

-
-
-

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЛЕКЦИЯ

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Язвенный колит - хроническое воспалительное заболевание слизистой и подслизистой оболочек толстой кишки. Неспецифический язвенный колит относят к группе тяжелых воспалительно-деструктивных поражений ЖКТ. В патологический процесс вовлекается дистальная часть (всегда вовлечена прямая кишка) или вся толстая кишка (25% случаев). Заболеваемость язвенным колитом составляет 2-7:100000, чаще встречаются у женщин. Главный пик заболеваемости приходится на возраст от 15 до 30 лет, меньший - между 50 и 65 годами.

**1. Этиология и патогенез
сходны с болезнью Крона
которые до сих пор неясны.**

**Считают, что в основе ЭТИХ
заболеваний лежат
аутоиммунные процессы,
приводящие к характерным
изменениям.**

2. **Патологическая анатомия.** Характерные признаки язвенного колита - микроабсцессы крипт - наблюдают примерно в 70% случаев. Воспалительная реакция кишечника, как правило, ограничена слизистой оболочкой. Макроскопические изъязвления возникают при слиянии воспалительных инфильтратов. Как правило, процесс вовлекает всю слизистую оболочку, возможно появление псевдополипов на участках нормальной слизистой, окружённых тяжёлыми изъязвлениями.

3. Клиническая картина

а. Начало заболевания может быть острым или постепенным. В 15% случаев развивается молниеносная форма заболевания.

б. Обычно у больных появляется многократный водянистый стул с примесью крови, гноя и слизи в сочетании с тенезмами и ложными позывами.

в. Возникают боли в животе, лихорадка, потеря массы тела, эмоциональная лабильность, дегидратация и интоксикация различной степени тяжести.

г. При неспецифическом язвенном колите возможно поражение других органов и систем.

д. Дисбактериоз, кандидамикоз, бактериемия и бактериурия связаны с понижением общей реактивности организма и снижением его сопротивляемости.

4. Диагностика.

Диагноз ставят после исключения инфекционных, паразитарных и неопластических процессов.

а. Осмотр. В лёгких случаях неспецифический язвенный колит клинически не проявляется. В тяжёлых случаях при перфорации язв возникают симптомы перитонита.

•
•
•

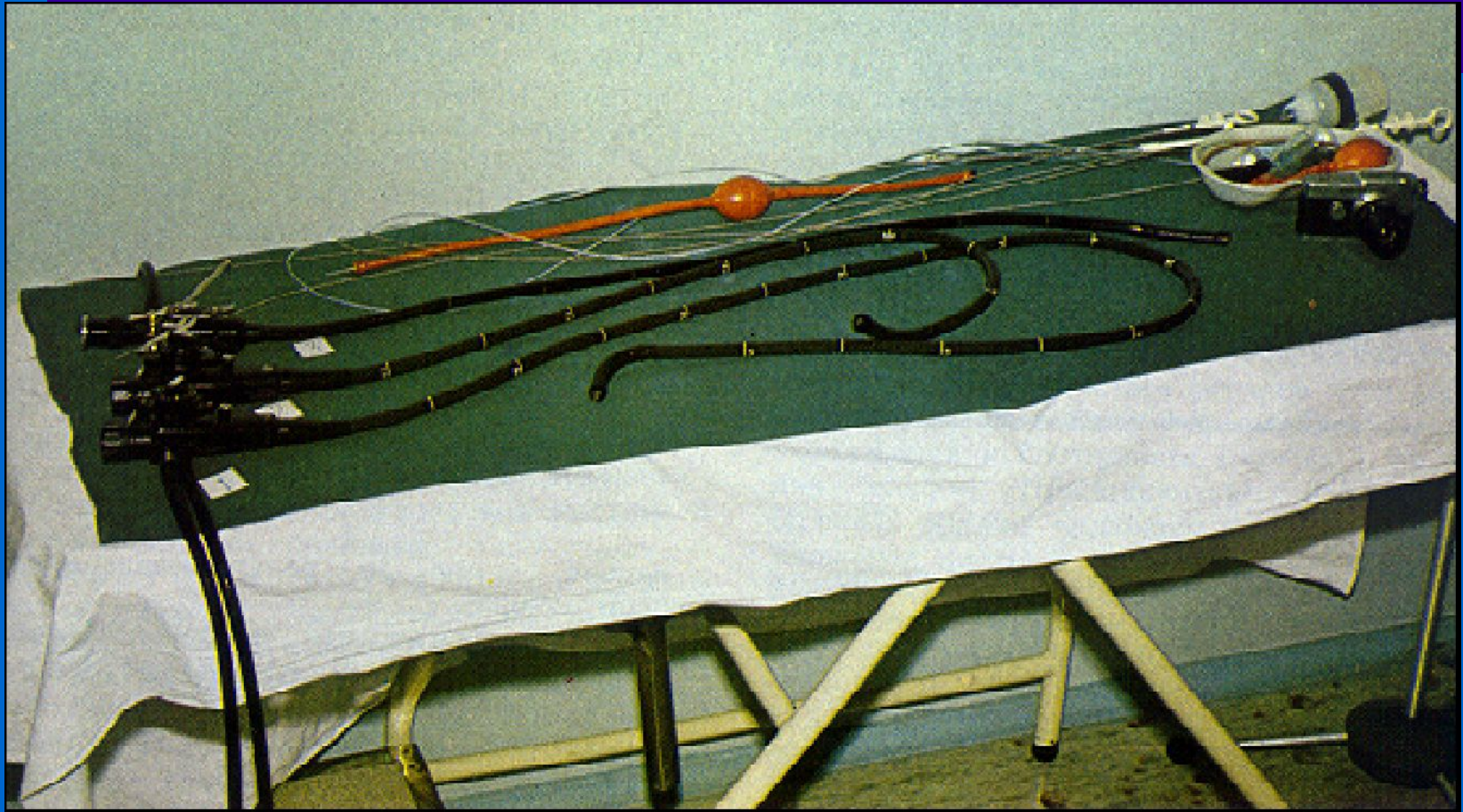
б. Эндоскопическое исследование толстой кишки включает ректороманоскопию и колоноскопию. Ректороманоскопию в период обострения проводят без предварительной подготовки кишечника. Колоноскопию проводят после стихания острых явлений, т.к. при тяжёлом течении болезни возможна перфорация язвы или токсическая дилатация.

(1) Колит лёгкой степени проявляется в виде зернистости слизистой оболочки.

(2) При колите умеренной степени выраженности слизистая оболочка ранима при контакте, присутствуют язвенные поражения и слизистый экссудат.

(3) В тяжёлых случаях колит проявляется спонтанными кровотечениями из слизистой оболочки кишки, обширными язвенными поражениями и образованием псевдополипов.

• • • • • • • • • •

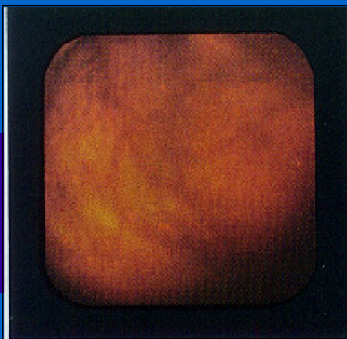
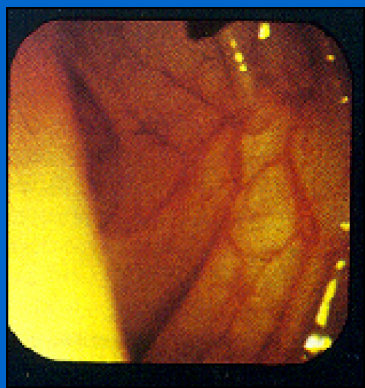


•
•
•

Патология



Норма



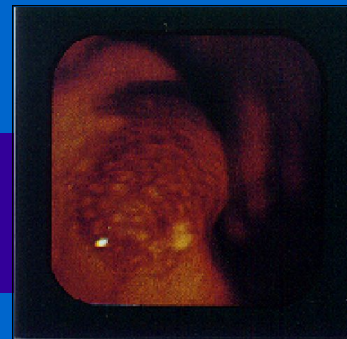
184. Атрофический колит.



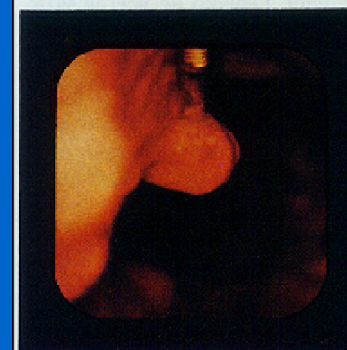
185. Катаральный колит.



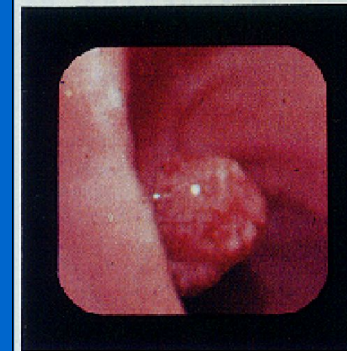
186. Неспецифический язвенный колит



187. Ангиома толстой кишки.



188. Цилиндрический полип толстой киш



189. Ворсинчатый полип толстой кишки

в. Ирригоскопия

Основные рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита.

(а) Равномерное сужение просвета кишки и её укорочение.

(б) Исчезновение гаустр.

(в) Зазубренность и нечёткость контуров кишечной трубки, обусловленные наличием язв и псевдополипов.

(г) Продольная ориентация складок слизистой оболочки с изменением их структуры по типу мелкой и крупной сетчатости.

Ирригоскопия противопоказана при развитии токсического мегаколона.

-
-
-

г. Лабораторные исследования.

Анемия, лейкоцитоз различной степени выраженности, гипо- и диспротеинемия, дисбактериоз.

6. Лечение

а. Консервативная терапия проводится преимущественно при неосложнённом течении заболевания. Основное значение придают двум группам препаратов.

(1) Сульфасалазин (салапалк) системно или местно (в виде клизм).

(2) Кортикостероиды, вводимые с помощью клизм или системно.

б. Оперативное лечение показано при отсутствии эффекта от консервативной терапии и скоротечности заболевания, при развитии осложнений (кровотечение, перфорация кишки, кишечная непроходимость и малигнизация), а также при длительно протекающем язвенном колите, при котором выявляют дисплазию слизистой оболочки.

⋮

Различают следующие группы оперативных вмешательств.

(1) Паллиативные (операции отключения) - наложение двуствольной илео- или колостомы.

(2) Радикальные - сегментарная или субтотальная резекция ободочной кишки, колэктомия, колпроктэктомия.

(3) Восстановительно-реконструктивные - наложение илеоректального или илеосигмовидного анастомоза конец в конец двухрядными узловыми швами.

⋮

7. Прогноз.

Примерно у 10% больных не возникает повторных атак. Длительное течение наблюдается у 10% больных. Повторные ремиссии и обострения возникают примерно у 70-80% больных; в дальнейшем приблизительно у 20% подобных пациентов возникает необходимость в тотальной колэктомии.

ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Ишемический колит относят к группе неспецифических колитов. Его возникновение в основном обусловлено нарушением кровоснабжения какого-либо участка толстой кишки. Чаще поражается левый изгиб ободочной кишки, что объясняется наибольшим отстоянием этого участка от основных артериальных стволов. Заболевание чаще возникает в возрасте 66-70 лет.

А. Этиология

- 1. Основная причина ишемического колита - нарушения кровообращения в стенке кишки, обусловленные склеротическими изменениями сосудов (атеросклероз, тромбоз).**
- 2. Гипотензия также может служить причиной возникновения ишемического колита.**
- 3. Возможны ишемические поражения толстой кишки, обусловленные нарушением сердечной деятельности.**

Б. Морфология

1. Изменения стенки кишки всегда начинаются со слизистой оболочки.
2. При остром или нарастающем тромбозе сосудов возникают обширные поражения по типу артериального, венозного или смешанного инфаркта.
3. Для хронических форм заболевания характерно ограниченное поражение.

В. Классификация

Обратимая ишемическая болезнь толстой кишки

а. Без воспалительных изменений.

б. В виде ишемического колита.

Необратимая ишемическая болезнь толстой кишки

а. С формированием стриктуры.

б. С развитием гангрены.

Г. Клиническая картина

Симптомы заболевания: внезапная боль в животе, диарея с примесью крови в стуле.

Воспаление. Развитие воспалительных явлений или некроза слизистой оболочки сопровождается подъёмом температуры тела, интоксикацией с соответствующими изменениями со стороны крови.

Непроходимость. Картина хронической кишечной непроходимости с задержкой стула, вздутием живота, схваткообразными болями возникает при ишемической болезни толстой кишки с развитием стриктуры.

Гангренозная форма необратимой ишемической болезни толстой кишки характеризуется выраженными болями в животе, перитонитом и нарастающей интоксикацией.

Д. Диагностика

Ректороманоскопия и колоноскопия не выявляют характерных диагностических симптомов. Гиперемию и отёк слизистой оболочки, смазанность сосудистого рисунка, контактную кровоточивость расценивают как признаки вторичного воспаления.

Важное диагностическое значение имеет ирригоскопия: обнаруживают ригидность стенки кишки, сглаженность гаустрации.

Рентгенологическим отображением ишемической болезни толстой кишки может быть стойко выявляемая стриктура.

Селективная артериография позволяет выявить склеротически изменённые или облитерированные сосуды.

-
-
-

Е. Лечение

- 1. В основе консервативной терапии находится применение спазмолитических и сосудорасширяющих средств, гипокоагулянтов.**
- 2. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, прогрессировании процесса, развитии признаков гангрены кишки или её стриктуры показано хирургическое лечение - резекция поражённого участка кишки.**

ДИВЕРТИКУЛЁЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В 1700 году Джованни Морганьи описал заболевание, при котором в толстой кишке образуются единичные или множественные грыжеподобные выпячивания слизистой оболочки наружу за пределы кишечной стенки.

Частота. Дивертикулёз встречаются примерно у 50% лиц старше 60 лет. У женщин заболевание возникает несколько чаще, чем у мужчин.

Этиология и патогенез.

Грыжевая теория - одна из наиболее распространённых. Согласно этой теории, причина образования выпячиваний - дегенеративные изменения соединительной ткани кишечной стенки, развивающиеся по мере старения организма.

Большое значение имеет нарушение пропульсивной функции толстой кишки, ведущее к повышению внутрикишечного давления и выпячиванию слизистой оболочки в местах наименьшего сопротивления. Наиболее высокое внутрикишечное давление возникает в самом узком отделе ободочной кишки - сигмовидной кишке. По этой причине дивертикулы чаще образуются именно там. В прямой кишке дивертикулы не возникают. Близость к кровеносным сосудам объясняет склонность дивертикулов к кровотечениям.

Морфология.

Дивертикулы ободочной кишки представляют выпячивание серозной, подслизистой и слизистой оболочек между отдельными пучками разволоknённой мышечной оболочки (это не истинные, а так называемые **ложные** (приобретённые дивертикулы)).

Клиническая картина.

Различают несколько клинических форм заболевания.

1. Дивертикулёз толстой кишки без клинических проявлений. Заболевание в этой форме встречаются у 1 /3 обследованных, выявляют случайно.

2. Дивертикулёз с клиническими проявлениями. Эта форма характеризуется абдоминальными болями, вздутием живота, неустойчивостью стула.

3. Дивертикулёз с осложнённым течением.

а. **Дивертикулит** встречаются примерно у 25% больных с дивертикулёзом.

б. **Перфорация.**

в. **Кровотечение** возникает в 20-25% случаев

г. **Кишечная непроходимость.**

д. **Внутренние или (реже) наружные кишечные свищи.**

Диагностика

1. **Контрастное рентгенологическое исследование.** Традиционно ирригоскопию считают наиболее ценным исследованием для диагностики дивертикулёза как в остром, так и в холодном периоде заболевания. При подозрениях на дивертикулит используют водорастворимое рентгеноконтрастное вещество (гастрографин).
2. **КТ** применяют в острой стадии заболевания для оценки состояния кишечной стенки и околокишечных тканей. В острых случаях КТ - более предпочтительный метод диагностики, чем ирригоскопия.
3. **Эндоскопия** (ректороманоскопия и колоноскопия) оказывает неоценимую помощь в подтверждении диагноза дивертикулёза, особенно в дифференциальной диагностике. Колоноскопия может стать решающим методом выявления источника кишечного кровотечения.
4. **Цистоскопия и цистография** показаны для диагностики пузырно-кишечных свищей.
5. **Внутривенная урография** позволяет установить возможное вовлечение в воспалительный процесс мочеточников.
6. **Общий анализ крови** информативен при развитии острого воспаления, позволяет также определить объём кровопотери.

Дифференциальная диагностика.

Дивертикулёз следует отличать от следующих заболеваний.

а. Синдром раздражённой толстой кишки.

б. Рак толстой кишки.

в. Болезнь Крона.

Лечение

1. Консервативное

а. Бессимптомный дивертикулёз толстой кишки, выявляемый случайно, не требует специального лечения. Рекомендуют богатую клетчаткой диету с целью профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания и возможных осложнений.

б. При дивертикулёзе с выраженными клиническими проявлениями применяют комплекс лечебных мероприятий: назначают специальную диету, спазмолитические и противовоспалительные средства, препараты, регулирующие стул, и средства, применяемые при дисбактериозе кишечника.

•
•
•

2. Хирургическое лечение. При решении вопроса о необходимости хирургического лечения ориентируются на клиническую картину.

а. Показания

(1) Осложнения дивертикулёза, представляющие непосредственную угрозу для жизни больных: перфорация дивертикула в брюшную полость, кишечная непроходимость, профузное кишечное кровотечение.

(2) Наличие колевезикальных и других свищей.

(3) Образование хронического инфильтрата, симулирующего опухоль.

(4) Хронические дивертикулы, сопровождающиеся частыми обострениями.

(5) В настоящее время хирургическое лечение всё чаще применяют и при неосложнённом, но клинически выраженном дивертикулёзе, не поддающемся комплексному консервативному лечению.

• • • • • • • • • •

•
•
•

б. Выбор метода операции в каждом конкретном случае зависит от характера осложнений и распространённости процесса, изменений со стороны самих дивертикулов, кишечной стенки и окружающих тканей, наличия перифокального воспаления или перитонита. Немаловажное значение имеют сопутствующие заболевания, часто наблюдающиеся у людей пожилого возраста.

Предпочтительнее выполнять резекцию толстой кишки в плановом порядке с наложением первичного анастомоза. Такую операцию выполняют приблизительно через 6-12 нед. после купирования острого приступа дивертикулита. Выбор операции при перфорации кишки при остром дивертикулите должен быть строго индивидуален.

МЕГАКОЛОН

Термином “мегаколон” принято обозначать расширение части или всей бодочной кишки, обычно сопровождающееся гипертрофией ее стенок. Это сборное понятие объединяет различные по происхождению и патологоанатомической сущности страдания врожденного и приобретенного характера, которые в детском возрасте наблюдаются довольно часто.

•
•
•

В зависимости от причины, обусловившей развитие мегаколон, данный синдром может быть классифицирован следующим образом.

1. Врожденный мегаколон.

А. Первичный (идиопатический): мегадолихоколон, мегасигма, долихосигма, мегаректум.

Б. Вторичный: болезнь Гиршпрунга, мегаколон при свищевых формах атрезии заднего прохода и прямой кишки, стенозе их.

2. Приобретенный мегаколон.

А. Первичный - поражение узлов парасимпатического сплетения при гиповитаминозе В₁.

Б. Вторичный - механическое препятствие в результате воспалительного процесса с образованием рубцов, травмы, опухолей.

•
•
•
•
•
•
•
•

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Это заболевание, впервые описанное в 1886 г. копенгагенским врачом Hirschsprung, встречается в среднем у 1 : 2000-1 : 10000 новорожденных. Среди больных около 90% составляют мальчики. Некоторые авторы (Hayward, Camero, Althoff) указывают на семейный характер данного порока развития и придают немалое значение в его возникновении генетическим факторам.

Патогенез.

Болезнь Гиршпрунга может быть охарактеризована как врожденный **аганглиоз** участка толстой кишки. Доказано, что перистальтика не может осуществляться в тех областях кишки, в которых имеются нарушения интрамурального нервного аппарата. Как правило, этому сопутствует грубое изменение структуры мышечных слоев вплоть до их гибели, что ведет к полному неучастию **аганглионарной зоны** в перистальтике. Если морфологически можно назвать эту зону аганглионарной, то клинически она может быть охарактеризована как **аперистальтирующая зона** толстой кишки

Типы локализации аганглионарной зоны при болезни Гиршпрунга.

I - аганглионарная зона расположена преимущественно в прямой кишке;

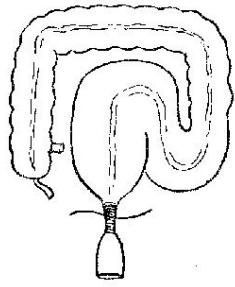
II - зона распространяется на дистальную часть сигмовидной кишки;

III - поражены нисходящая и вся сигмовидная кишки;

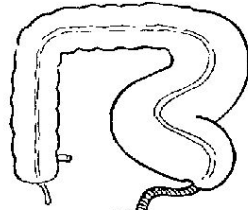
IV - двойная локализация аганглионарной зоны с участком нормальной кишки между зонами поражения;

V - аганглиоз распространяется на всю левую половину толстой кишки;

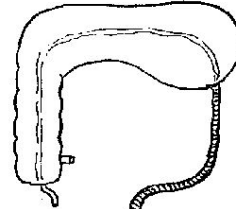
VI - тотальный аганглиоз толстой кишки, иногда с переходом на терминальный отдел подвздошной



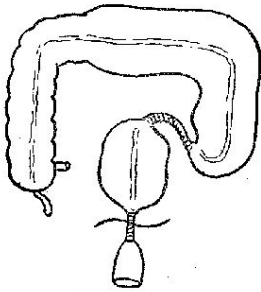
I



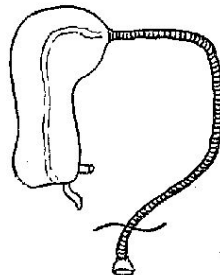
II



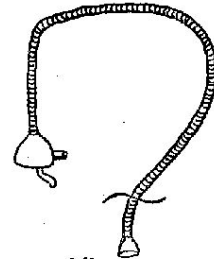
III



IV

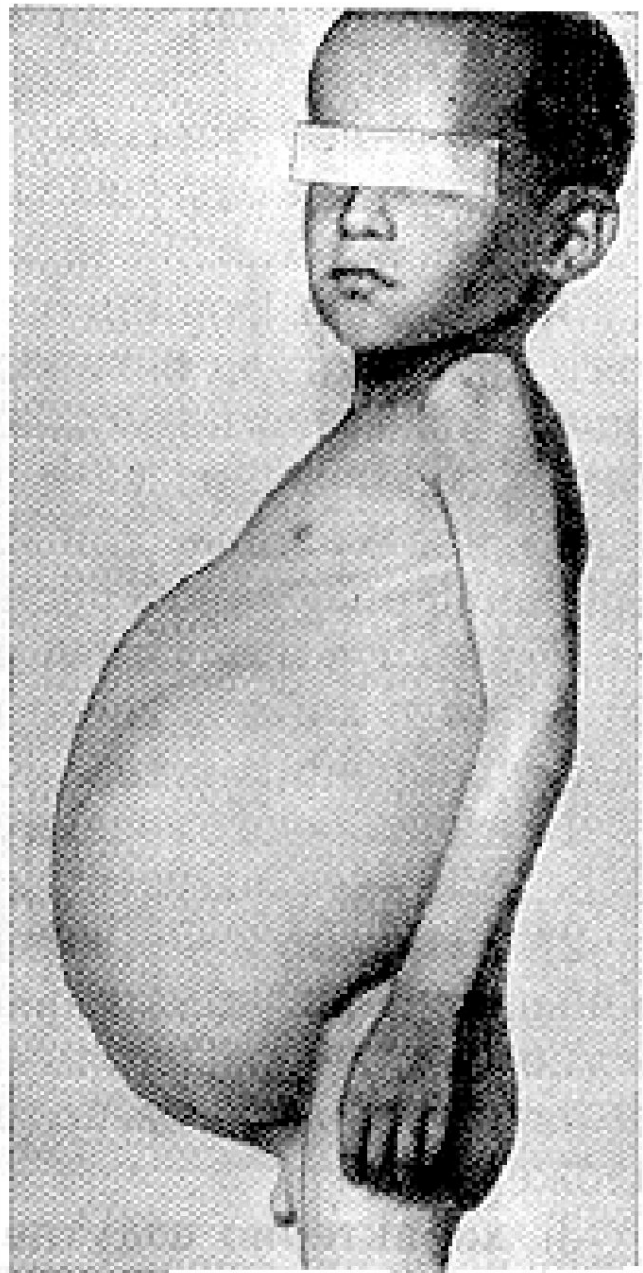


V



VI

Внешний вид больного



Клиническая картина.

Ведущими симптомами при болезни Гиршпрунга являются упорные, длительные запоры со дня рождения или первых месяцев жизни, отсутствие самостоятельного стула, постепенное увеличение окружности живота и развитие явлений хронической каловой интоксикации.

Значительное расширение толстой кишки приводит к высокому стоянию диафрагмы, уменьшению экскурсии легких и их дыхательной поверхности, изменению положения органов средостения.

Различают три формы врожденного аганглиоза в зависимости от тяжести клинического течения болезни:

1) **легкая форма:** болезнь проявляется в течение первых месяцев жизни, как правило, после начала прикорма; самостоятельного стула нет; после очистительной клизмы кишечник хорошо опорожняется; общее развитие ребенка не страдает; у данной группы больных аганглионарная зона расположена обычно по типу I-II;

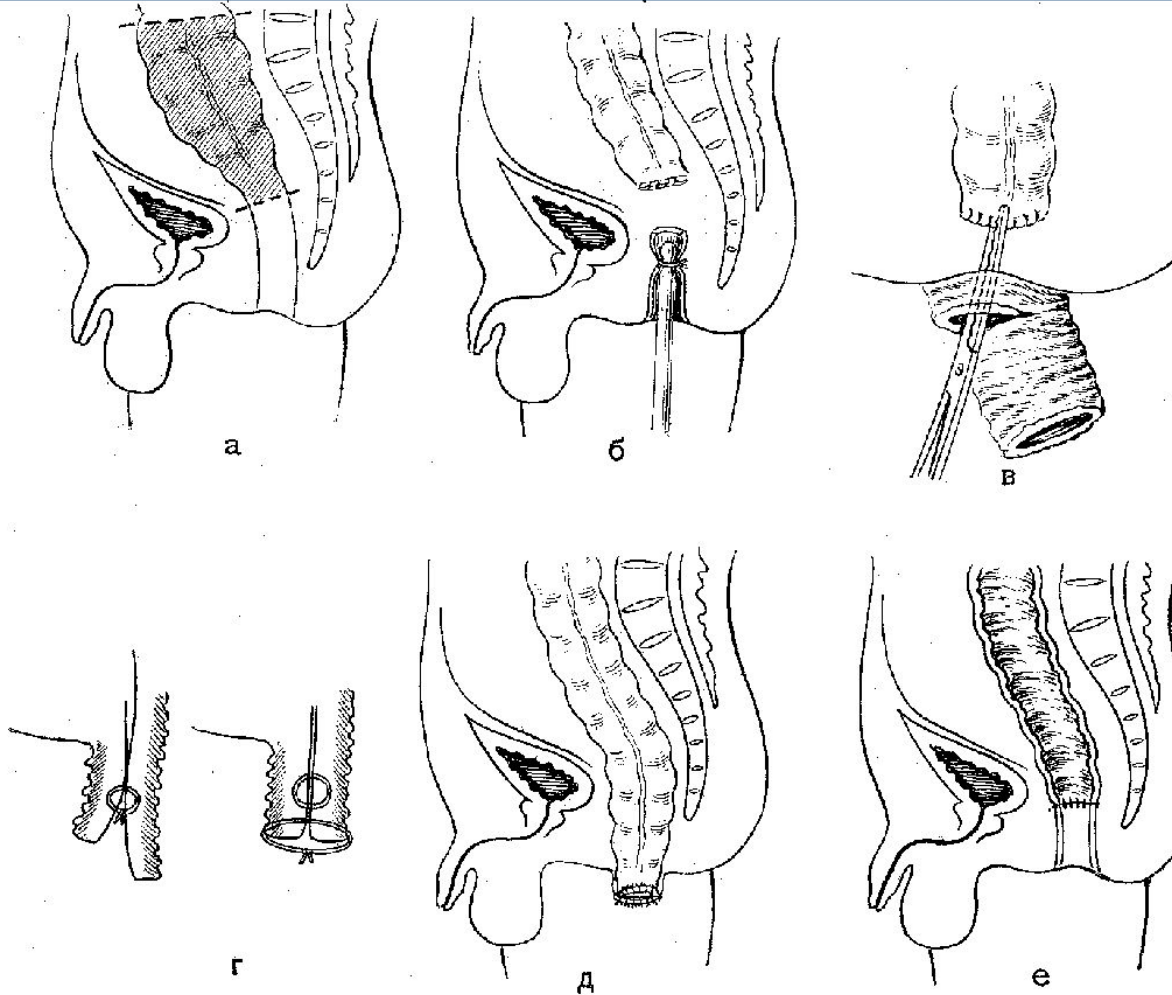
2) **средняя форма:** болезнь проявляется сразу после рождения; самостоятельного стула не бывает; опорожнение кишечника возможно только после сифонной клизмы; живот увеличен, вздут, иногда явления острой кишечной непроходимости; развитие ребенка страдает мало; у данной группы больных аганглионарная зона расположена чаще по типу III-IV;

3) **тяжелая форма:** болезнь проявляется сразу после рождения; самостоятельного стула нет; частые явления кишечной непроходимости; опорожнение кишечника возможно только после длительных, повторных сифонных клизм; живот вздут, увеличен; ребенок отстает в общем развитии, выражены явления хронической каловой интоксикации; у данной группы больных аганглионарная зона расположена по типу III-VI.



Ирригоскопия при болезни Гиршпрунга

Операция Свенсона при болезни Гиршпрунга.



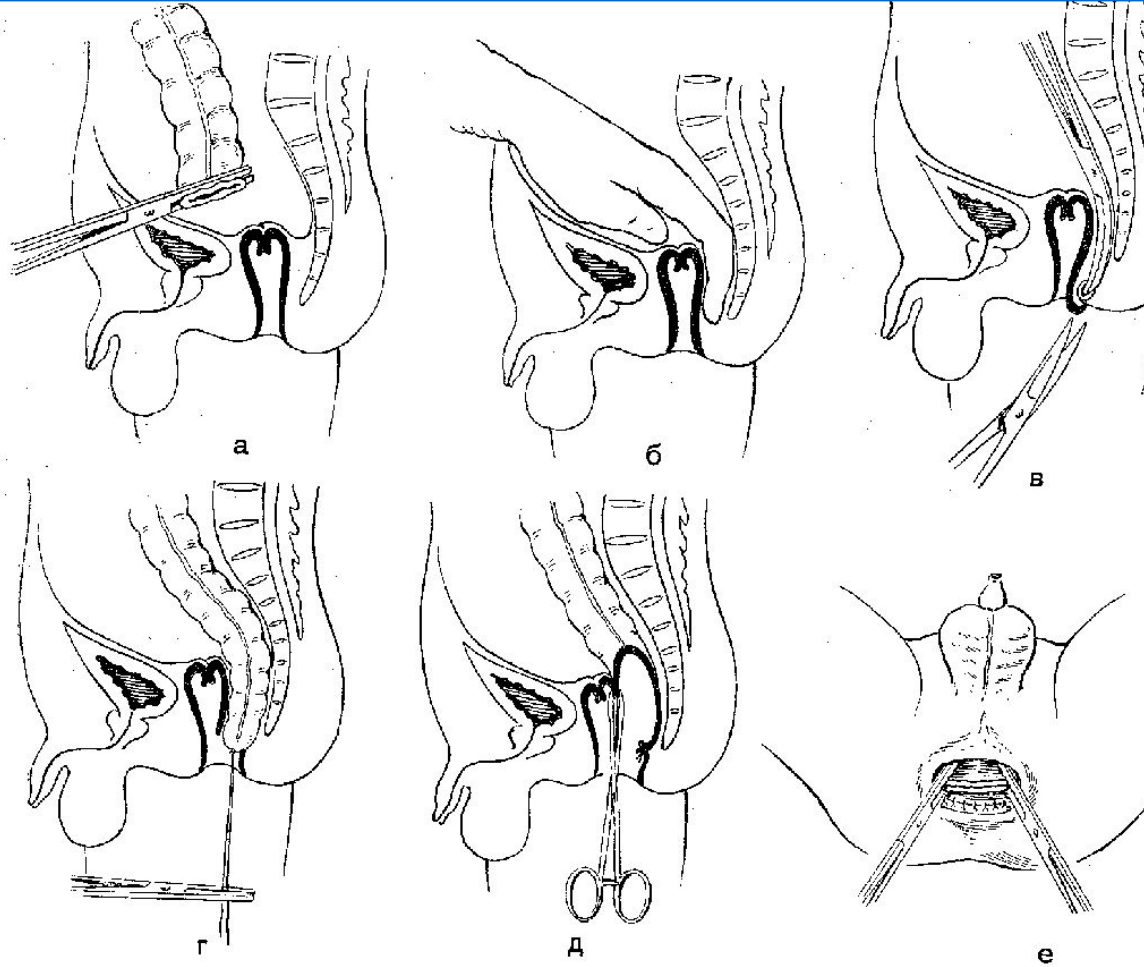
а - заштрихованы границы резекции ректосигмоидального отдела, включая аганглионарную зону и часть супрастенотического расширения;

б - в – выворачивание с мобилизованной прямой кишки и низведение сигмовидной для наложения анастомоза;

г - д - наложение первого и второго ряда швов;

е - анастомоз вправлен в полость таза.

Операция Дюамеля при болезни Гиршпрунга



а - пересечение кишки у переходной складки брюшины, резекция аганглионарной зоны с частью расширенной кишки, ушивание культи прямой кишки;

б - проделывание кармана в ретроректальном пространстве для низведения кишки;

в - пересечение задней полуокружности анальной слизистой над сфинктером для соединения с ретроректальным карманом,

д - е - наложение зажимов на переднюю стенку сигмы и заднюю стенку прямой кишки для создания анастомоза; зажимы самопроизвольно отпадают через 12-15 дней; окончательный вид спонтанного анастомоза после отпадения зажимов.

г - низведение сигмоидной кишки через ретроректальный кармане