СИНДРОМЫ



Синдром Гарднера

- Полипоз ободочной и прямой кишок
- Полипы тонкой кишки и желудка
- Остеомы (нижней челюсти и черепа)
- Кисты
- Опухоли мягких тканей
- Десмоидные опухоли брюшной стенки и брыжейки кишки
- Аномалии зубов
- Периампулярный рак
- Рак щитовидной железы

Лечение – оперативное, радикальное.



Синдром Пейтца-Егерса

- Гамартомные полипы по всему ЖКТ
- Пигментация кожи и слизистых щёк, губ, на пальцах, пальцы по типу «барабанных палочек»
- Коликообразные боли в животе, симптоматика кишечной инвагинации
- Возможны рецидивирующие кровотечения

Лечение – удаление полипов. Резекция кишки – редко, в минимальном объеме

Ювенильный полипоз

- Полипы толстой, тонкой кишки, желудка
- Кровотечения
- Озлокачествление в позднем возрасте

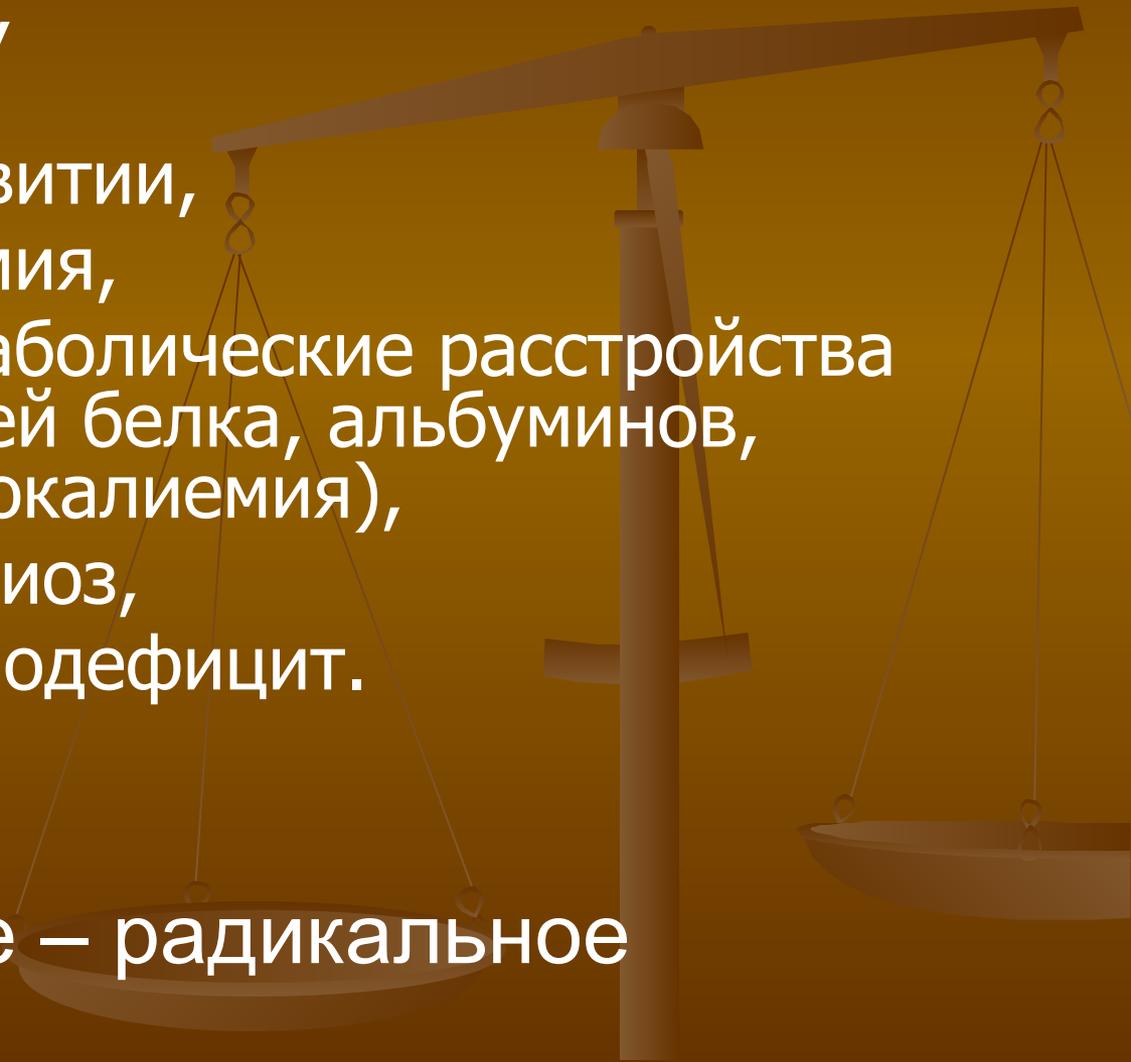
Синдром Тюрко – семейный полипоз в сочетании со злокачественными опухолями ЦНС.

Синдром Кронкхайта-Кенада – редкое сочетание полипов кишечника с алопецией, гиперпигментацией и отсутствием ногтей.

Общие клинические проявления

- кровавые поносы,
- истощение,
- отставание в развитии,
- хроническая анемия,
- выраженные метаболические расстройства (снижение уровней белка, альбуминов, холестерина, гипокалиемия),
- резкий дисбактериоз,
- вторичный иммунодефицит.

Лечение – радикальное



РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Этиологические факторы и предраковые заболевания

- *Диета.*
 - *Колоректальные полипы*
 - *Воспалительные заболевания толстой кишки.*
 - **язвенный колит**
 - **Болезнь Крона**
 - *Наследственность*
 - **семейный диффузный полипоз**
 - **синдром Гарднера**
 - **синдром Тюрко**
- 

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Этиологические факторы и предраковые заболевания

Семейный раковый синдром (синдром Линча).

множественные аденокарциномы эндометрия или ободочной кишки.

Синдром Линча I :

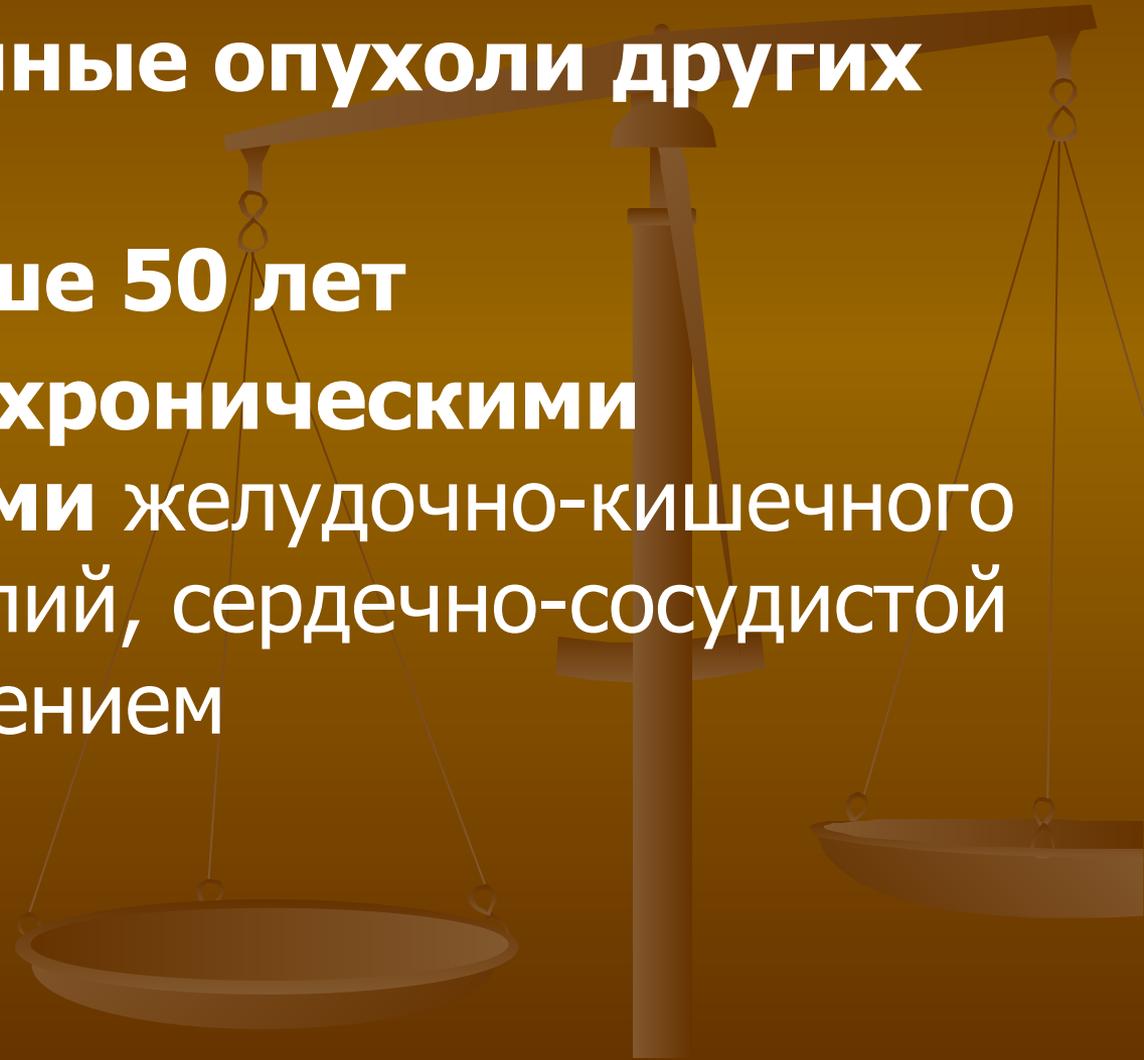
- 1) аутосомно-доминантный тип наследования;
- 2) возникает в раннем возрасте;
- 3) локализация опухоли толстой кишки преимущественно правосторонняя;
- 4) первично-множественные синхронные опухоли.

Синдром Линча II характеризуется такими же признаками, но с одновременным или последовательным развитием рака матки, яичников, желудка, мочевого пузыря и пр.

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Этиологические факторы и предраковые заболевания

- **злокачественные опухоли других органов.**
- **возраст старше 50 лет**
- **страдающие хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, гениталий, сердечно-сосудистой системы, ожирением**



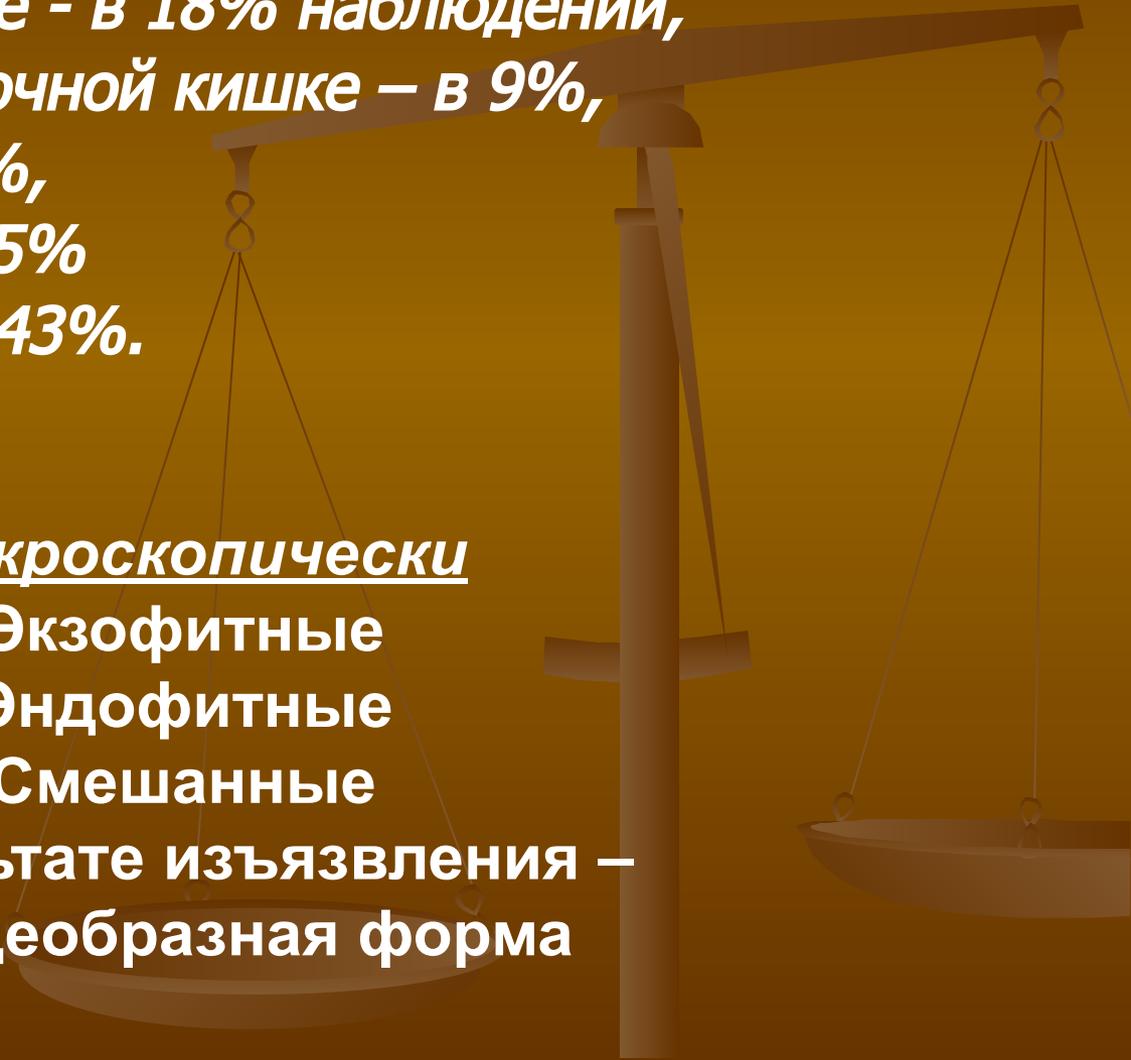
Локализация и патологическая анатомия РТК М. Corman (1989)

- *В восходящей кишке - в 18% наблюдений,*
- *в поперечной ободочной кишке – в 9%,*
- *в нисходящей – в 5%,*
- *в сигмовидной – в 25%*
- *в прямой кишке – в 43%.*

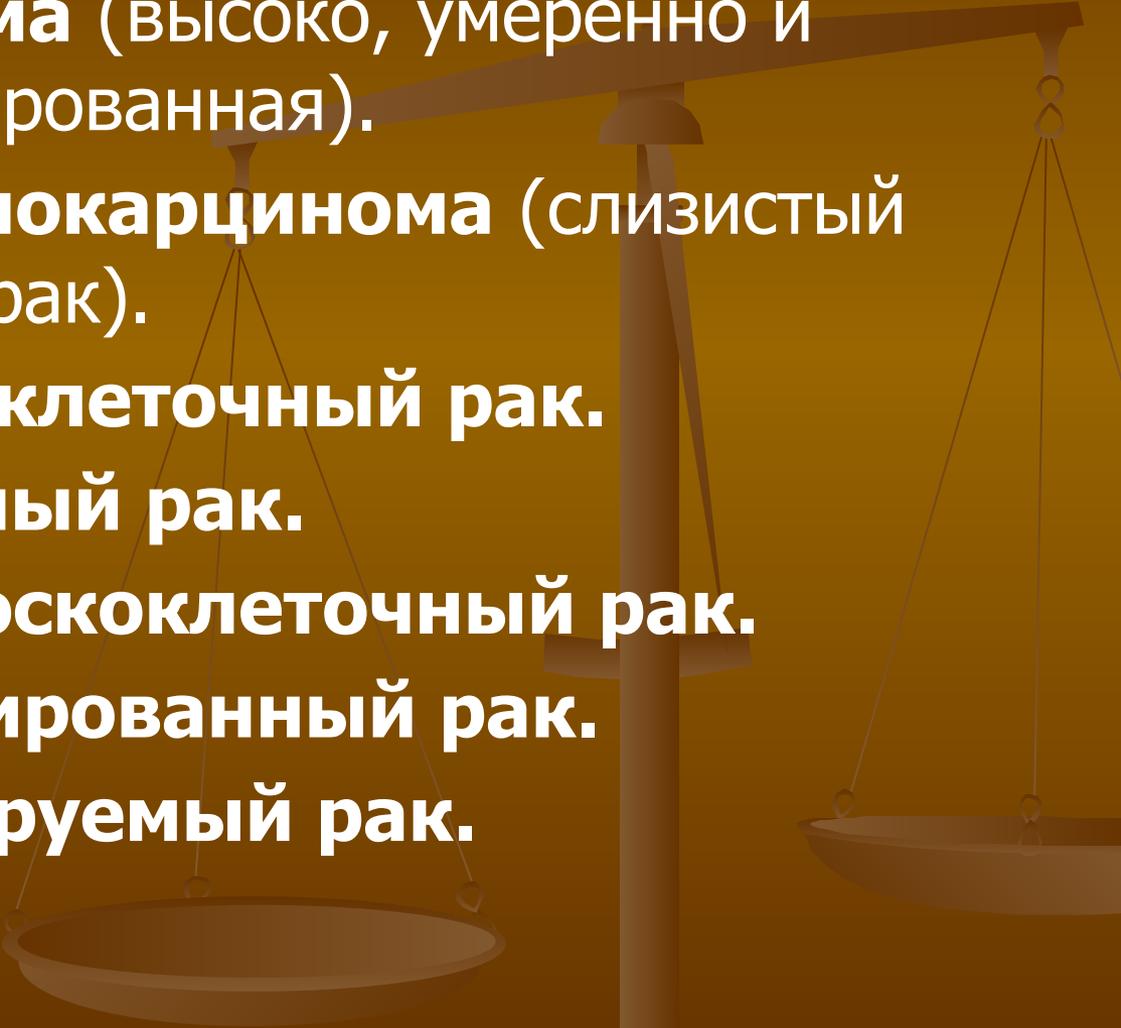
Макроскопически

- ✓ Экзофитные
- ✓ Эндофитные
- ✓ Смешанные

В результате изъязвления –
блюдецобразная форма



по *микроскопическому строению*

1. **Аденокарцинома** (высоко, умеренно и мало дифференцированная).
 2. **Слизистая аденокарцинома** (слизистый или коллоидный рак).
 3. **Перстневидно-клеточный рак.**
 4. **Плоскоклеточный рак.**
 5. **Железисто-плоскоклеточный рак.**
 6. **Недифференцированный рак.**
 7. **Неклассифицируемый рак.**
- 

Метастазирование

- Лимфогенный путь
- Гематогенный путь
- Имплантационный путь.

Отдаленные метастазы

- Печень
- Головной мозг
- Легкие
- Кости
- Яичники
- Сальник



TNM клиническая классификация (6-е издание, 2002 год)

T – первичная опухоль

- TX** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- T0** – первичная опухоль не определяется.
- Tis** – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ): интраэпителиальная инвазия или инвазия собственной пластинки слизистой оболочки.
- T1** – опухоль инфильтрирует подслизистую основу.
- T2** – опухоль инфильтрирует мышечную оболочку.
- T3** – опухоль инфильтрирует подсерозную основу или ткани, прилежащие к перитонизированным участкам ободочной кишки.
- T4** – опухоль распространяется на другие органы или структуры и/или прорастает висцеральную брюшину.

TNM клиническая классификация (6-е издание, 2002 год)

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются периколические, а также располагающиеся вдоль подвздошно-ободочной, правой толстокишечной, средней толстокишечной, левой толстокишечной, сигмовидных и нижней мезентериальной артерий.

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

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.

TNM клиническая классификация (6-е издание, 2002 год)

М – отдаленные метастазы

МХ – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М0 – отдаленные метастазы не определяются.

М1 – имеются отдаленные метастазы

Существенны для исхода заболевания три параметра:

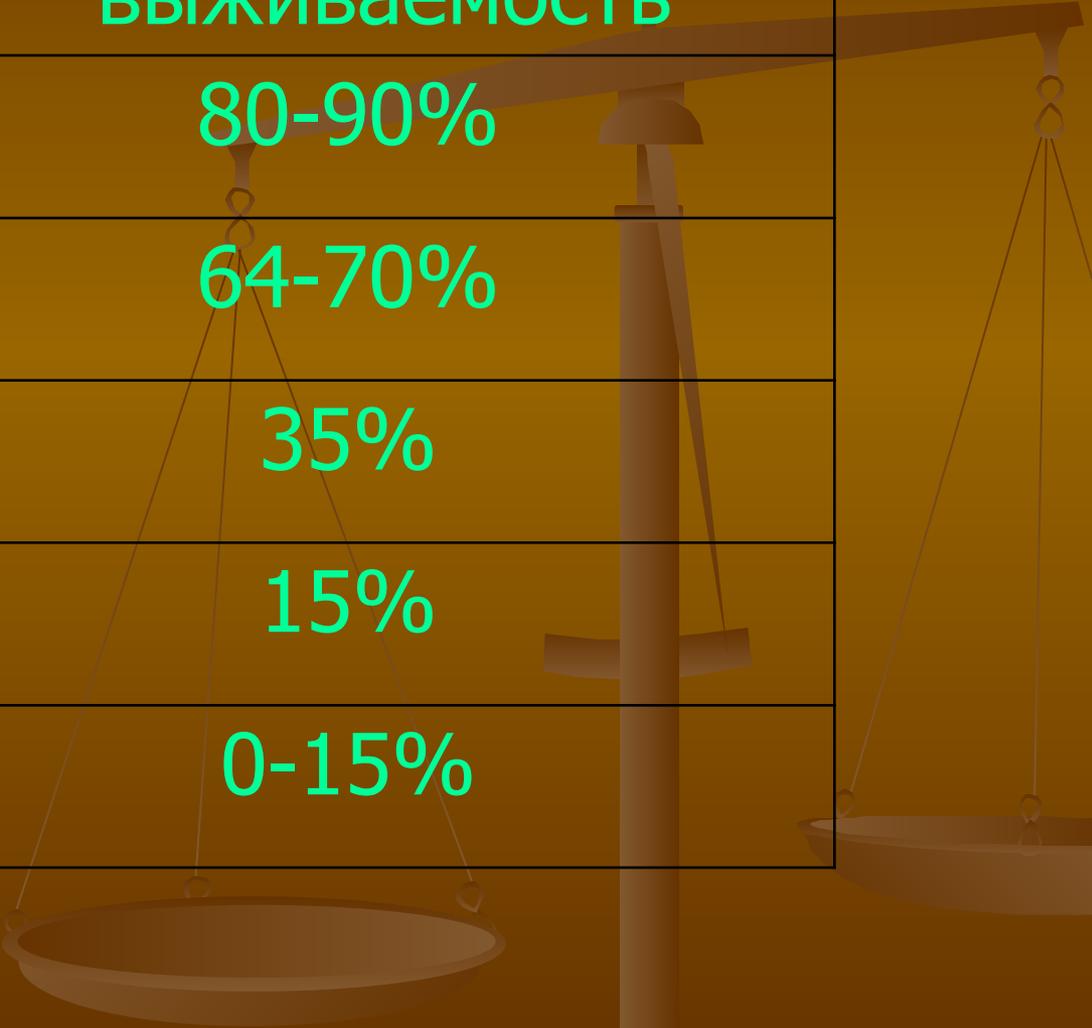
- а) поперечное прорастание или распространение опухоли по слоям кишечной стенки;**
- б) вовлечение регионарных лимфатических узлов;**
- в) отдаленные метастазы.**

ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

Стадия 0	TIS	N0	M0
Стадия I	T1, T2	N0	M0
Стадия IIА	T3	N0	M0
Стадия IIВ	T4	N0	M0
Стадия IIIА	T1, T2	N1	M0
Стадия IIIВ	T3, T4	N1	M0
Стадия IIIС	Любая Т	N2	M0
Стадия IV	Любая Т	Любая N	M1

Классификация Dukes

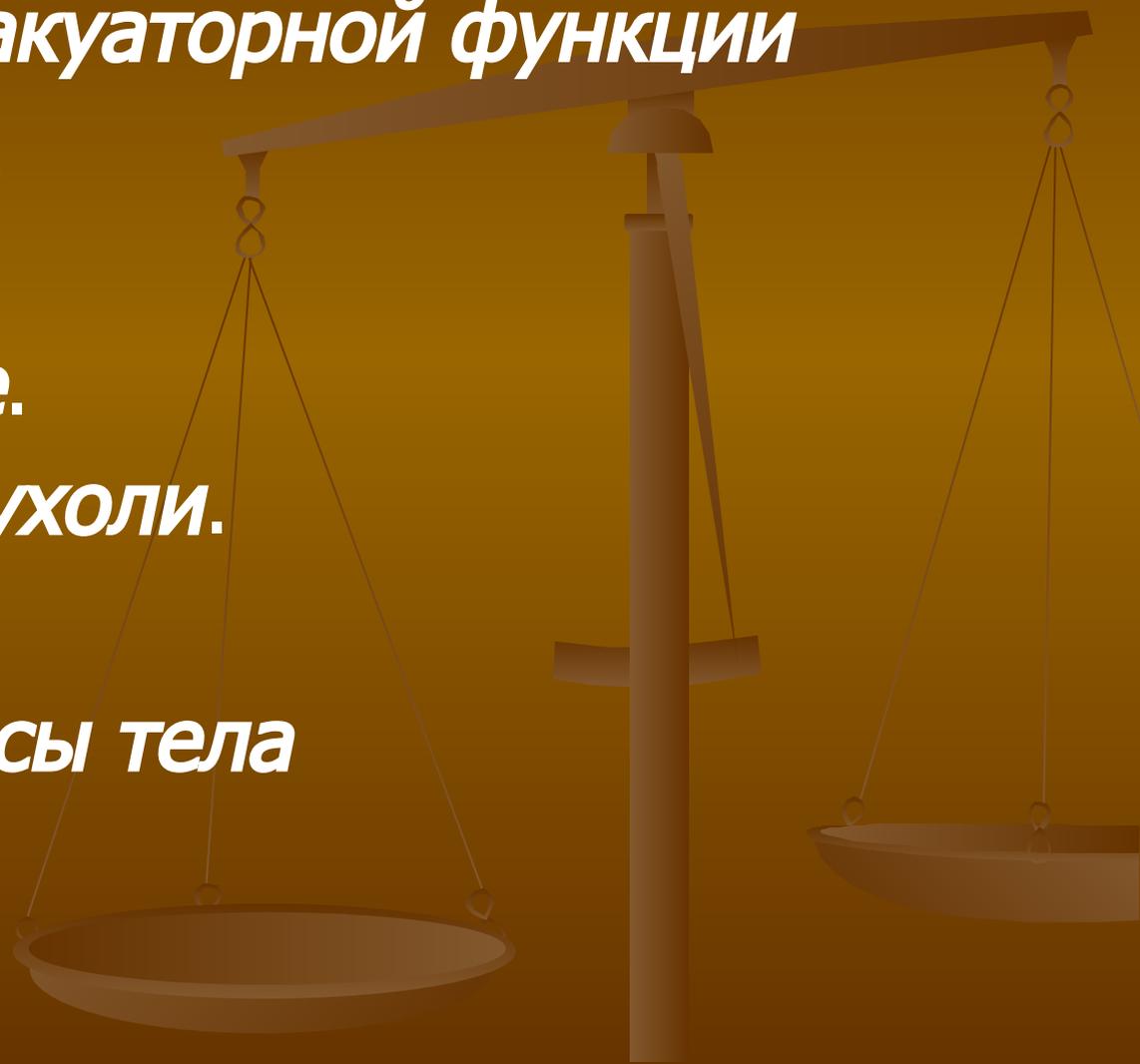
- Стадия А** – опухоль ограничена стенкой кишки без прорастания в окружающие ткани и без метастазов в регионарные лимфатические узлы.
- Стадия В** – опухоль прорастает в окружающие ткани, но отсутствуют метастазы в регионарных лимфоузлах.
- Стадия С1** – опухоль с/без прорастания в окружающие ткани, с наличием метастазов в околокишечных лимфоузлах.
- Стадия С2** – опухоль, пенетрирующая все слои кишечной стенки с наличием метастазов в лимфоузлах, расположенных в области перевязанных питающих сосудов.
- Стадия D** – наличие отдаленных метастазов.



стадия	5-летняя выживаемость
A	80-90%
B	64-70%
C1	35%
C2	15%
D	0-15%

Клиническая симптоматика:

- 1. Изменение эвакуаторной функции*
- 2. Кровотечение.*
- 3. Тенезмы .*
- 4. Боли в животе.*
- 5. Пальпация опухоли.*
- 6. Анемия.*
- 7. Снижение массы тела*



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- ***Обтурационная***
- ***Токсико-анемическая***
- ***Опухолевая***
- ***Псевдовоспалительная***
- ***Энтероколитическая***
- ***Болевая***
- ***Скрытая***
- ***Метастатическая***



Диагностика

- ❖ **Пальцевое исследование**

более 25% всех злокачественных новообразований толстой кишки возможно выявить с помощью пальцевого исследования прямой кишки.

- ❖ **Ректороманоскопия**

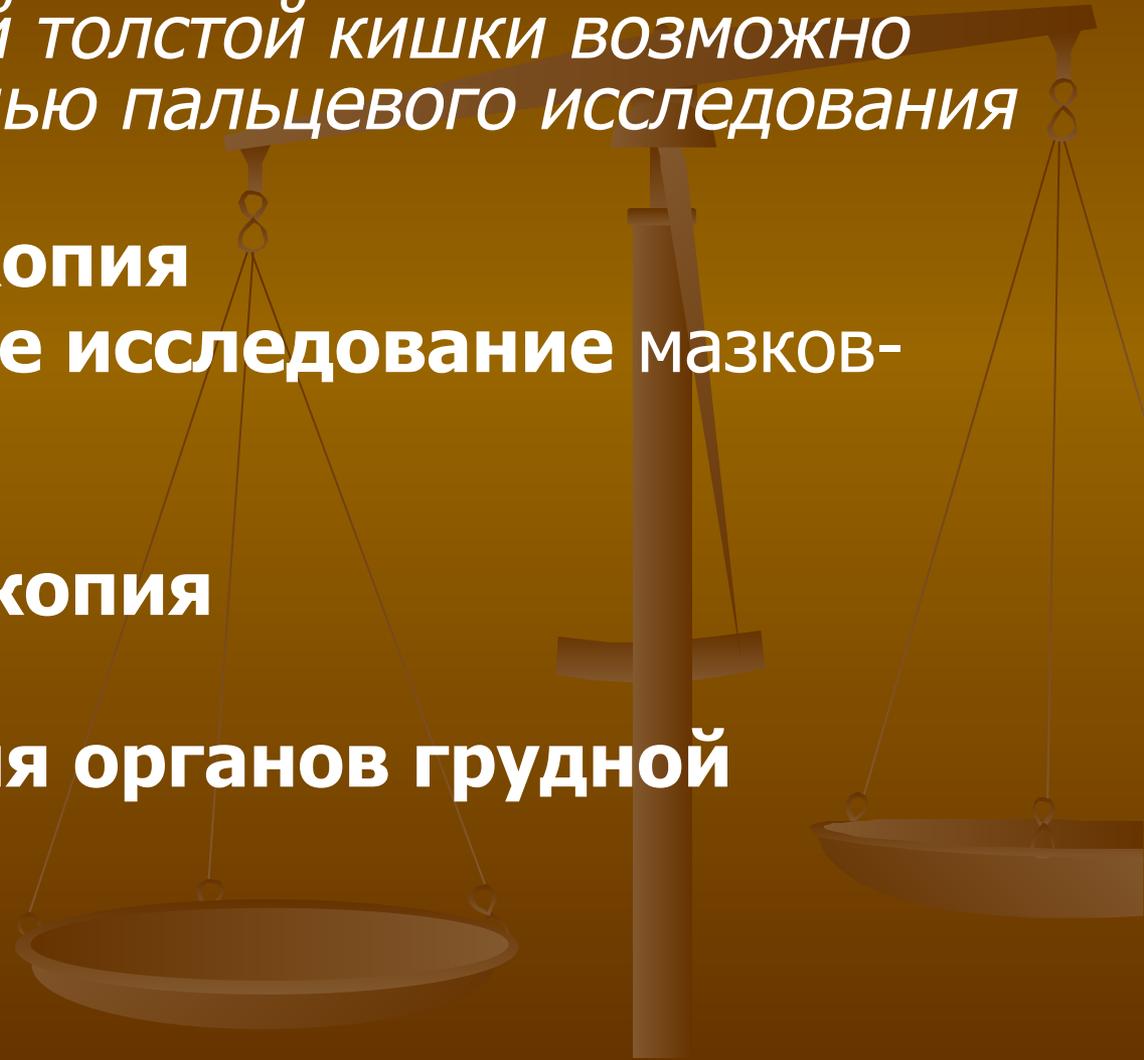
- ❖ **Цитологическое исследование мазков-отпечатков**

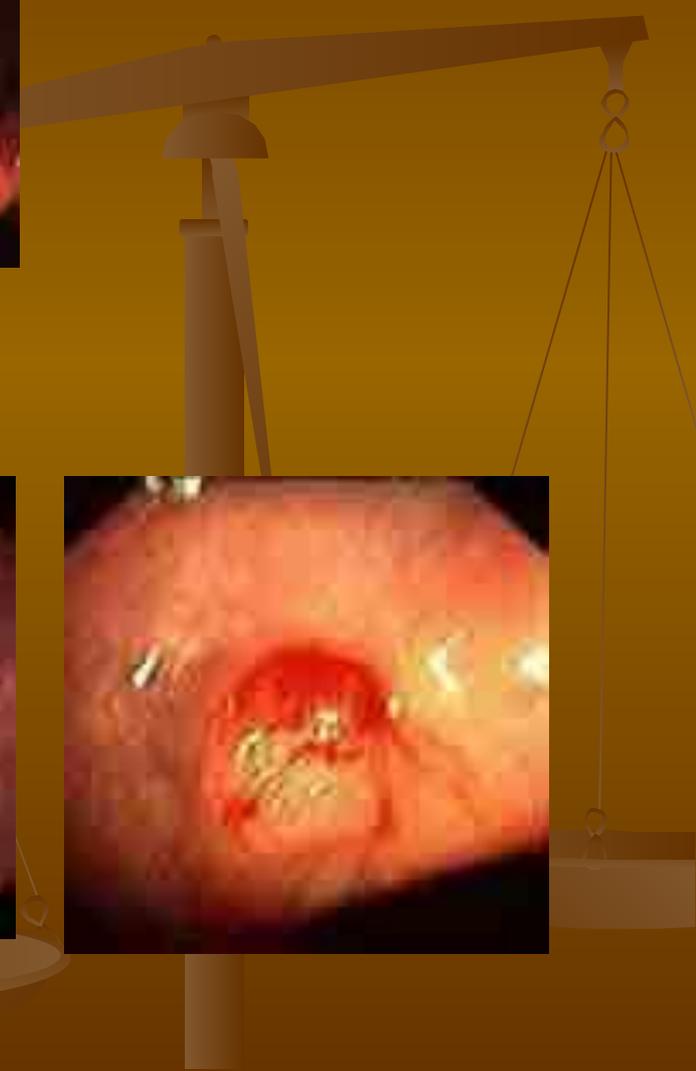
- ❖ **Биопсия**

- ❖ **Фиброколоноскопия**

- ❖ **Ирригоскопия**

- ❖ **Рентгенография органов грудной клетки.**





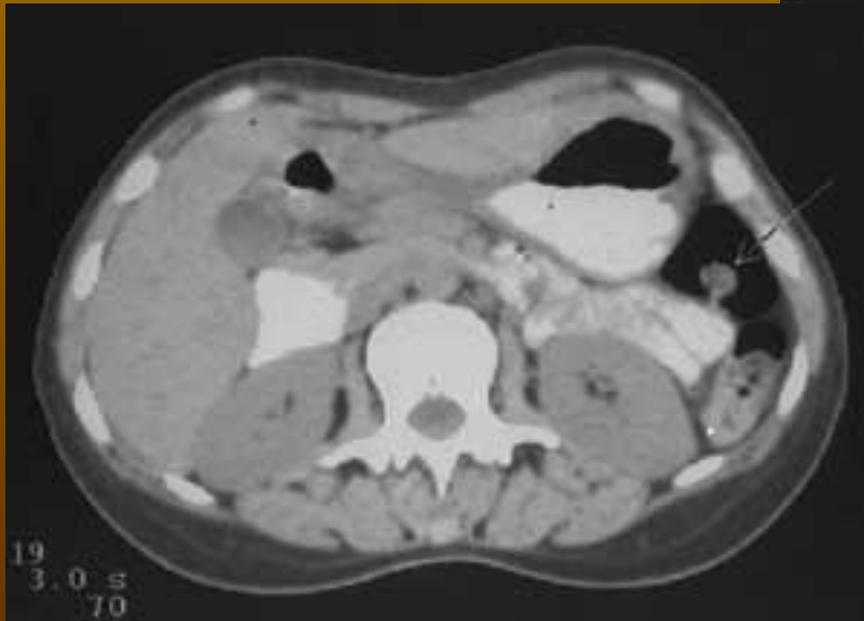


Рак печеночного угла толстой кишки: неравномерное утолщение стенки кишки, ее неоднородность, инфильтрация окружающей клетчатки, утолщение близлежащего участка брюшины

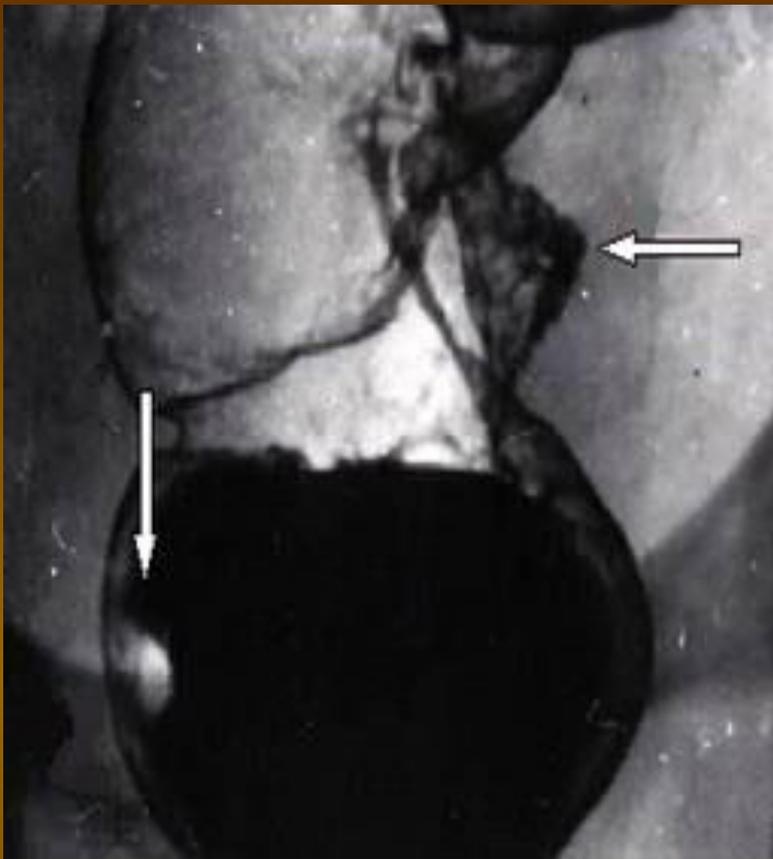
Рак слепой кишки: неравномерное утолщение стенок, инфильтрация окружающей клетчатки



Рак поперечноободочной кишки:
локальное утолщение задней
стенки кишки вблизи
печеночного изгиба,
увеличенные до 1,1 см
лимфоузлы вблизи измененной
кишки (стрелки).

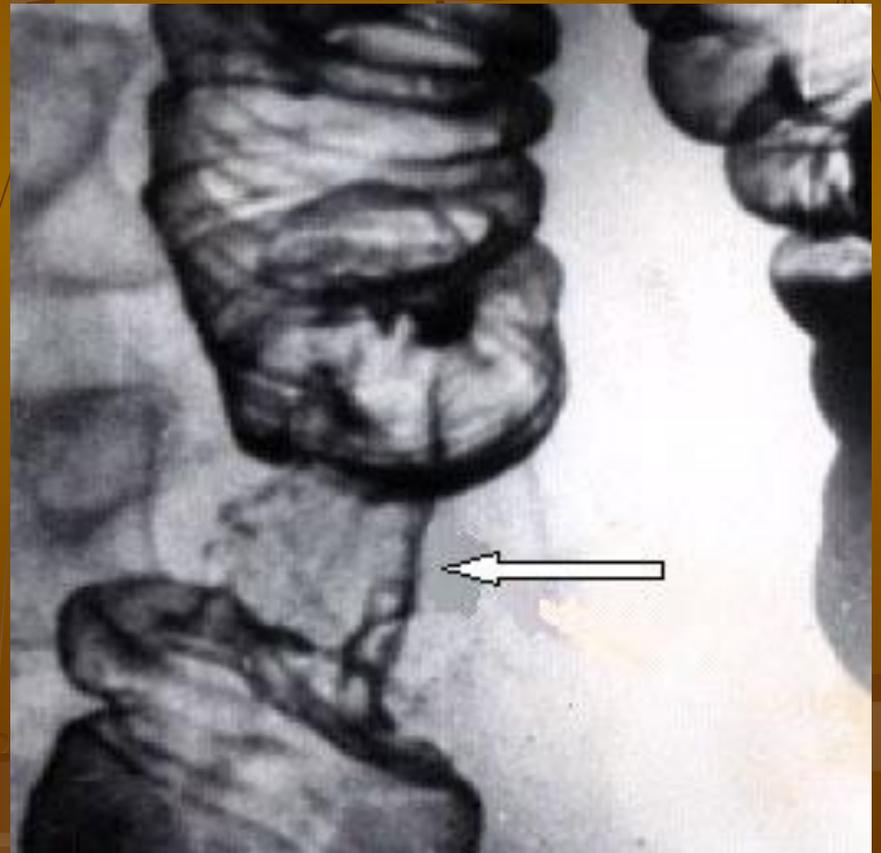


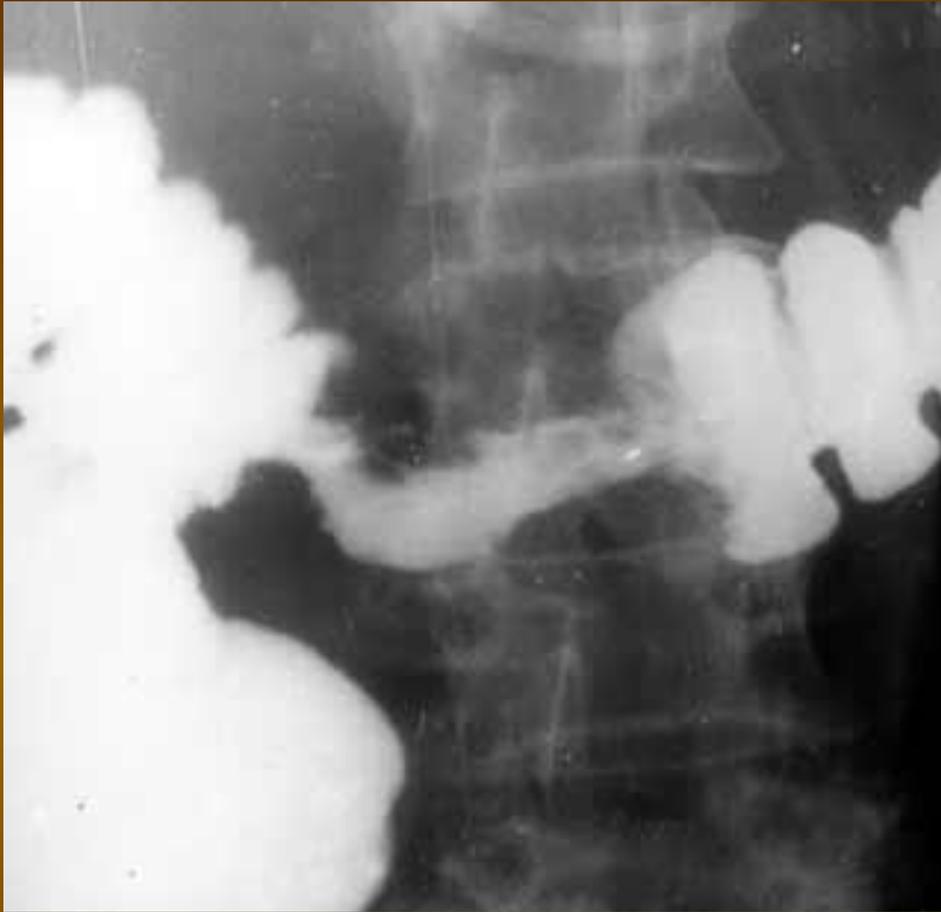
Полип на ножке (стрелка)
визуализируется на фоне
газа в селезеночном изгибе
толстой кишки



Циркулярный рак сигмовидной кишки с инвагинацией верхнего полюса опухоли в неповрежденный участок кишки (стрелка).

Блюдцеобразный рак среднеампулярного отдела прямой кишки (горизонтальная стрелка). «Пограничный» полип нижнеампулярного отдела (вертикальная стрелка).





Для уточнения диагноза используют и другие методы рентгенологических исследований: экскреторную урографию, цистографию, уретрографию, фистулографию. Несколько реже применяют лимфографию и ангиографию.

- ❖ **Ультразвуковые исследования**
- ❖ **Компьютерная томография**
- ❖ **Магнитно-ядерный резонанс**
- ❖ **Раково-эмбриональный антиген**

Лечение рака ободочной кишки

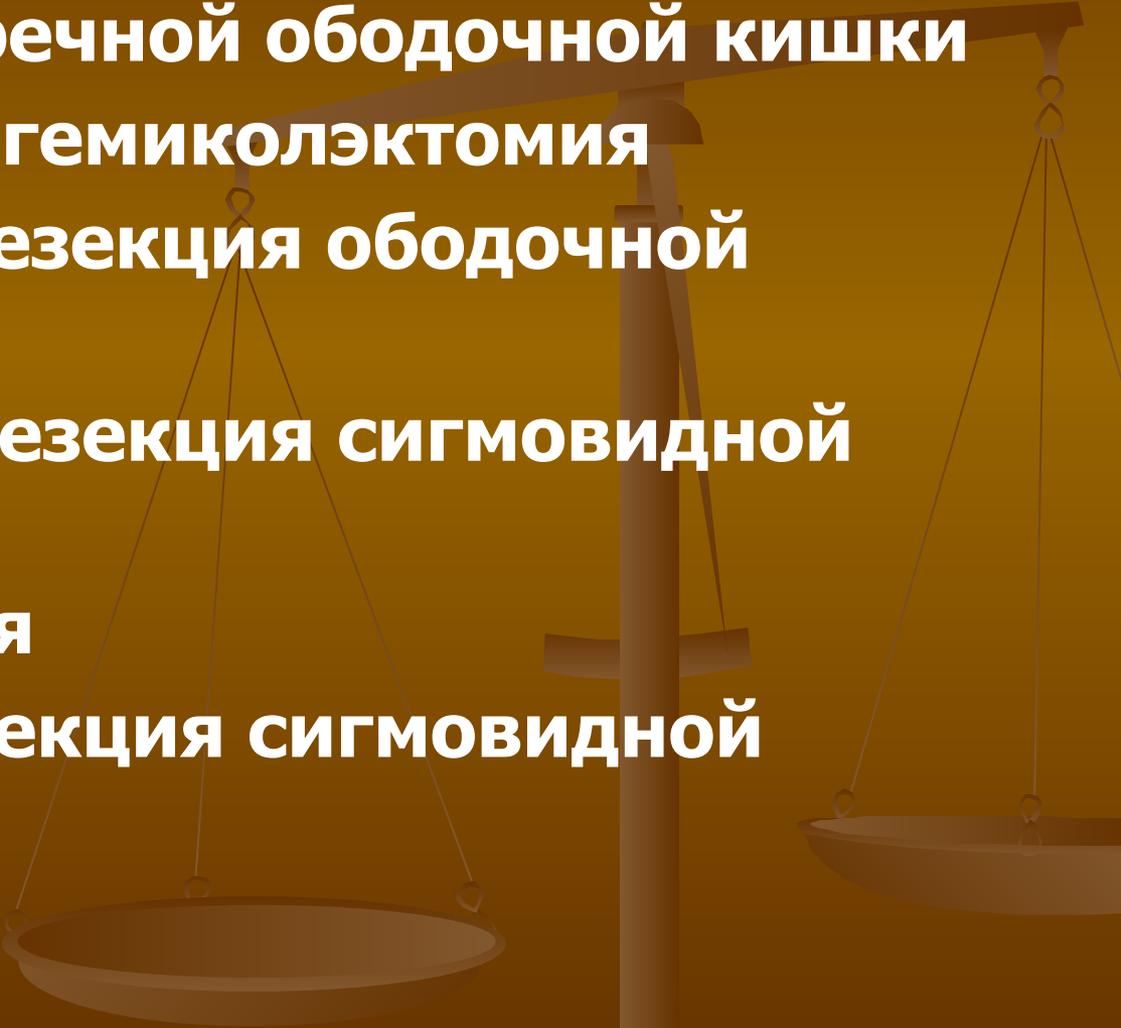
В настоящее время у больных раком ободочной кишки нет альтернативы хирургическим методам лечения. Лучевая и химиотерапия, лазерное воздействие являются лишь вспомогательными.

Принципы операций

- **АБЛАСТИЧНОСТЬ**
- **АНТИБЛАСТИЧНОСТЬ**

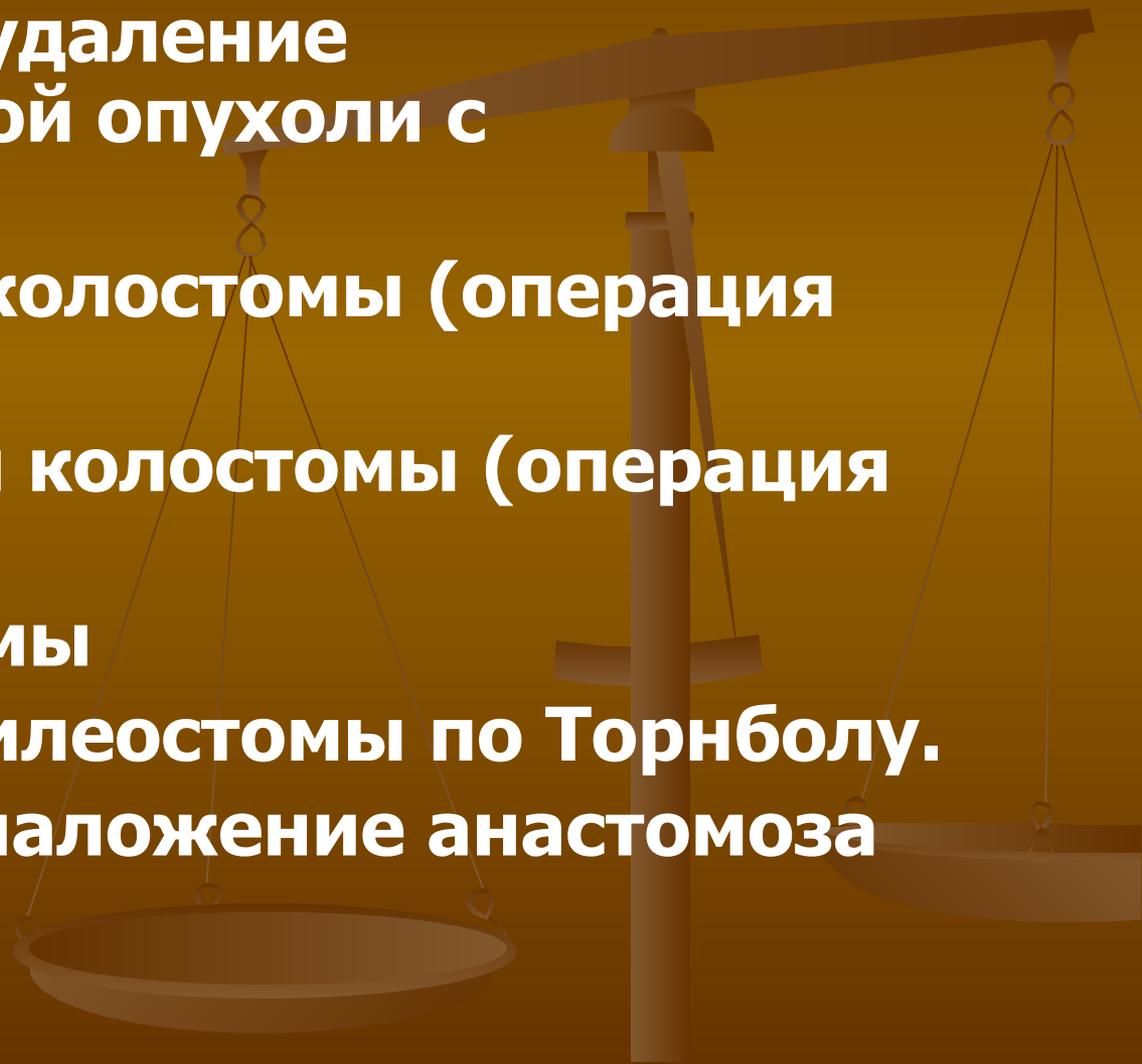
При резекции сегмента кишки необходимо отступить от края опухоли в проксимальном направлении не менее 12 см, а в дистальном – не менее 3 см.

Виды операций

- ▣ **правосторонняя гемиколэктомия**
 - ▣ **резекция поперечной ободочной кишки**
 - ▣ **левосторонняя гемиколэктомия**
 - ▣ **субтотальная резекция ободочной кишки**
 - ▣ **сегментарная резекция сигмовидной кишки**
 - ▣ **сигмоидэктомия**
 - ▣ **дистальная резекция сигмовидной кишки**
- 

*Методики операции при раке ободочной кишки
делят на одномоментные, двух- и
трехэтапные.*

- Первый этап - удаление злокачественной опухоли с наложением:
 - ✓ Двустволевой колостомы (операция Микулича)
 - ✓ Одноствольной колостомы (операция Гартмана)
 - ✓ Трансверзостомы
 - ✓ Двустволевой илеостомы по Торнболу.
- Второй этап – наложение анастомоза



При прорастании опухоли в соседние органы
резекция единым блоком пораженных сегментов
ободочной кишки и вовлеченного органа (мочевой
пузырь, тонкая кишка, желудок и т.п.). 5-летняя
выживаемость достигает 50%.

Тактика при отдаленным метастазах

- Первый этап – удаление опухоли
Дополнительное обследование (КТ, АГ и др.)
- Второй этап - краевая, клиновидная резекция печени или гемигепатэктомия.
Пятилетняя выживаемость 25–30%.

Комплекс мероприятий, направленный на профилактику воспалительных осложнений, а также рецидивов и метастазов.

- 1. Перед операцией в/в вводят ударную дозу цефалоспоринов 3-го поколения.
- 2. Послойное рассечение передней брюшной стенки с последовательным тщательным отграничением салфетками подкожной жировой клетчатки, брюшины, брюшной полости.
- 3. перевязка и пересечение питающих сосудов, а также кишки на 12–15 см выше опухоли и 3-10 см ниже.
- 4. закрытие просвета кишки до ее мобилизации.
- 5. Мобилизация кишки острым путем. При выполнении брюшно-анальной резекции или экстирпации вмешательство выполняют синхронно две бригады хирургов.
- 6. При выполнении сфинктерсохраняющих операций удаление операционного препарата абдоминальной бригадой хирургов.
- 7. Тщательный гемостаз, смена белья и перчаток после отдельных этапов операции.
- 8. Промывание полости таза антисепиками.
- 9. Промывание лапаротомной раны антисептиками.
- 10. Фракционное орошение полости таза в послеоперационном периоде у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки и брюшно-анальную резекцию.

Лучевая терапия

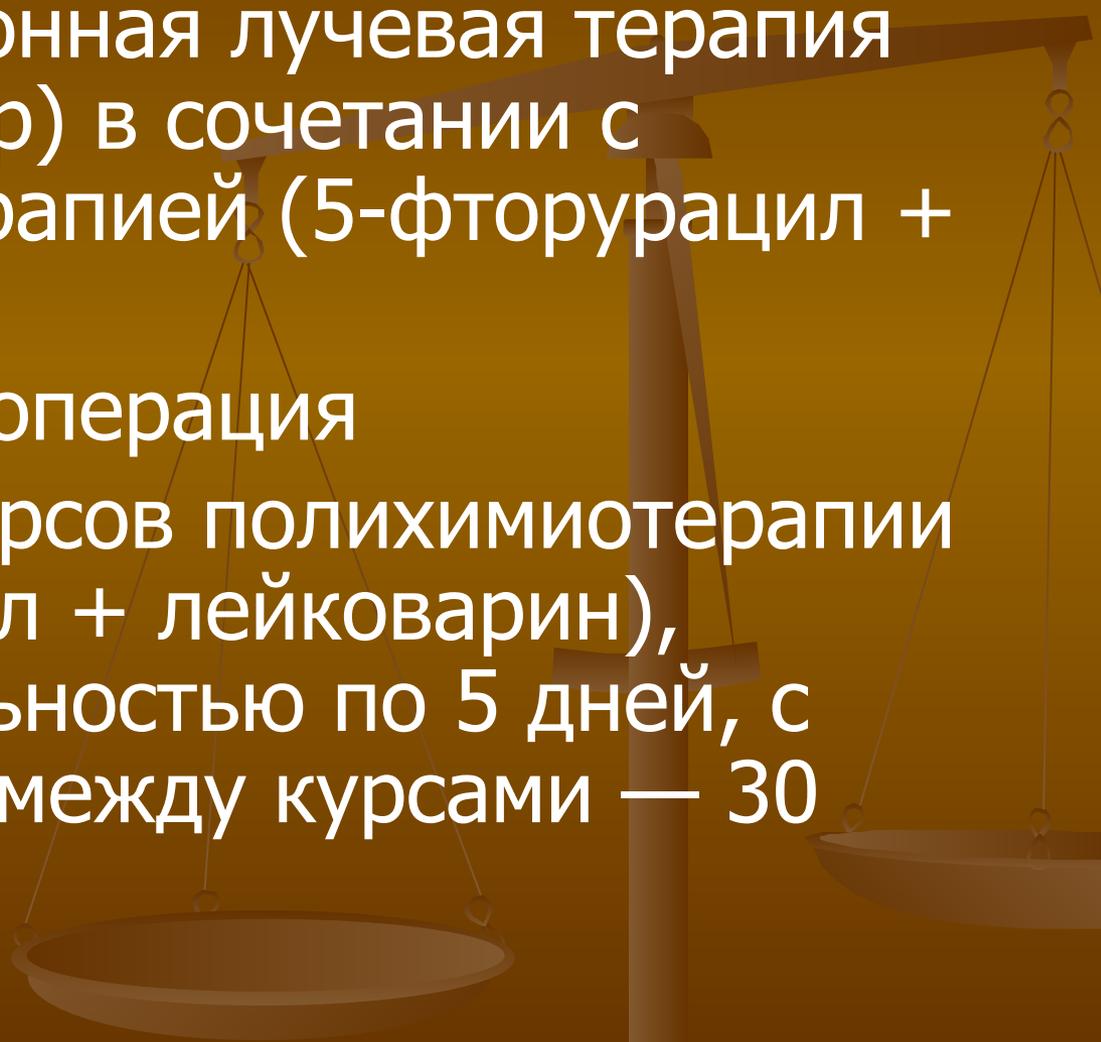
Предоперационная лучевая терапия показана больным с местнораспространенными формами рака. Оптимальная суммарная очаговая доза составляет 45–50 Гр.

Адъювантная химиотерапия

- 5-фторурацил
- лейковарин



Комплексное лечение:

- предоперационная лучевая терапия (СОД 40–45 Гр) в сочетании с полихимиотерапией (5-фторурацил + лейковарин),
 - радикальная операция
 - не менее 6 курсов полихимиотерапии (5-фторурацил + лейковарин), продолжительностью по 5 дней, с интервалами между курсами — 30 дней.
- 

Лапароскопические операции

