

СПБГМУ имени акад. И.П.Павлова
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ № 1

Неопухолевые заболевания ободочной КИШКИ

ЧАСТЬ № 2

Доцент Зубаровский И.Н.

Полипы толстой кишки

Полипом (греч. poli – много, pus – нога, т. е. многоножка) принято называть всякую опухоль на ножке, свисающую из стенок полого органа в его просвет, независимо от микроскопического строения. Термин «полип» впервые введен Гиппократом. Под термином «полип» толстой кишки подразумевается опухолевидное образование, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки, более или менее округлой формы на ножке, или на широком основании, поверхность которой может быть гладкой, либо покрытой ворсинками.

Основное и самое важное клиническое и социальное значение в диагностике и лечении больных с полипами определяется большой вероятностью их малигнизации. Проблема раннего выявления и удаления полипов, напрямую связана с возможностью профилактики рака толстой кишки.

Структура онкологических новообразований в Санкт-Петербурге в 2006 г.

Мужчины			Женщины		
Локализация	Абс.	%	Локализация	Абс.	%
Трахея, бронхи, легкие	1430	18,4	Молочная железа	2124	20,3
Толстая кишка	1153	14,8	Толстая кишка	1645	15,7
Желудок	871	11,2	Кожа и мягкие ткани	1243	11,9
Предстательная железа	725	9,3	Матка	1007	9,6
Кожа и мягкие ткани	661	8,5	Желудок	776	7,4
Лимфатическая и кроветворная ткань	477	6,0	Лимфатическая и кроветворная ткань	641	6,1
Мочевой пузырь	343	4,4	Яичники	530	5,1
Почки	341	4,4	Трахея, бронхи, легкие	429	4,1
Поджелудочная железа	311	4,0	Поджелудочная железа	354	3,4
Пищевод	219	2,2	Почки	301	2,9
Остальные органы и системы	1245	16,0	Остальные органы и системы	1418	13,6
Всего	7776	100	Всего	10468	100

По мнению большинства исследователей, рак толстой кишки чаще всего развивается из доброкачественных полипов. По данным В. Morson это происходит у 50-75% больных.

Частота развития

доброкачественных опухолей

толстой кишки среди взрослого

населения составляет 5-15%.

Раннее выявление рака толстой кишки среди населения имеет два направления

- А. Обнаружение рака толстой кишки у формально здоровых людей
- В. Обнаружение рака толстой кишки в группах высокого риска

Риск развития колоректального рака.

- Лица без предрасполагающих обстоятельств – 1 - 3%
- Рак толстой кишки у родственника I порядка – 5%
- Пациенты перенесшие операции по поводу рака толстой кишки, молочной железы, яичника - 8 - 10 %
- Пациенты с НЯК и болезнью Крона - 15 – 30%
- Пациенты с одиночными и групповыми полипами - 20%
- Пациенты с семейным полипозом – 30 – 100%

Есть все основания утверждать, что во всех развитых странах мира увеличивается частота не только рака толстой кишки, но и фоновых заболеваний этого органа (прежде всего полипов), являющихся предраковым состоянием.

С изменениями в характере употребляемых продуктов, с замедлением пассажа химуса по толстой кишке, в целом связывают учащение возникновения функциональных, воспалительных и, главное, новообразовательных процессов в толстой кишке среди населения большинства высокоразвитых стран.

В связи с этим профилактика рака толстой кишки, очевидно, должна заключаться не только в своевременном выявлении и лечении доброкачественных опухолей (полипов), но и в предупреждении их развития с помощью правильной, научно обоснованной организации питания населения с включением в рацион питания продуктов, содержащих достаточное количество растительной клетчатки, и уменьшением потребления жиров и белков животного происхождения.

Классификация

Эпителиальные доброкачественные опухоли:

1. Полипы (одиночные и групповые): гиперпластические полипы, железистые полипы (аденомы), железисто-ворсинчатые полипы.
2. Ворсинчатые опухоли.
3. Диффузный полипоз (семейный полипоз; ювенильный полипоз синдром Пейтца-Егерса и др.)
4. Воспалительные псевдополипы (воспалительный полип, поствоспалительный полип (фиброзный))

Классификация (продолжение)

Неэпителиальные доброкачественные опухоли.

1. Лейомиома
2. Миома
3. Невринома
4. Гемангиома
5. Доброкачественная лимфома
6. Карциноиды

Большинство эпителиальных новообразований (полипов) проходят последовательные стадии развития от малых размеров к большим, от малой выраженности пролиферативной активности к большей, вплоть до перехода в инвазивный раковый процесс.

- Риск злокачественного перерождения зависит от размеров полипа, доли ворсинчатого компонента, степени дисплазии и возраста больного.
- Мелкие полипы (до 1 см) не повышают риск рака толстой кишки, при полипах более 1 см его риск возрастает в 2,5-4 раза, при множественных полипах – в 5-7 раз
- Без лечения риск перехода в рак через 5 лет составляет 2,5%, через 10 лет – 8%, через 20 лет – 24%
- Время до развития рака зависят от тяжести дисплазии: при легкой – 11,5 лет, при тяжёлой – 3,5 года

Частота малигнизации ворсинчатых опухолей в зависимости от площади ее основания

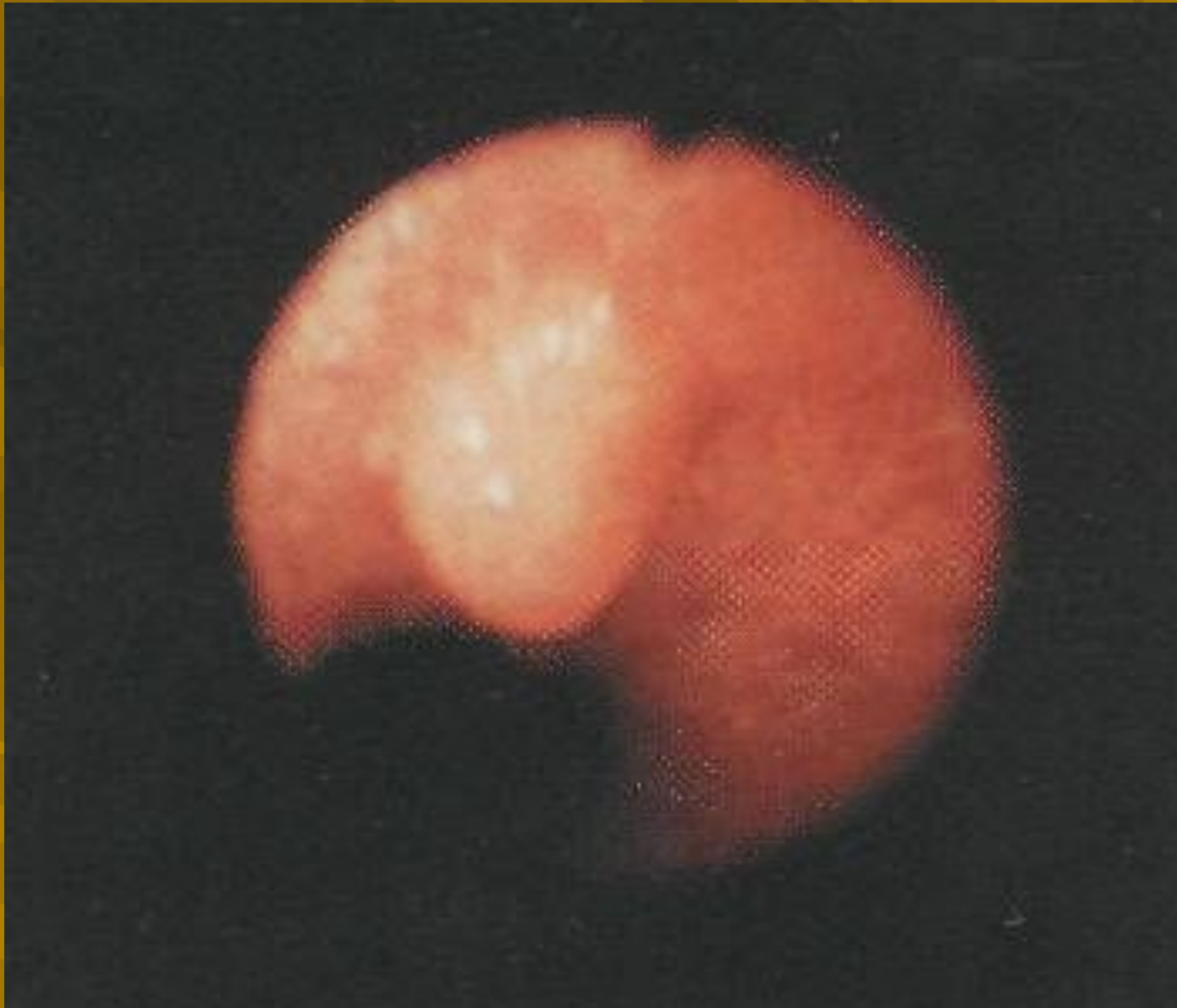
Площадь основания опухоли менее 16 см², -
риск малигнизации ее - 18,2%,

Площадь основания опухоли более 16 см², -
риск малигнизации - 56.3%.

Гиперпластические полипы

представляют собой небольшие округлые выпячивания неизменной слизистой оболочки, несколько выступающие в просвет кишки.

Гиперпластический полип

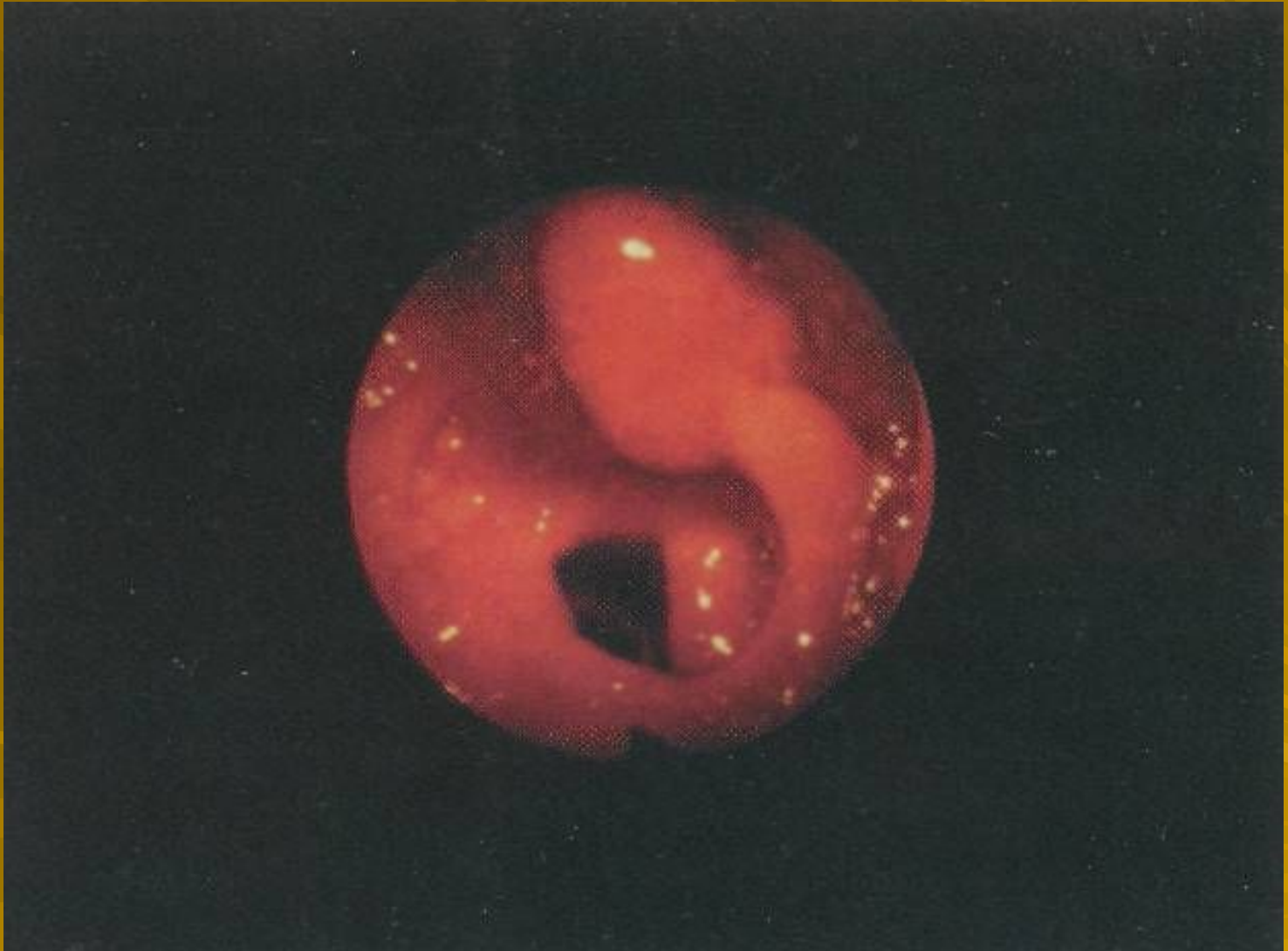


Аденоматозный полип представляет собой округлую массу розового или красного цвета более плотной консистенции, чем слизистая, с матовой или блестящей поверхностью, однородного или дольчатого строения. Может иметь ножку различной длины и толщины. Размеры 0.5 – 3 см и более.

Аденоматозный полип



Аденоматозный полип на ножке



Аденоматозный полип на ножке



Аденоматозный полип анального канала

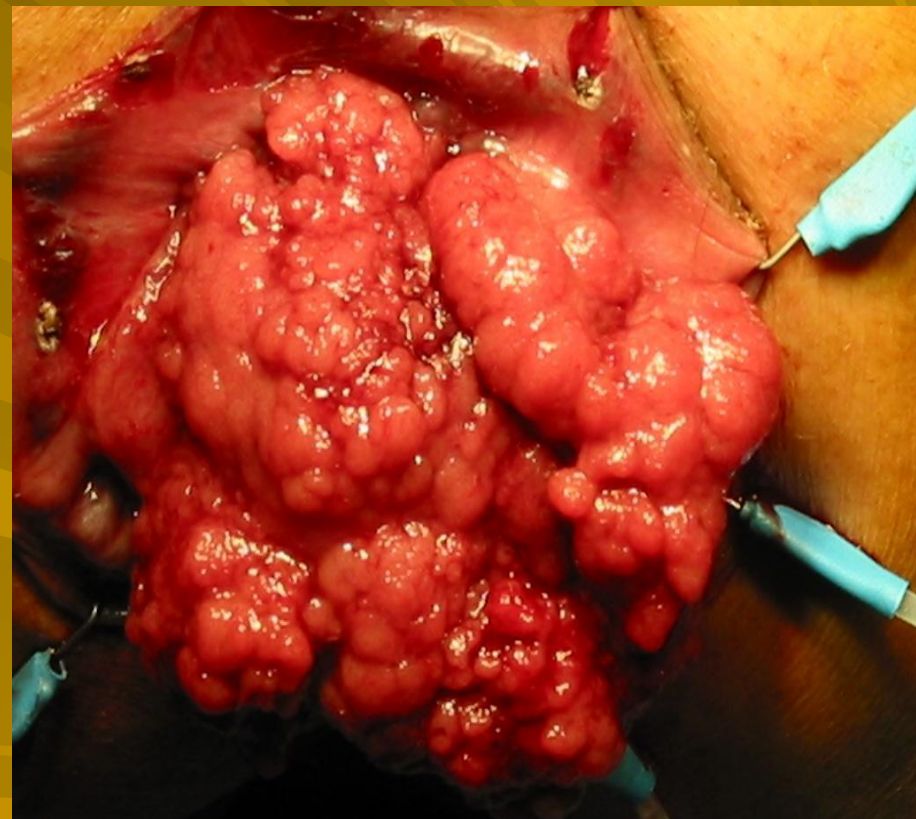
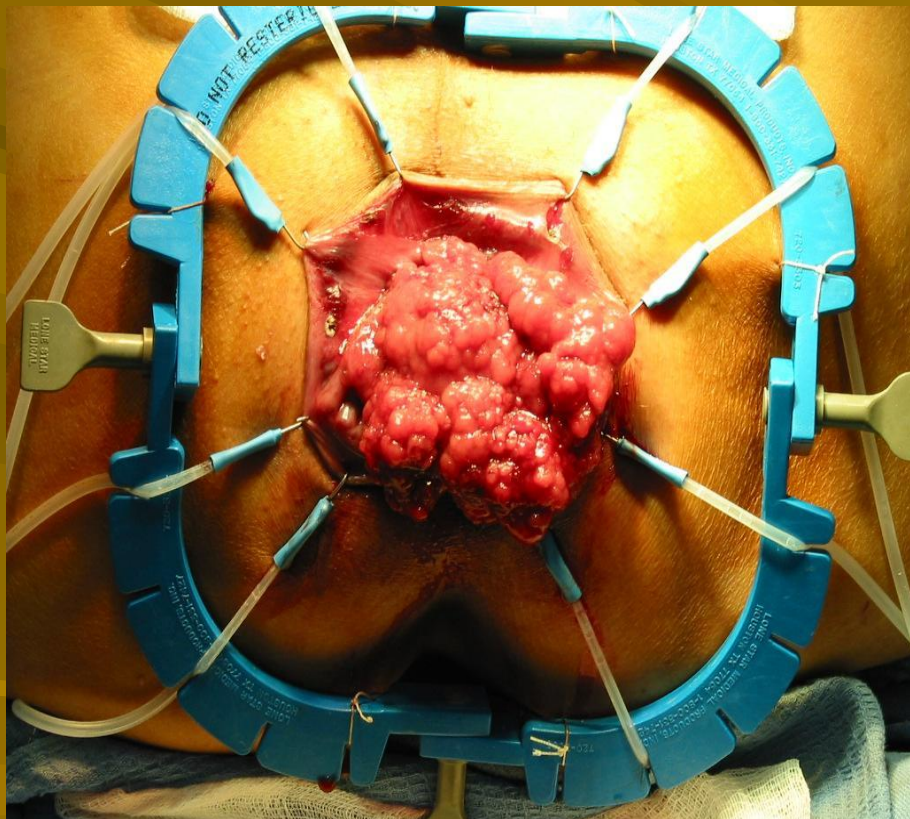


Ворсинчатые полипы и опухоли

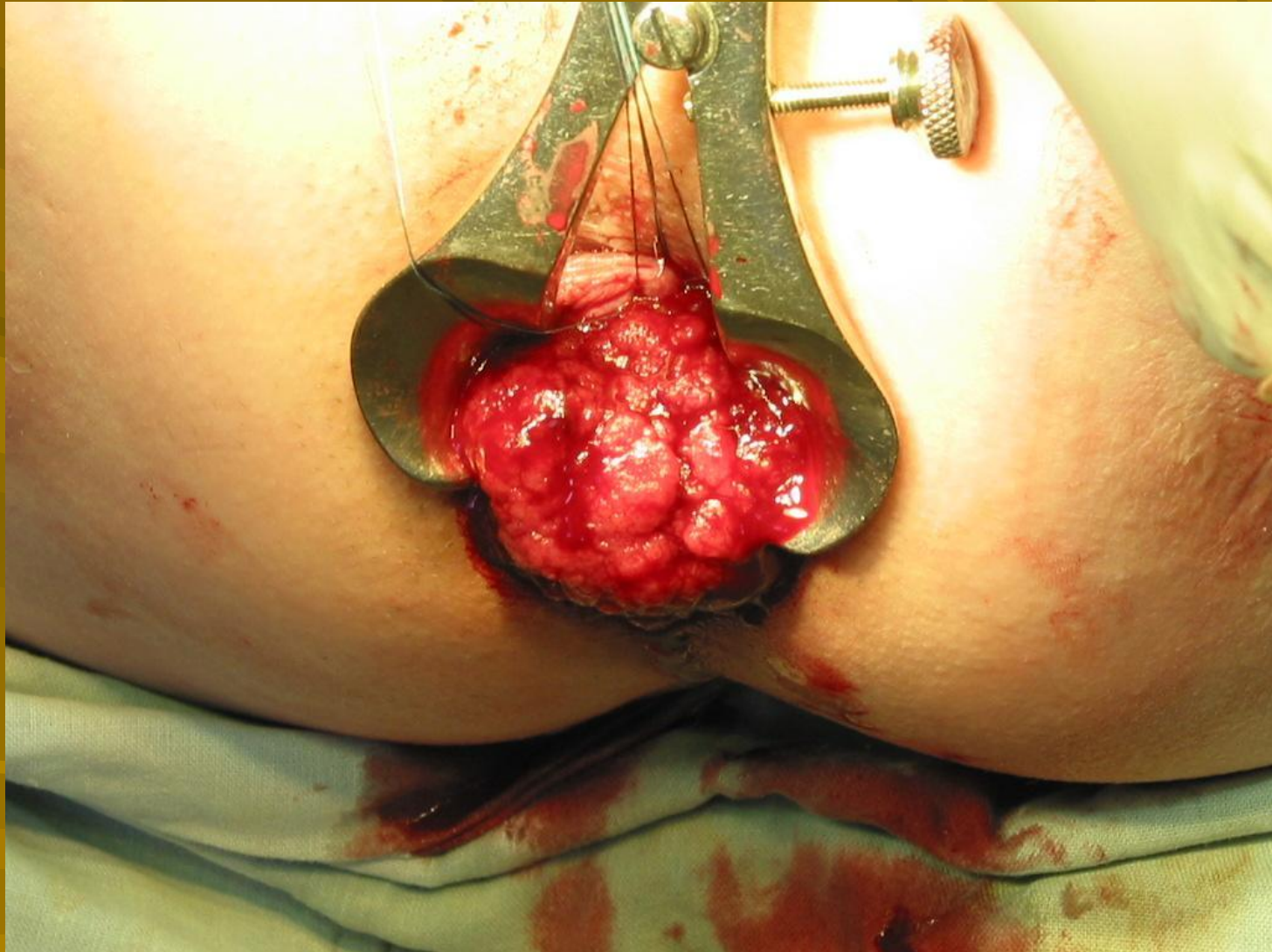
отличаются выраженной неровностью контуров, изрезанностью поверхности.

Могут иметь толстую ножку (полипы) или распластываются по слизистой оболочке (опухоли), иногда принимая стелющийся характер. Как правило имеют большие размеры и могут широко распространяться по окружности кишки.

Ворсинчатая опухоль прямой кишки



Ворсинчатая опухоль прямой кишки



Ворсинчатый полип

(резецированный участок кишки с полипом)



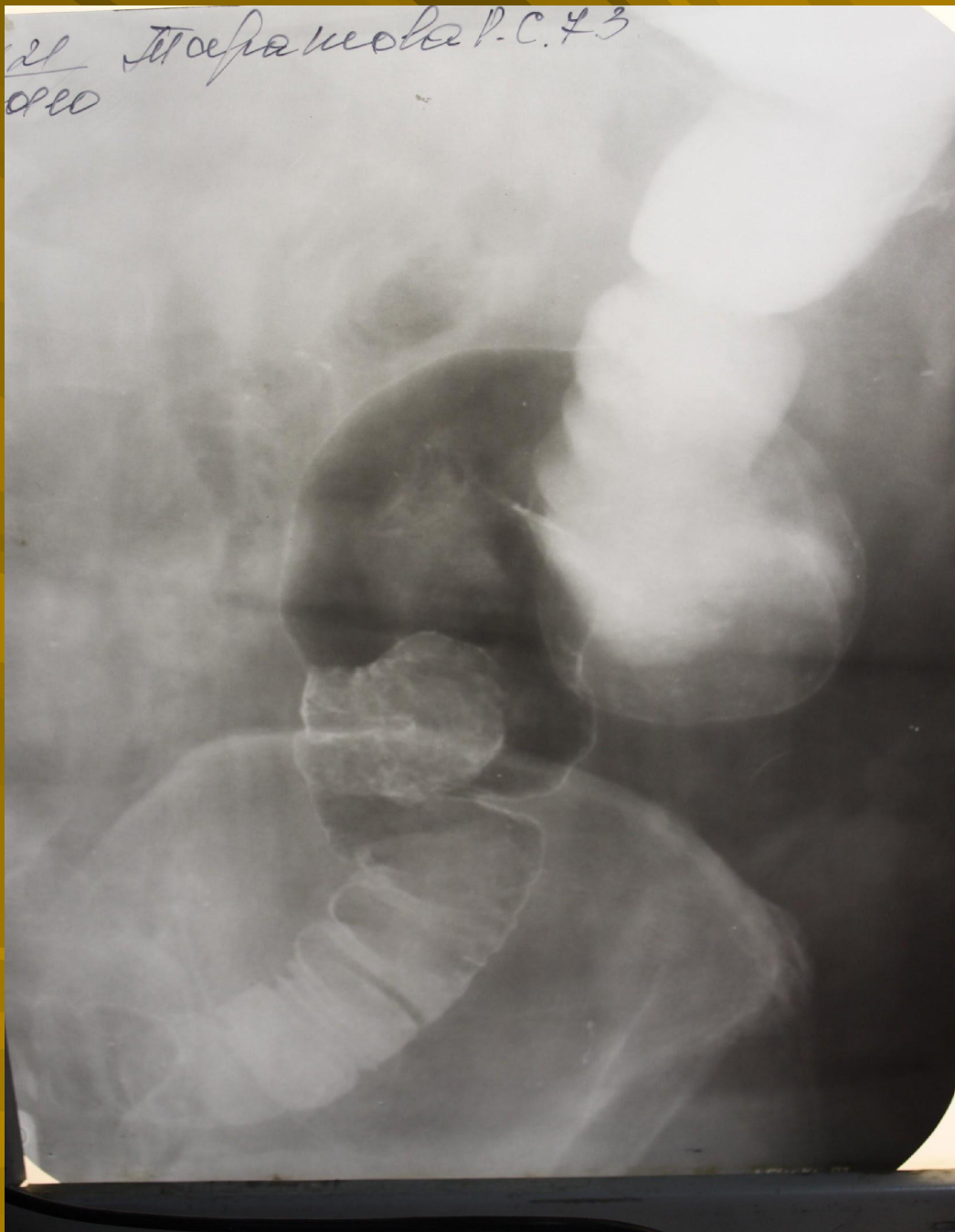
Клиническое течение.

- У большинства людей наличие полипов протекает бессимптомно и обнаруживаются они главным образом при эндоскопических исследованиях, производимых в связи с другими заболеваниями, или при плановых исследованиях. При достижении значительных размеров и особенно при ворсинчатой трансформации отмечается выделение крови и слизи из прямой кишки.

Диагностика

- Пальцевое исследование прямой кишки
- Ректороманоскопия - ценный метод исследования, т.к. почти 50% всех новообразований толстой кишки развивается в дистальных отделах сигмовидной и прямой кишке. При обнаружении полипов при RRS показано исследование всех остальных отделов толстой кишки, т.к. у 30-50% больных обнаруживаются множественные полипы вышележащих отделов толстой кишки.
- Колоноскопия – позволяет распознать 90-96% всех доброкачественных новообразований толстой кишки.
- Ирригоскопия – позволяет выявлять только 60-70% всех полипов более 1 см.

22 *Trochammina* P.C. 73
0910

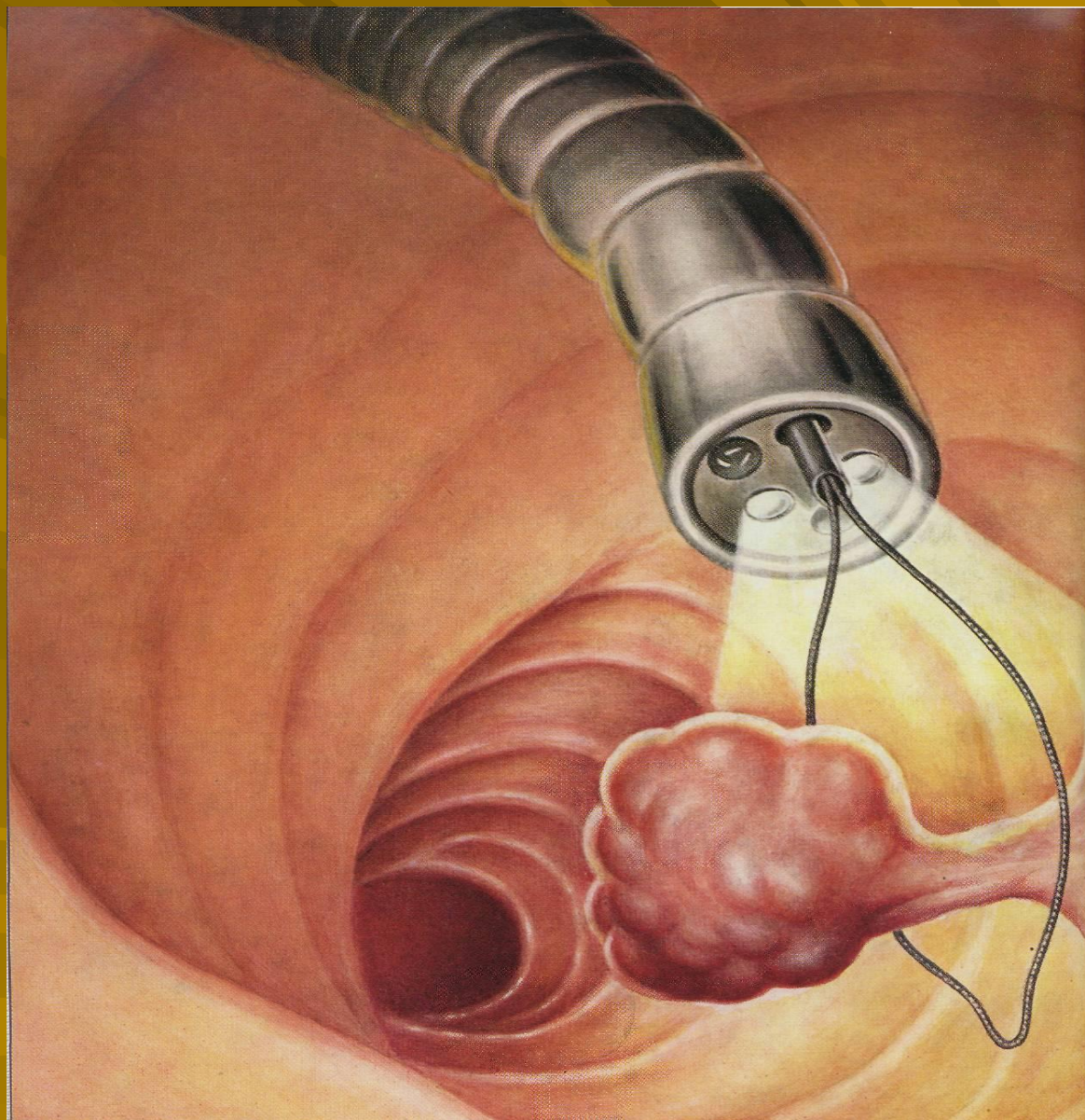


Полипы толстой кишки следует рассматривать как облигатный предрак, что требует соответствующей онкологической настороженности и является показанием для их удаления.

Хирургические методы лечения полипов.

1. Электроэксцизия полипа через ректоскоп или колоноскоп (до 90% больных).
2. Трансанальное иссечение новообразования с использованием операционного проктоскопа или без него.
3. Операция – колотомия или резекция кишки с новообразованием.

Электроэксцизия полипа через ректоскоп или колоноскоп



Аденоматозный дольчатый полип прямой кишки на ножке. Этап операции трансанального иссечения полипа с помощью лазера.



Удаленный препарат.



Операционный проктоскоп с набором инструментов для трансанальной эндохирургии



Осложнения

- Кровотечение.
- Перфорация стенки кишки.
- Несостоятельность швов толстой кишки после резекции ее.

Отдаленные результаты

- Рецидивы одиночных железистых полипов составляют до 10%.
- Рецидивы железисто-ворсинчатых полипов составляют до 15%.
- Рецидивы ворсинчатых полипов составляют 40-50% и более (зависит от размеров опухоли, площади ее основания и способа удаления).
- Частота озлокачествления составляет 1-10%.

Наблюдение

- В связи с высокой частотой рецидивирования и возможностью возникновения рака на месте удаленных полипов, больным показано диспансерное наблюдение в первые 2 года после операции.
- Сроки наблюдения через 3-6 мес.

Дивертикулез толстой кишки

Частота:

Встречается у 25% взрослого населения.

Локализация:

левая половина толстой кишки – 90%

только в сигмовидной кишке - 33%

по всей толстой кишке - 6%

женщины

55 %

мужчины:

45 %

Течение заболевания осложняется
у 10-25% больных.

По данным Национального центра
медицинской статистики, ежегодно
в США регистрируется 131000
обращений по поводу
дивертикулита.

Этиология и патогенез.

- Впервые дивертикулы толстой кишки описал в 1849 г. французский патолог J.Cruveilhier. Спустя 8 лет Habershan выявил утолщение мышечной оболочки кишки, характерное для дивертикула. В дальнейшем Arfwidsson в 1964 г. и Hughes в 1969г. показали, что сегментация ободочной кишки и изменения ее мышечной оболочки предшествуют образованию дивертикулов и, по-видимому, отражают нарушения координированной двигательной активности ободочной кишки.

Патофизиология.

В результате интра- и экстракишечных изменений нервного аппарата происходит нарушение двигательной координации моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Это приводит к повышению внутрикишечного давления и развитию гипертрофии мышечной стенки. Повышение давления ведет к образованию пульсионных дивертикулов в местах наименьшего сопротивления кишечной стенки, т.е. в местах прободения ее сосудами. Гипертрофия мышечной стенки и повышение внутрикишечного давления обусловлено дискоординацией сокращений продольного и циркулярного мышечных слоев.

Дискоординация моторики – это совокупность признаков, отражающих специфические для дивертикулярной болезни нарушения двигательной активности толстой кишки.

Это выражается в :

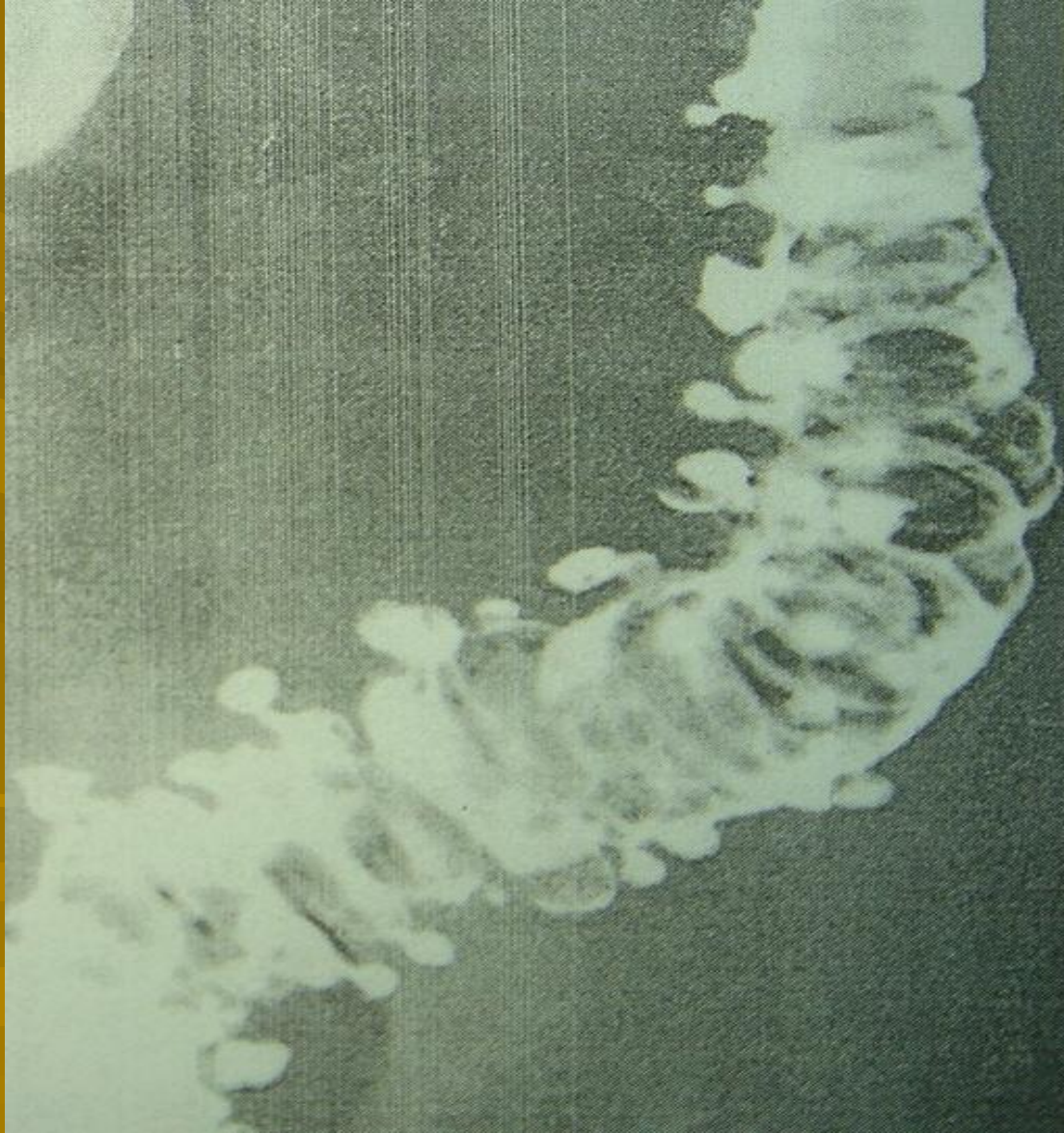
- Повышении тонуса кишечной стенки;
- Внутрипросветной гипертензии;
- Гиперсегментации;
- Стадийных изменениях структуры кишечной стенки.

Дивертикулезом толстой кишки называют заболевание, при котором происходит образование единичных или множественных грыжеподобных выпячиваний слизистой оболочки наружу за пределы кишечной стенки.

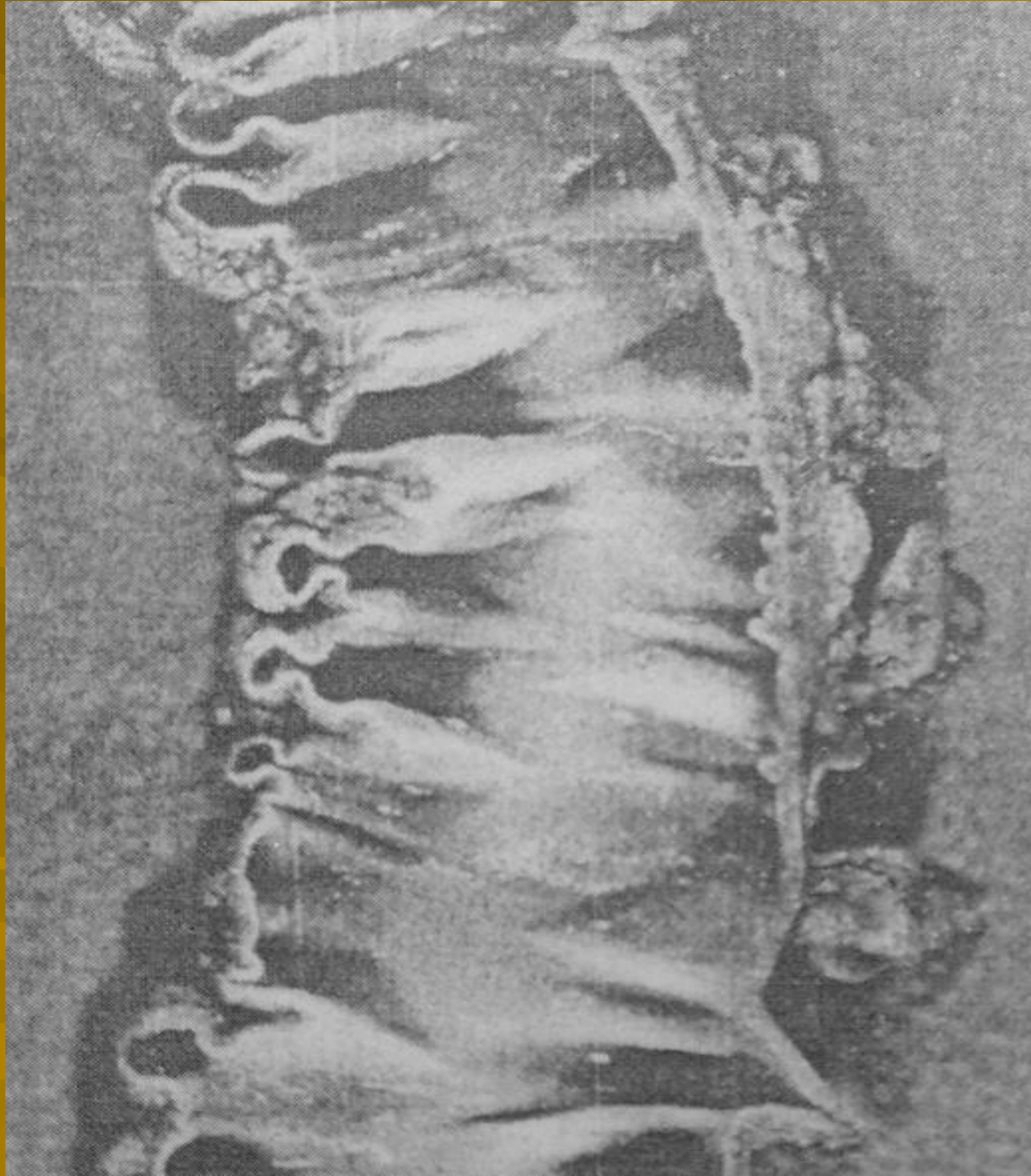
Дискоординация имеет две степени выраженности:

- Умеренная
- Значительная

При бессимптомной форме дивертикулеза толстой кишки (86%) нарушения моторики не выявляются.
Ирригограмма.



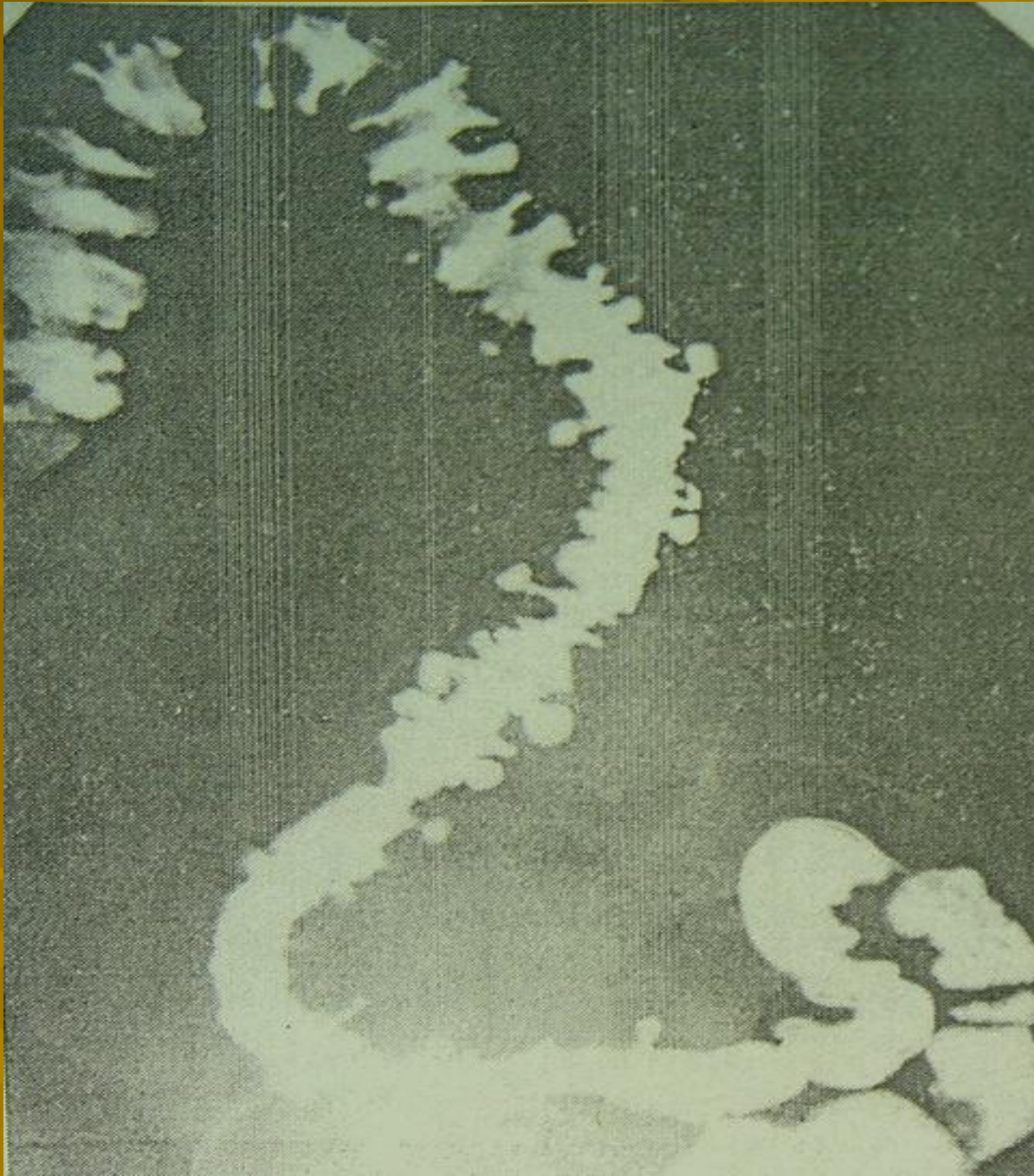
Фиксированный препарат толстой кишки



Умеренная дискоординация

- Умеренно выраженные функциональные изменения, проявляющиеся в нарушении координированной сократительной способности кишки, что встречается при неосложненном течении болезни с болевым синдромом (76% пациентов).

Ирригограмма



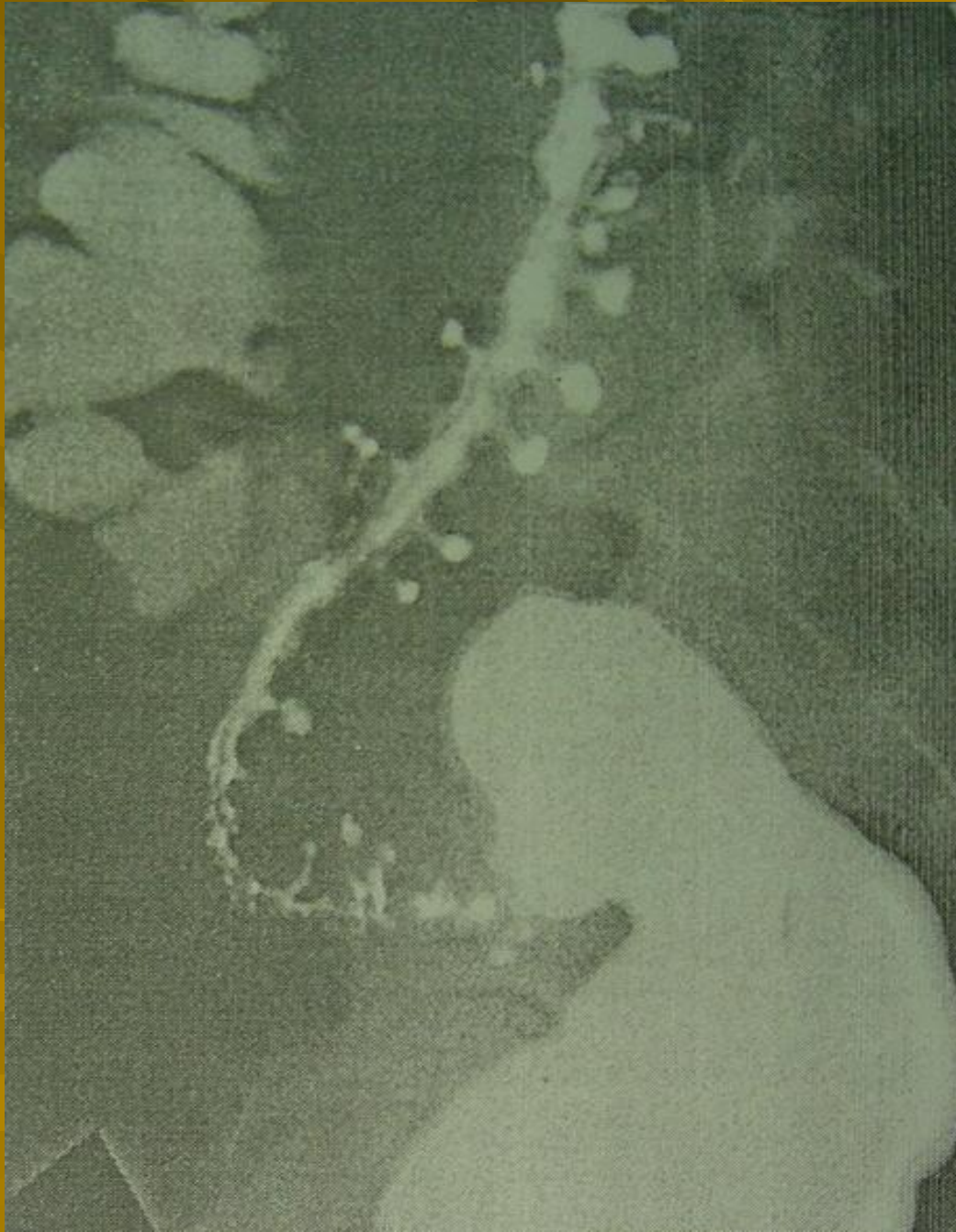
Фиксированный препарат толстой кишки



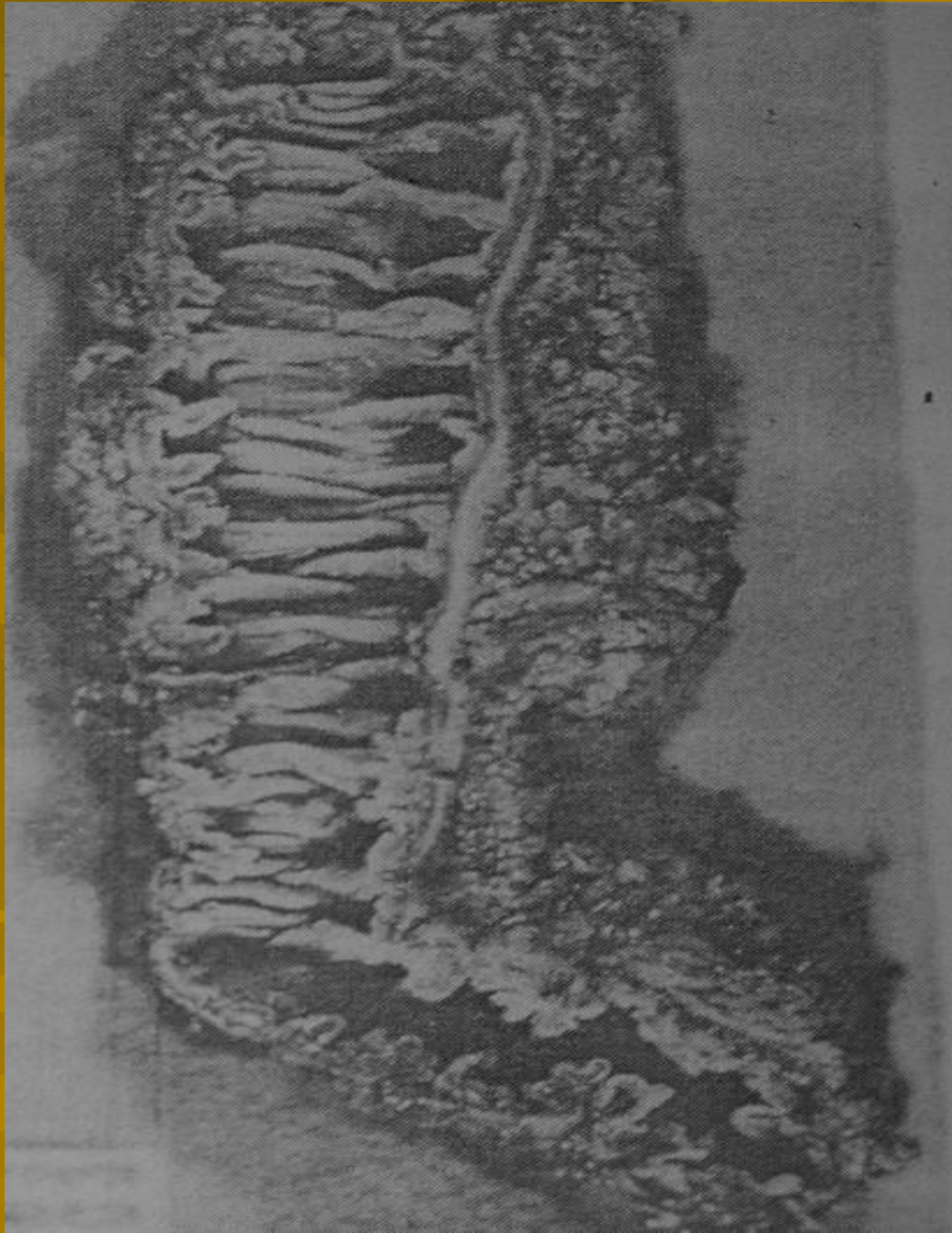
Значительная дискоординация

- Характеризуется значительно выраженными двигательными нарушениями, хаотичными и некоординированными сокращениями. Эти изменения характерны для осложненного течения дивертикулярной болезни, с выраженными функциональными нарушениями.

Ирригограмма



Фиксированный препарат толстой кишки



Классификация.

(Саратов, 1979 год – Всесоюзный симпозиум по проблемам дивертикулеза толстой кишки.)

- **Дивертикулез толстой кишки без клинических проявлений – 10 % больных (встречается у 1/3 обследованных и расценивается как случайная находка);**
- **Дивертикулез с клиническими проявлениями – 34% больных**
 - боли в животе;
 - различные нарушения функции кишечника;

Классификация (продолжение)

Дивертикулез с осложненным течением

дивертикулит

- острый – 7%;
- хронический – 30%;

перфорация

- паракишечный инфильтрат; абсцесс – 6%;
- перитонит - 0,2%;

кровотечение – 1,9%;

кишечная непроходимость - 0,3%;

внутренние или наружные кишечные свищи;

рак на фоне дивертикулеза.

Клиническая картина

Неосложненный дивертикулез толстой кишки проявляется:

- болями в животе

Характер: от легкого покалывания до сильных коликообразных приступов

Локализация: в левой половине живота, особенно, в левой подвздошной области или над лоном

- нарушениями функции кишечника

Чаще запоры, что значительно усиливает болевой синдром

У 15% больных отмечается диарея

В ряде случаев отмечается неустойчивый стул

Осложнения дивертикулеза

- дивертикулит
- перфорация дивертикула
- кишечная непроходимость
- кишечное кровотечение
- внутренние свищи

Дивертикулит, осложненный воспалительным инфильтратом в брыжейке СИГМОВИДНОЙ КИШКИ



Основные признаки дивертикулита

- Усиление болей в животе
- Повышение температуры
- Лейкоцитоз

Основные признаки перфорации дивертикула

- Картина прогрессирующего перитонита
- На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободный газ под диафрагмой

Кишечная непроходимость при дивертикулёзе носит обтурационный характер

- На обзорной рентгенограмме брюшной полости уровни жидкости в кишке (чаши Клойбера)

Признаки кишечного кровотечения при дивертикулёзе

- Выделение алой крови при дефекации
- Анемия
- Трудности выявления источника кровотечения

Признаки колоректального свища

- Дизурия
- Выделение кала из уретры
- Пиурия и гематурия

Диагностика дивертикулеза толстой кишки

- ректороманоскопия;
- ирригоскопия;
- колоноскопия.

Дифференциальная диагностика дивертикулеза толстой кишки

- Рак толстой кишки.
- Болезнь Крона.
- Неспецифический язвенный колит.

Нередко вышеназванные заболевания протекают на фоне дивертикулеза

Консервативное лечение

Бессимптомный дивертикулез толстой кишки, обнаруженный случайно, не требует специального лечения. Таким больным рекомендуют диету, богатую растительной клетчаткой.

Консервативное лечение дивертикулеза с клиническими проявлениями

- Диета (пшеничные или очищенные ржаные отруби, жидкость до 2-3 л\сут., овощи, фрукты, кисломолочные продукты);
- Спазмолитики и противовоспалительные средства;
- Бактериальные препараты и продукты содержащие бифидофлору (колибактерин, бифидумбактерин и др.);
- Антибиотики (при дивертикулите);
- Кишечные антисептики (мексаза, полифепан, смекта)

Диету необходимо соблюдать постоянно, медикаментозную терапию – курсами 2-6 недель – 2-3 раза в год.

Хирургическое лечение.

Показано 10-20% больных с дивертикулезом толстой кишки.

Показания к срочной операции:

- перфорация дивертикула в свободную брюшную полость;
- прорыв перифокального абсцесса в свободную брюшную полость;
- кишечная непроходимость;
- профузное кишечное кровотечение.

Хирургическое лечение.

Показания к плановой операции:

- хронический инфильтрат симулирующий злокачественную опухоль;
- толстокишечные свищи;
- хронический дивертикулит с частыми обострениями;
- клинически выраженный дивертикулез, неподдающийся комплексному консервативному лечению;
- рецидивирующие дивертикулярные кровотечения.