

Заболевания ободочной и
прямой кишки.
Кишечная непроходимость.

Захохов Руслан Максидович

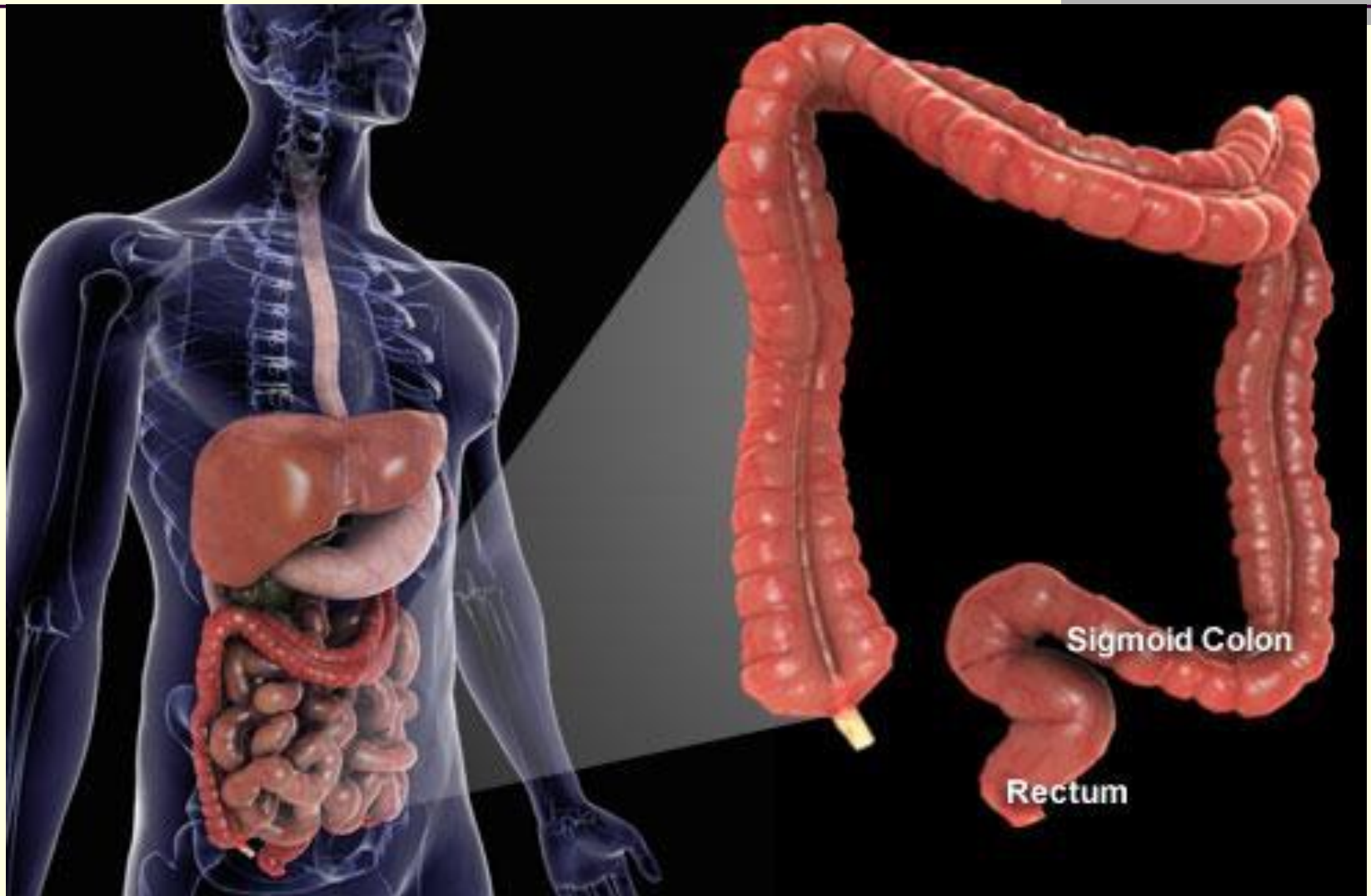
К.М.Н.

Зав. каф. общей хирургии

Почетный работник высшего проф. Образования

Заслуженный врач КБР

Толстая кишка человека



Геморрой

Геморроидальный узел - гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по улитковым артериям и затрудненным оттоком ее по отводящим венам.

(Л.Л. Капуллер)

Геморрой

Классификация

По
локализации

По степеням
выпадения

1. Внутренний – подслизистые кавернозные тельца, расположенные на уровне колонн Морганьи на 3, 7 и 11 часах (в положении больного на спине)

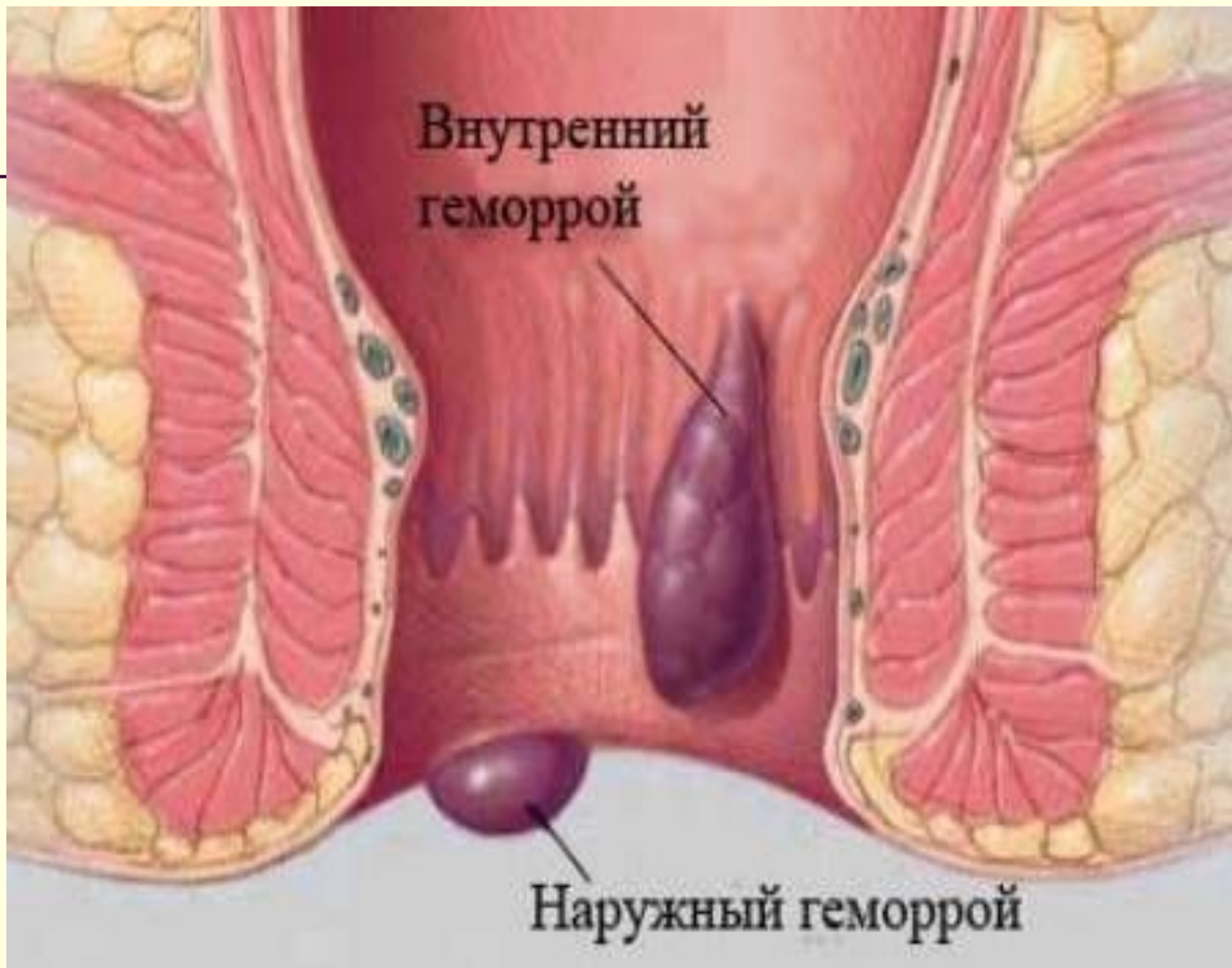
2. Наружный - подкожные узлы образованные венозно-артериальным сплетением нижних геморроидальных сосудов; распределены равномерно, четко не локализованы

3. Промежуточный

1 степень – узлы пролабируют из заднего прохода при дефекации и самостоятельно вправляются

2 степень - выпавшие узлы необходимо вправлять

3 степень – узлы выпадают при малейшей физической нагрузке





Внутренний геморрой

Теория патогенеза геморроя

- Теория врожденной недостаточности венозной системы.
- Механическая теория – запоры, физически тяжелая и сидячая работа.
- Беременность и роды (повышение внутрибрюшного давления, венозный застой, снижение сосудистого тонуса).
- Неврогенная.
- Инфекционная.
- Аллергическая.
- Многомоментный акт дефекации.
- Недостаточность артерио-венозных анастомозов.

Осложнение геморроя

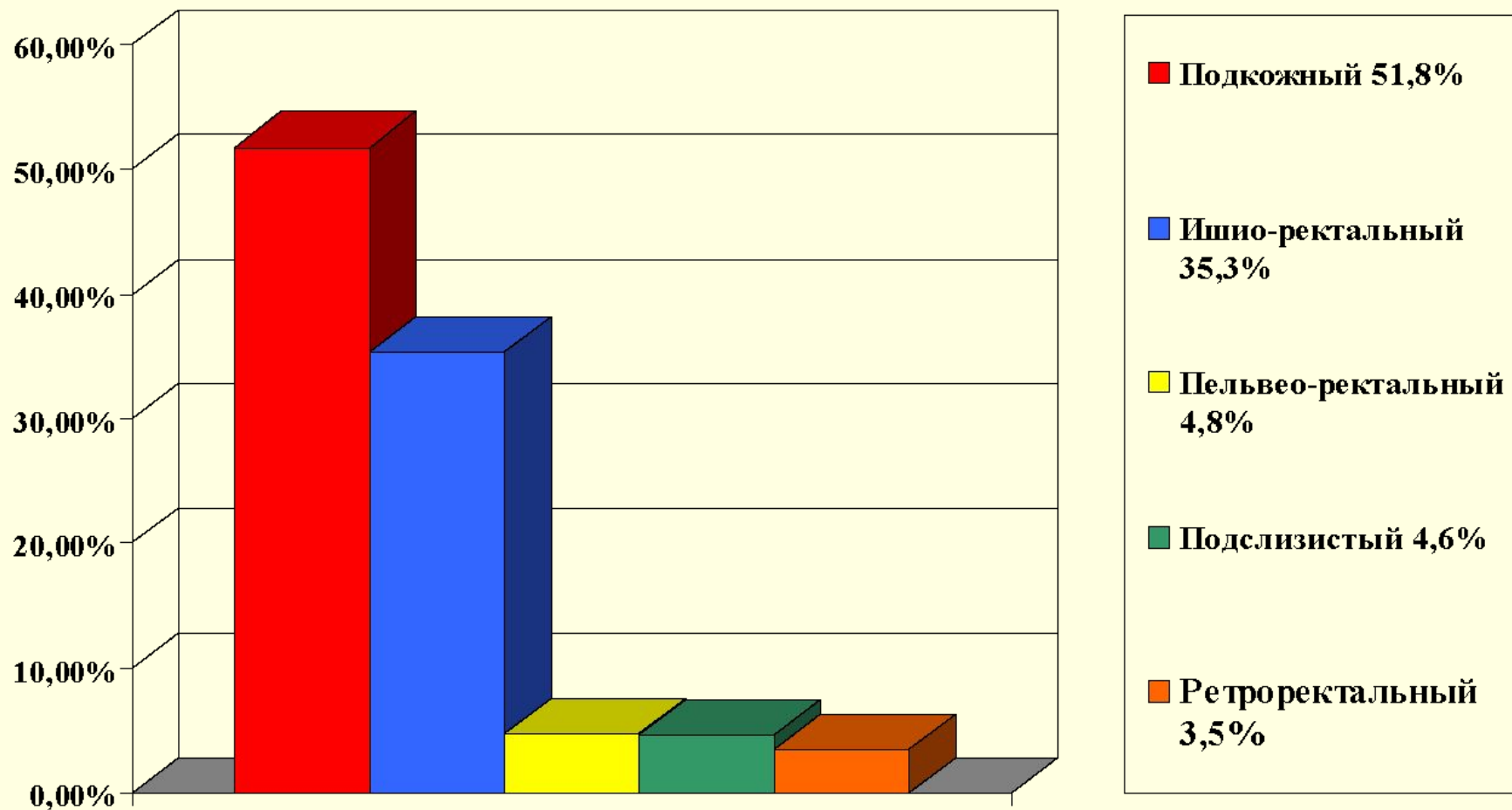
- ***Острый геморроидальный тромбоз*** (увеличение и уплотнение геморроидальных узлов, выпадение их из заднего прохода, боль при дефекации).
- ***Трещина прямой кишки*** (дефект слизистой, нетерпимая боль в течение 2 – 3 часов после акта дефекации).
- ***Пактеноз*** (рубцовое перерождение слизистой в области зубчатой линии, сужение заднего прохода).
- ***Проктит*** (выделение слизи и крови, зуд в области заднего прохода, боль в крестце, тенезмы).
- ***Острый и хронический парапроктит*** (повышение температуры, боль в области заднего прохода, образование гнойников, свищи с гнойным отделяемым).

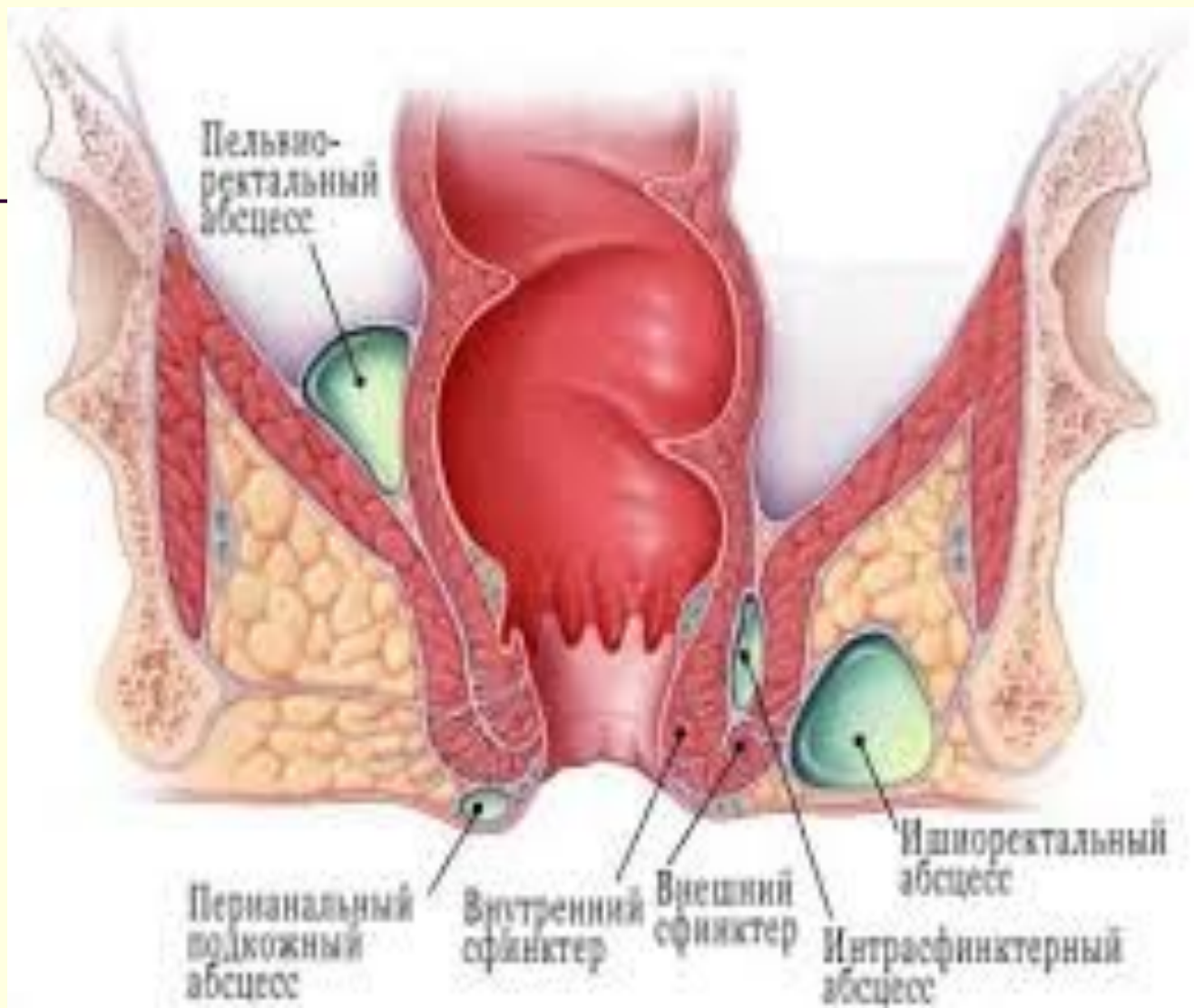
Острый парапроктит

Этиология и патогенез

- Повреждение слизистой оболочки прямой кишки.
- Проникновение микроорганизмов в параректальную клетчатку через анальные железы, синусы Германия.
- Сопутствующие заболевания (геморрой, анальная трещина, проктит). Болезнь Крона. Неспецифический язвенный колит.

Классификация и частота отдельных видов острого парапроктита



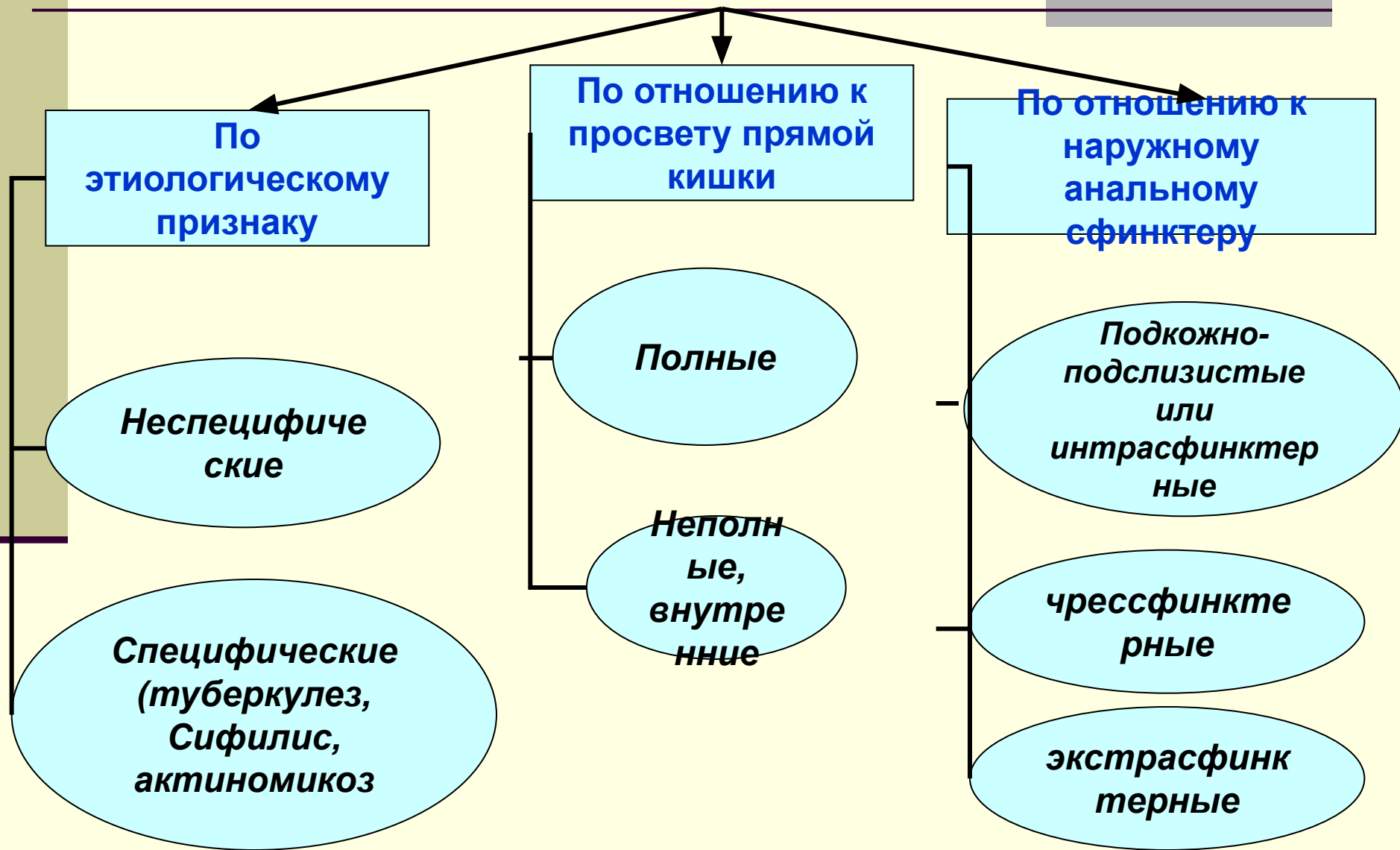


Операции при остром парапроктите

- При подкожном, пельвео-ректальном, подслизистом и ретроректальном парапроктите – вскрытие и дренирование гнойника.
- При ишио-ректальном парапроктите – вскрытие гнойника с иссечением внутреннего отверстия или с проведением лигатуры.

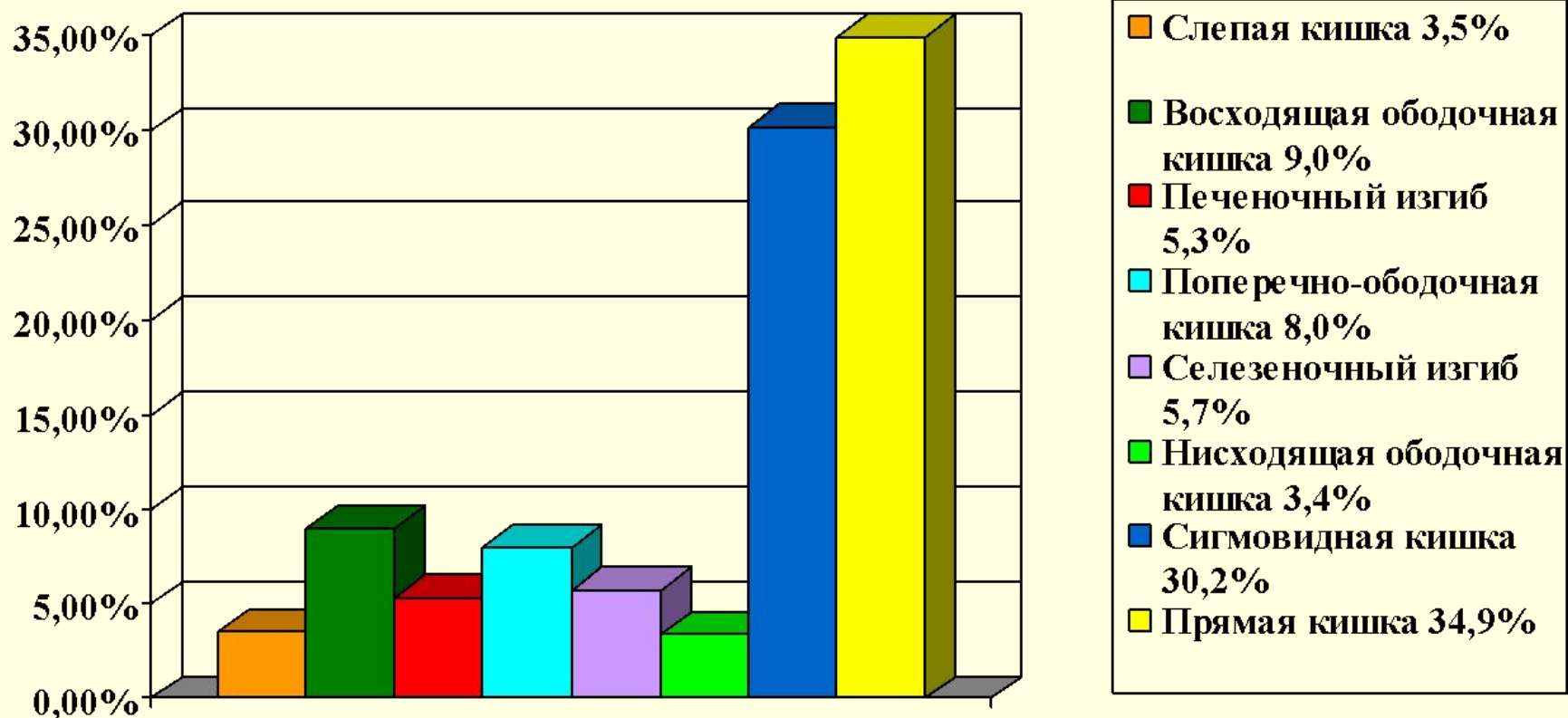
Хронический парапроктит

Классификация

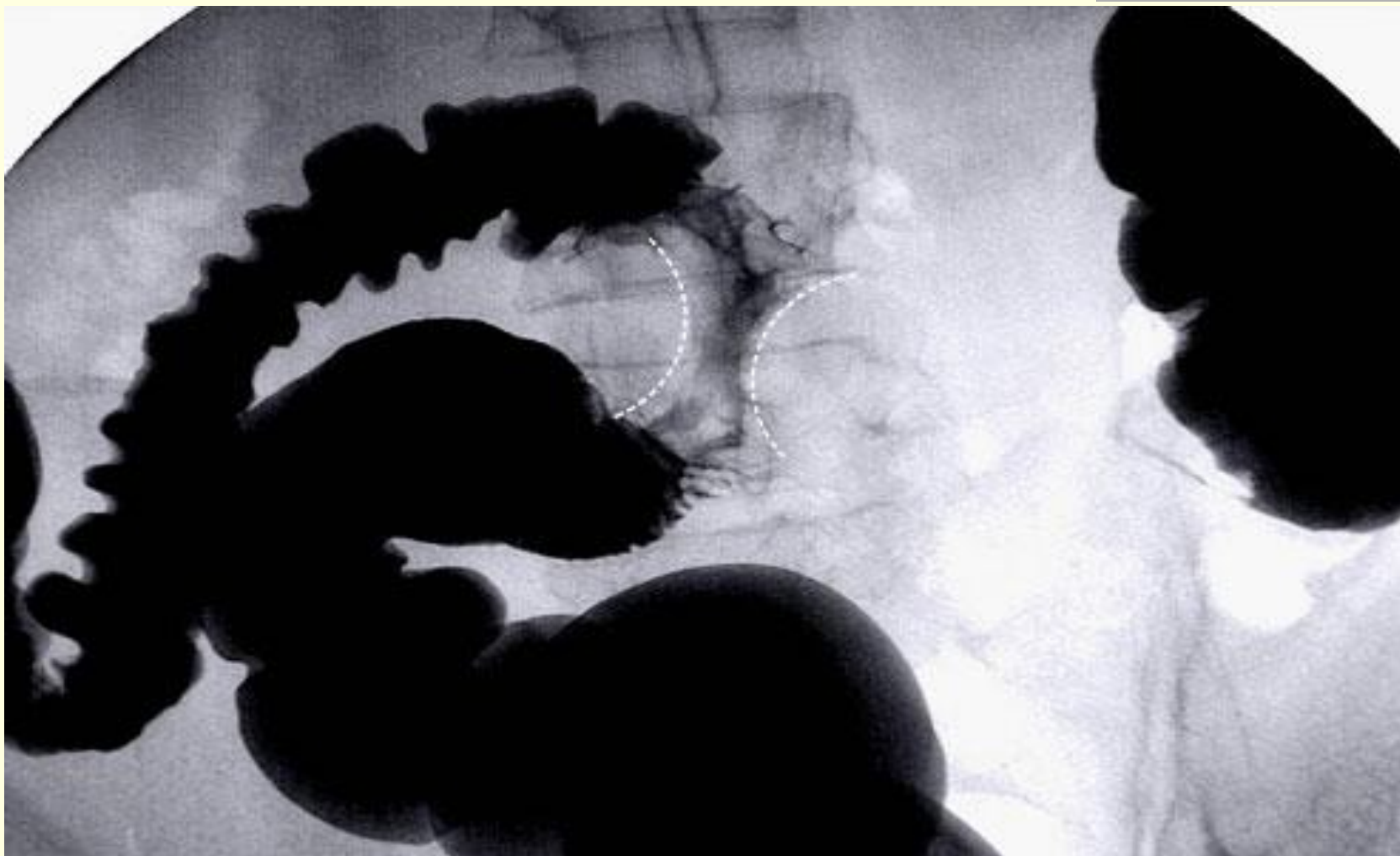


Рак ободочной и прямой кишки

Частота поражения раком различных отделов толстой кишки



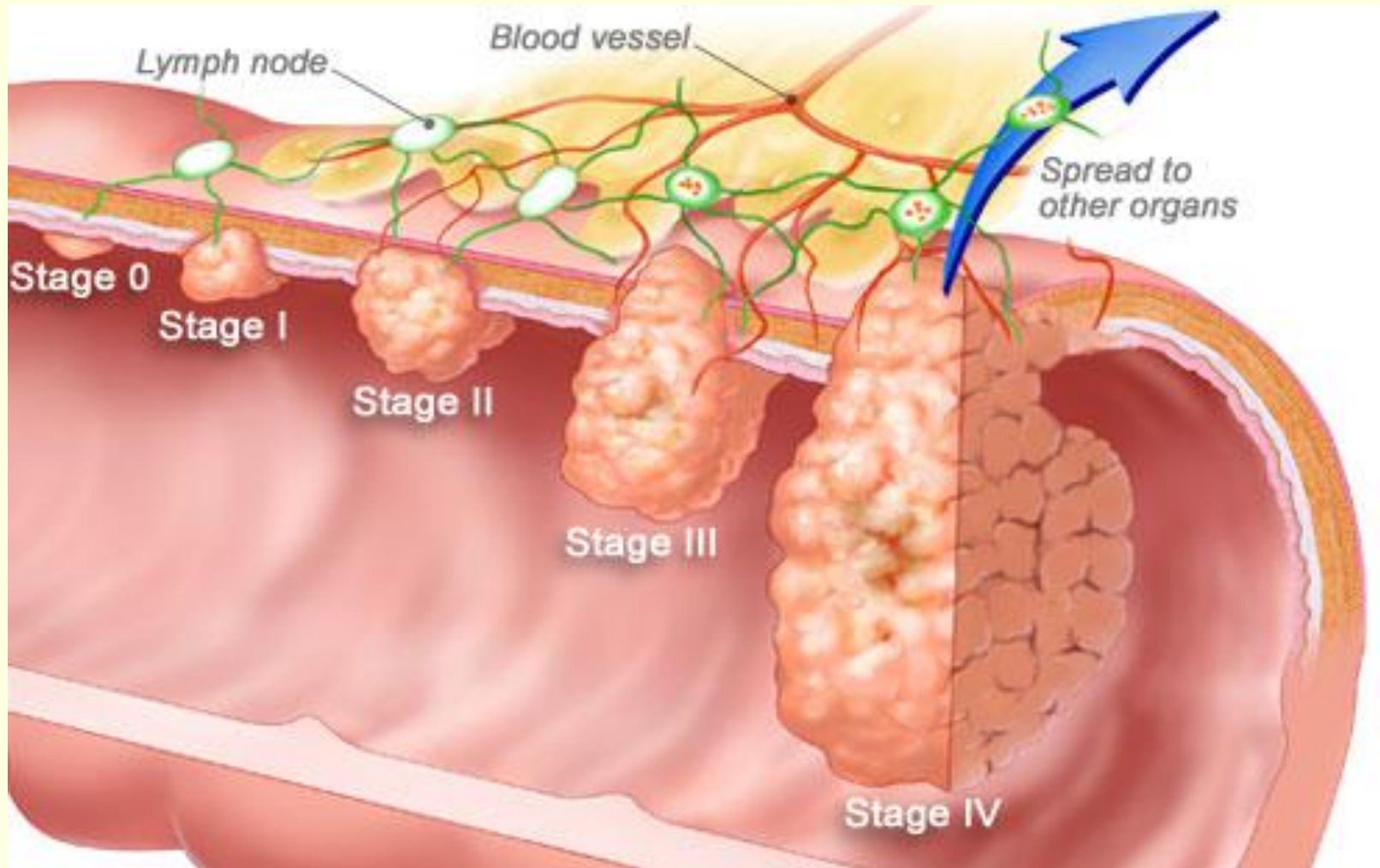
Ирригоскопия кишечника



Классификация рака толстой кишки по системе TNM

- **T₁** – опухоль занимает 1/3 окружности просвета.
- **T₂** – опухоль занимает более 1/3, но не более 1/2 окружности кишки.
- **T₃** – опухоль занимает более 1/2 окружности просвета, но не распространяется на соседние структуры.
- **T₄** – опухоль распространяется на соседние структуры.
- **N₀** – регионарные лимфоузлы не поражены.
- **N₁** – поражены лимфоузлы брыжейки.
- **N₂** – поражены парааортальные лимфоузлы.
- **N₃** – поражены поддиафрагмальные лимфоузлы.
- **M₁** – имеются отдаленные метастазы.

Стадии рака толстой кишки



Как начинается опухоль



Удаление полипа петлей



Аппарат радиочастотной абляции опухоли



Пути метастазирования

- Лимфогенное метастазирование.
- Гематогенное метастазирование.
- Имплантационные метастазы.

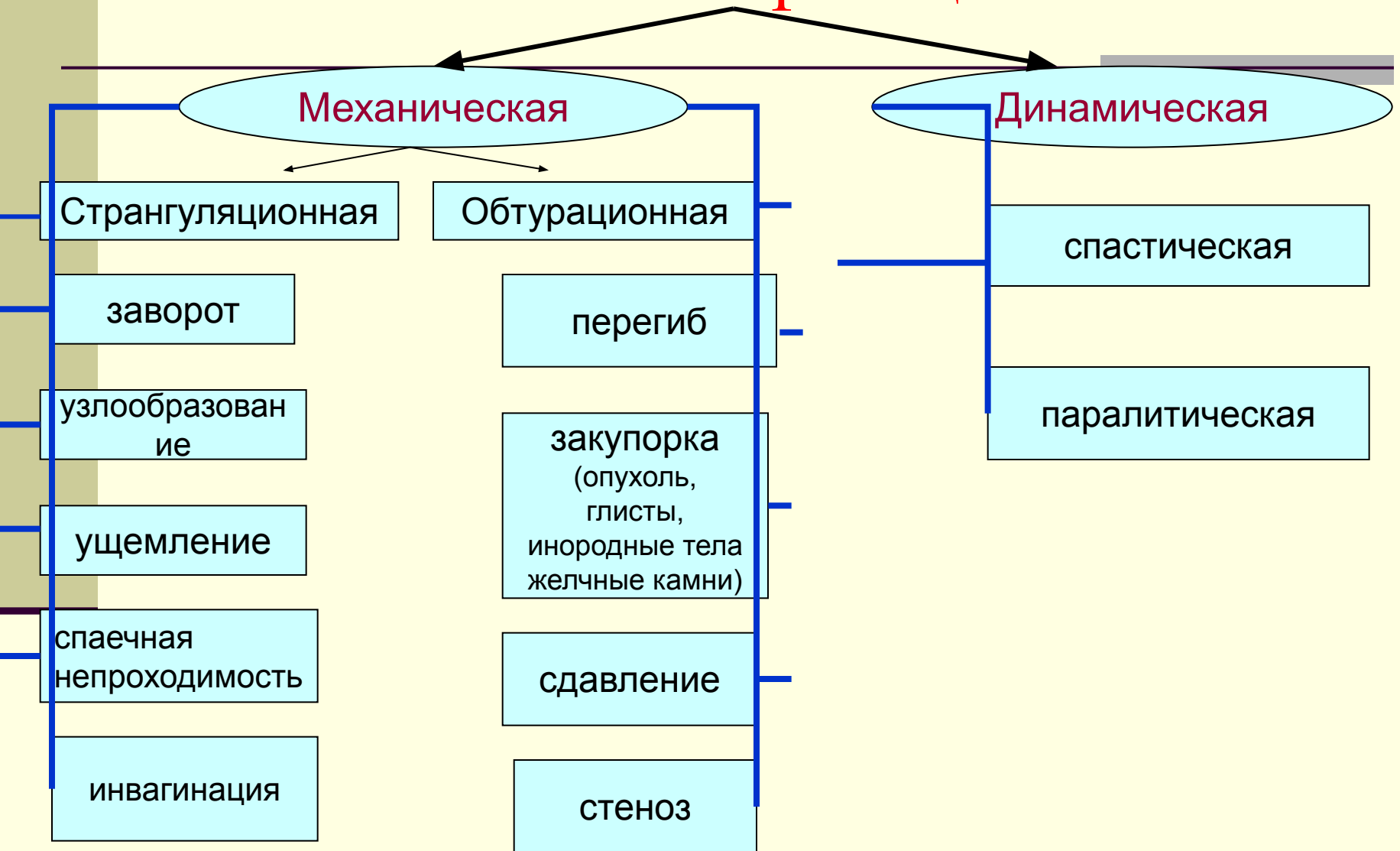
Излюбленная локализация метастазов - левая доля печени, забрюшинная клетчатка, мозг, легкие и кости.

«...Болезнь мчится во весь
опор. Нам, клиницистам, не
следует плестись за ней
черепашьим шагом...»

Мондор

Острая кишечная непроходимость

Классификация



Причины острой кишечной непроходимости

Механическая непроходимость

■ Сужение просвета кишки снаружи.

1. Сдавление без участия брыжейки:

- а) сдавление увеличенными, смещенными или воспалительно измененными органами;
- б) сдавление лпухолями, кистами брюшной полости, забрюшинными кистами;
- в) сдавление спайками или ущемление стенки кишки без сдавления брыжейки.

2. Ущемление с участием брыжейки:

- а) ущемление во внутренних и наружных грыжевых отверстиях;
- б) сдавление и ущемление спайками, тяжами от аппендицита, дивертикула Меккеля и др.;
- в) завороты;
- г) узлы.

■ Сужение просвета кишки изнутри.

1. Без участия брыжейки – обтурации:

- а) без связи со стенкой кишки (желчные, каловые камни, инородные тела, волосы, глисты и др.);
- б) в связи со стенкой кишки (опухоли, воспалительный процесс, стеноз, дивертикул, рубцы).

2. С участием брыжейки – инвагинация.

Причины острой кишечной непроходимости

Динамическая непроходимость

1. Спастическая

- а) На почве отравления свинцом.
- б) На почве глистной инвазии.
- в) На почве истерии.

2. Паралитическая

а) Первичная:

- *дисперистальтическая ;*
- *паралитическая (пищевая);*
- *истерическая.*

б) Вторичная:

- *на почве воспаления (перитониты);*
- *послеоперационный парез;*
- *рефлекторная (в связи с болезнями печени, почек, сердца – инфаркт миокарда);*
- *тромбоз мезентериальных сосудов.*

Этиология

- **Врожденные пороки** – врожденные щели в связках, брыжейке, поля Тревса, дивертикул Меккеля.
- **Приобретенные заболевания** – стенозы, воспалительные инфильтраты: спайки, рубцовые изменения брыжейки, связочного аппарата.
- **Нервно-рефлекторные нарушения** – спазм и усиление перистальтики (инвагинация).
- **Алиментарные факторы** – обильная еда после периода воздержания (завороты), резкие изменения пищевого режима.
- **Гипо- и авитаминозы** – паралитическая непроходимость.

Факторы патогенеза

- Нервно-рефлекторные и сосудистые сдвиги.
- Нарушение «кругооборота соков», расщепления и обратного всасывания белков.
- Усиление процессов межуточного обмена, распад белков, гипопроteinемия.
- Потеря воды, калия, натрия, хлоридов – обезвоживание, нарушение КЩС (в начальной фазе – алкалоз, в терминальной – ацидоз).
- Распад эритроцитов, анемия.
- Эндогенная интоксикация – усиление протеолиза, ферментная токсемия, патологическое кининообразование, накопление олигопептидов, молекул средней массы.
- Микробная интоксикация.
- Перитонит.
- Вторичные изменения в эндокринной системе, истощение адаптационных механизмов.
- Гиповолемия, централизация кровообращения, патологическое депонирование крови, гипоксия, метаболический ацидоз.
- Артериальная гипотония, острая сердечная недостаточность.

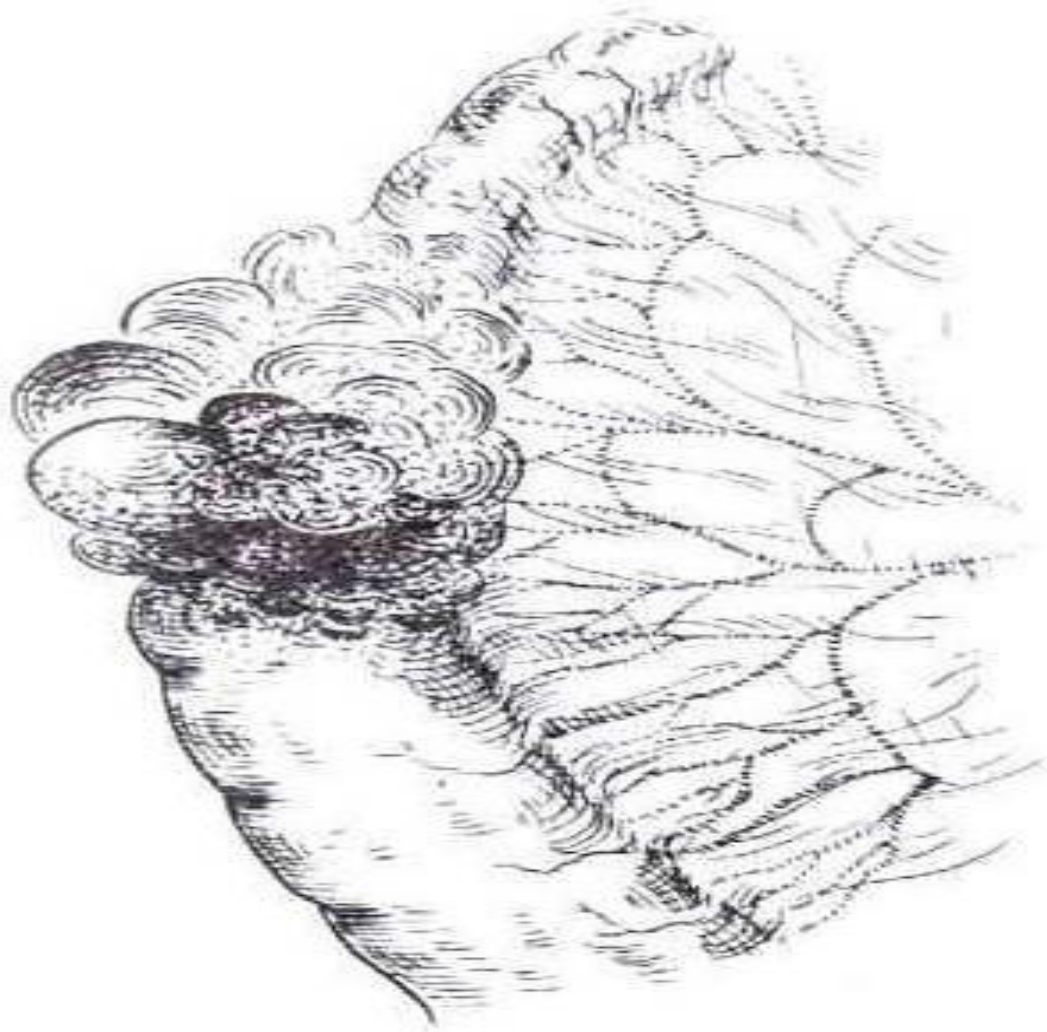
Частота видов механической ОКН

- Заворот (*volvulus*).....2-2,5%
- Узлообразование (*nodulus intestini*).....3-4%
- Инвагинация (*invaginatio intestini*).....2-3%
- Спаечная болезнь (*morbus adhaesivus*)....55-71%
- Обтурация тонкой кишки.....1,7%
- Обтурация толстой кишки.....20-40%
(раковая.....26-27%)
- Пороки развития.....3%

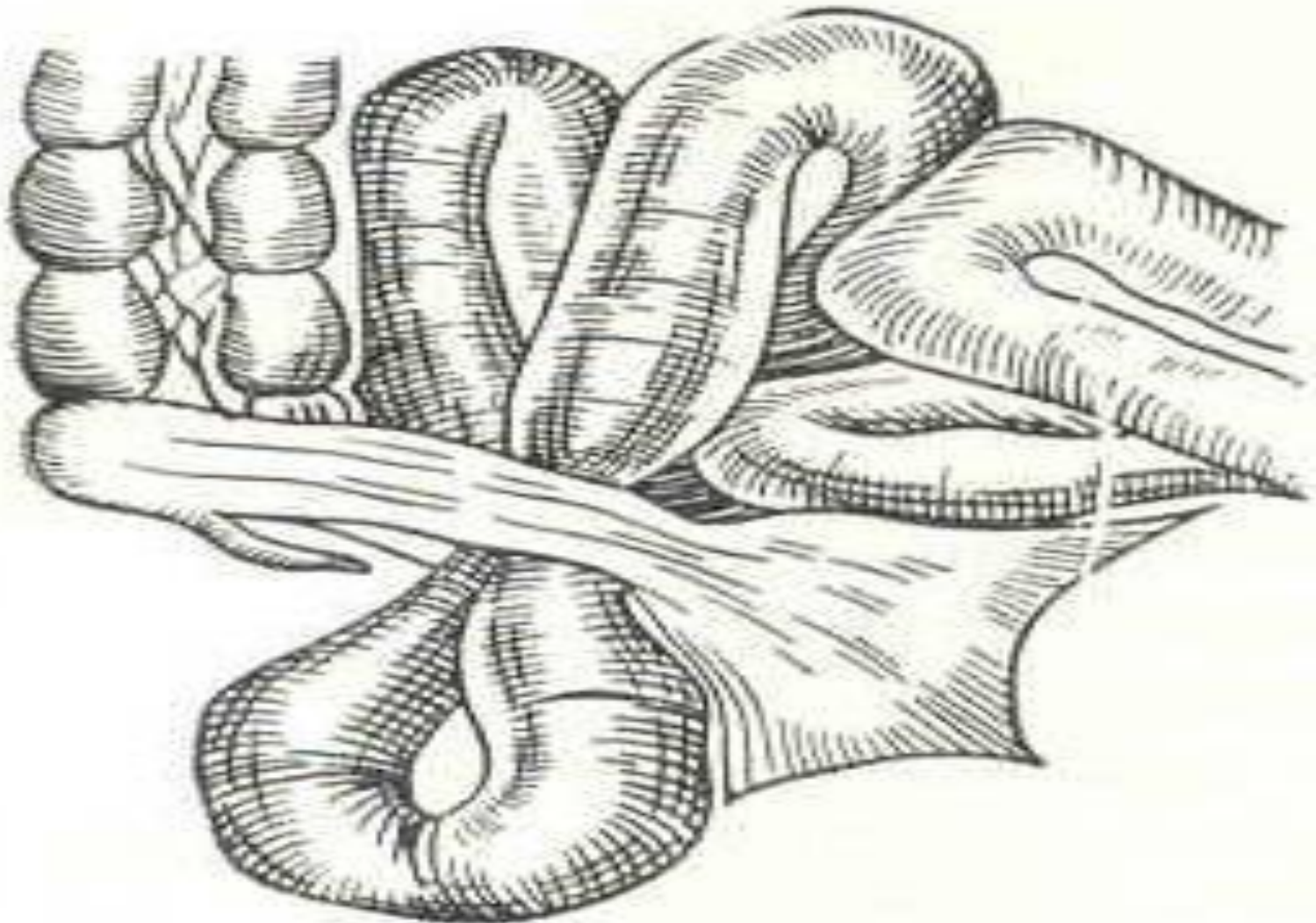
Причины обтурационной ОКН

- **опухоли;**
- **рубцовые сужения;**
- **желчные и каловые камни;**
- **клубки паразитов;**
- **инородные тела;**
- **сдавление извне спайками, опухолями, кистами, воспалительными инфильтратами;**

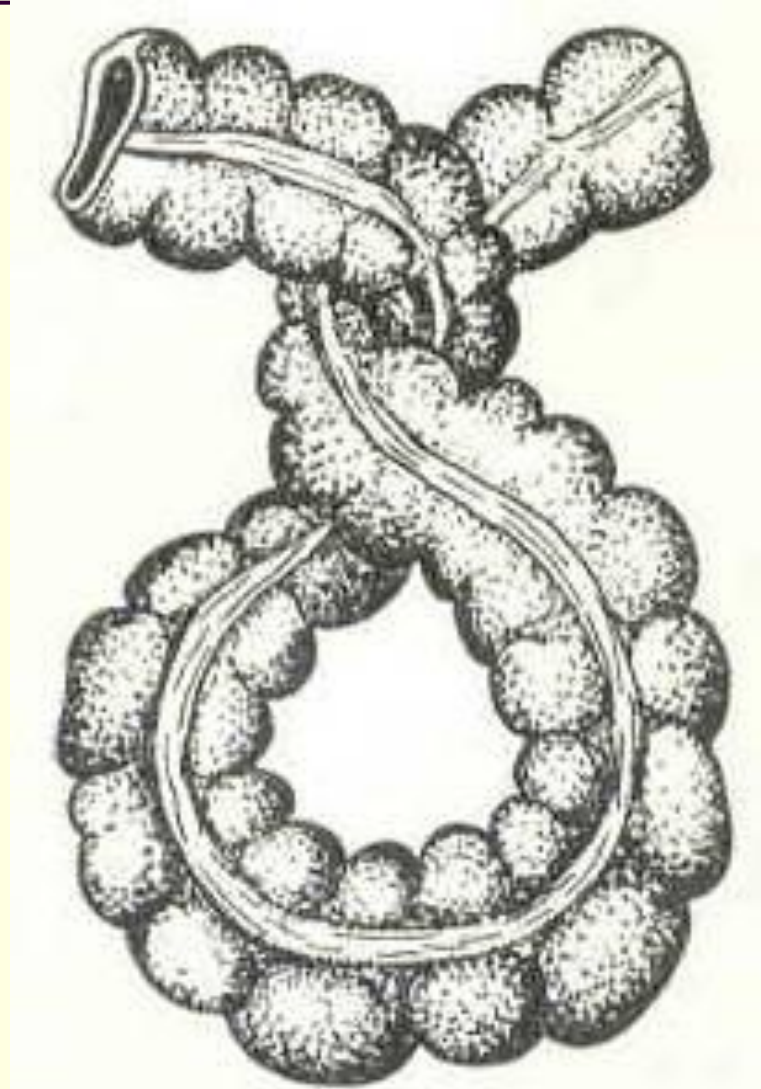
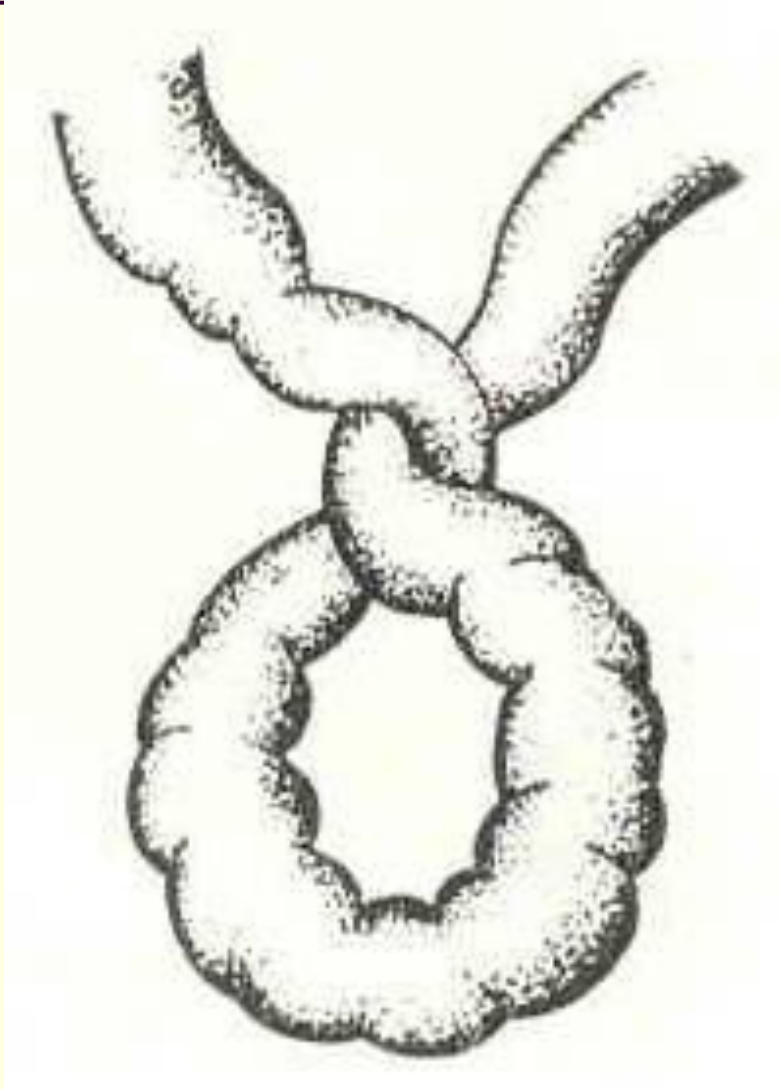
Обтурация просвета опухолью



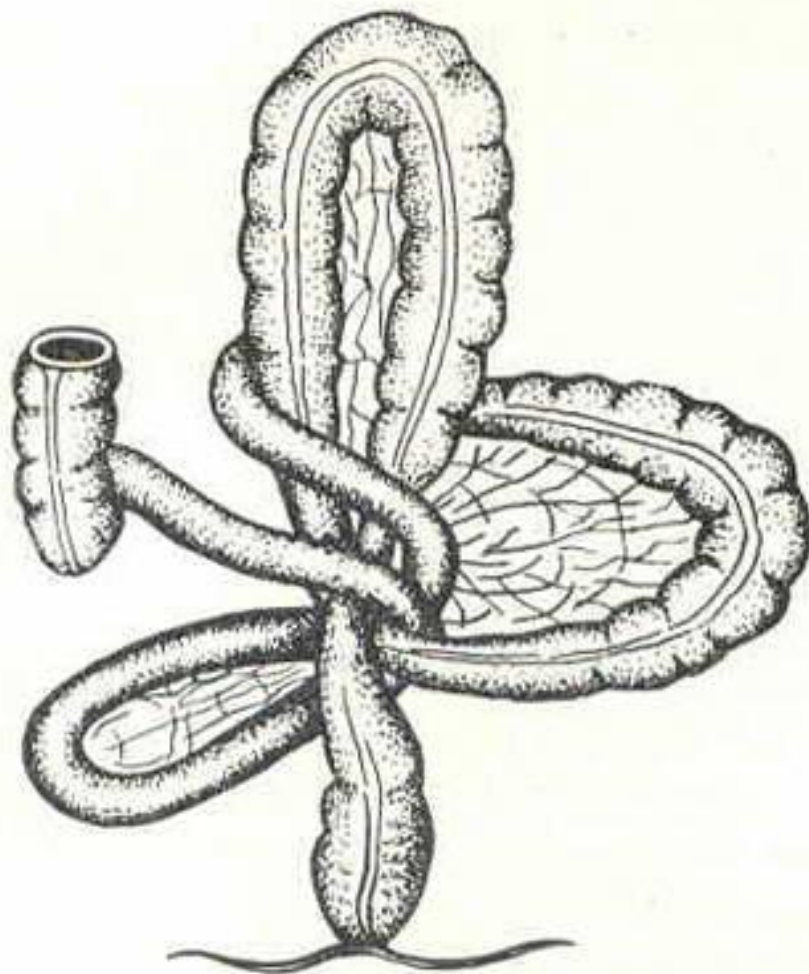
Сдавление петли кишки спайкой



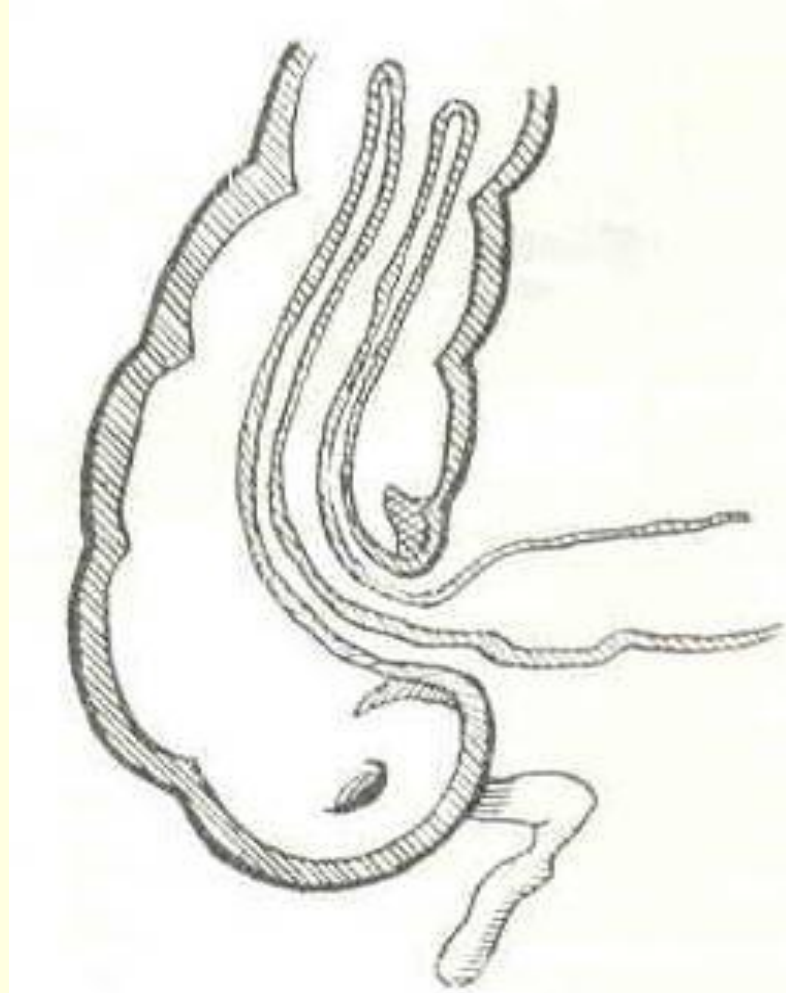
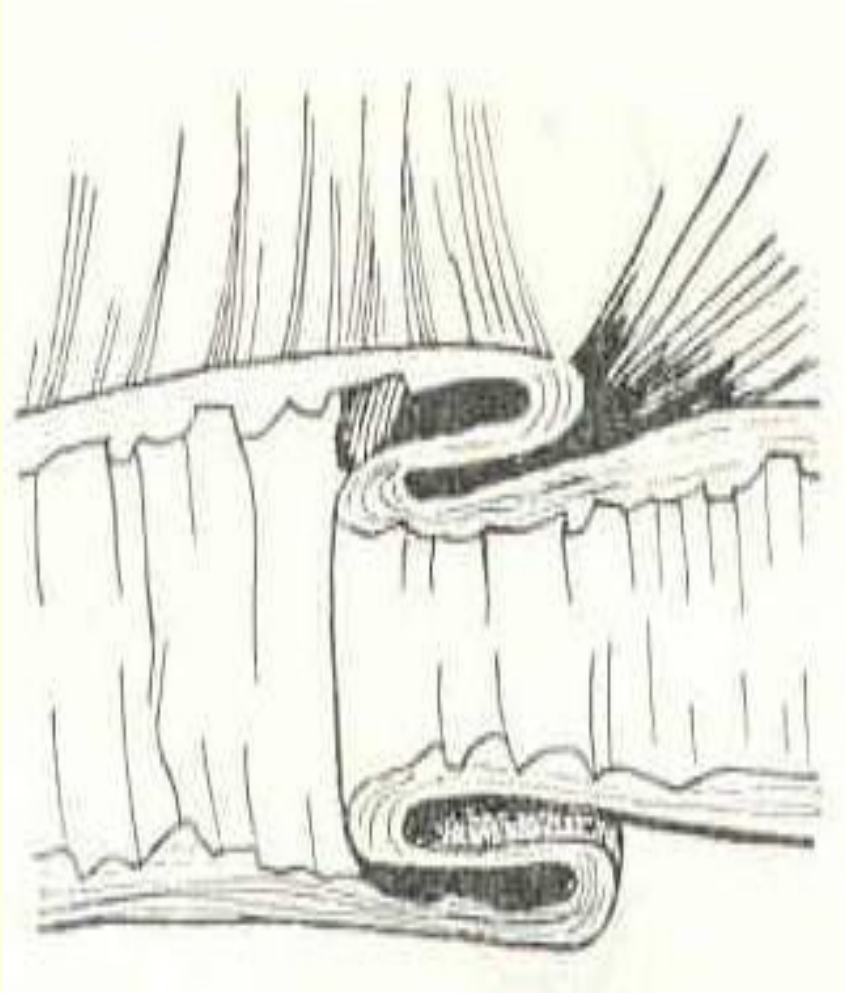
Заворот кишок



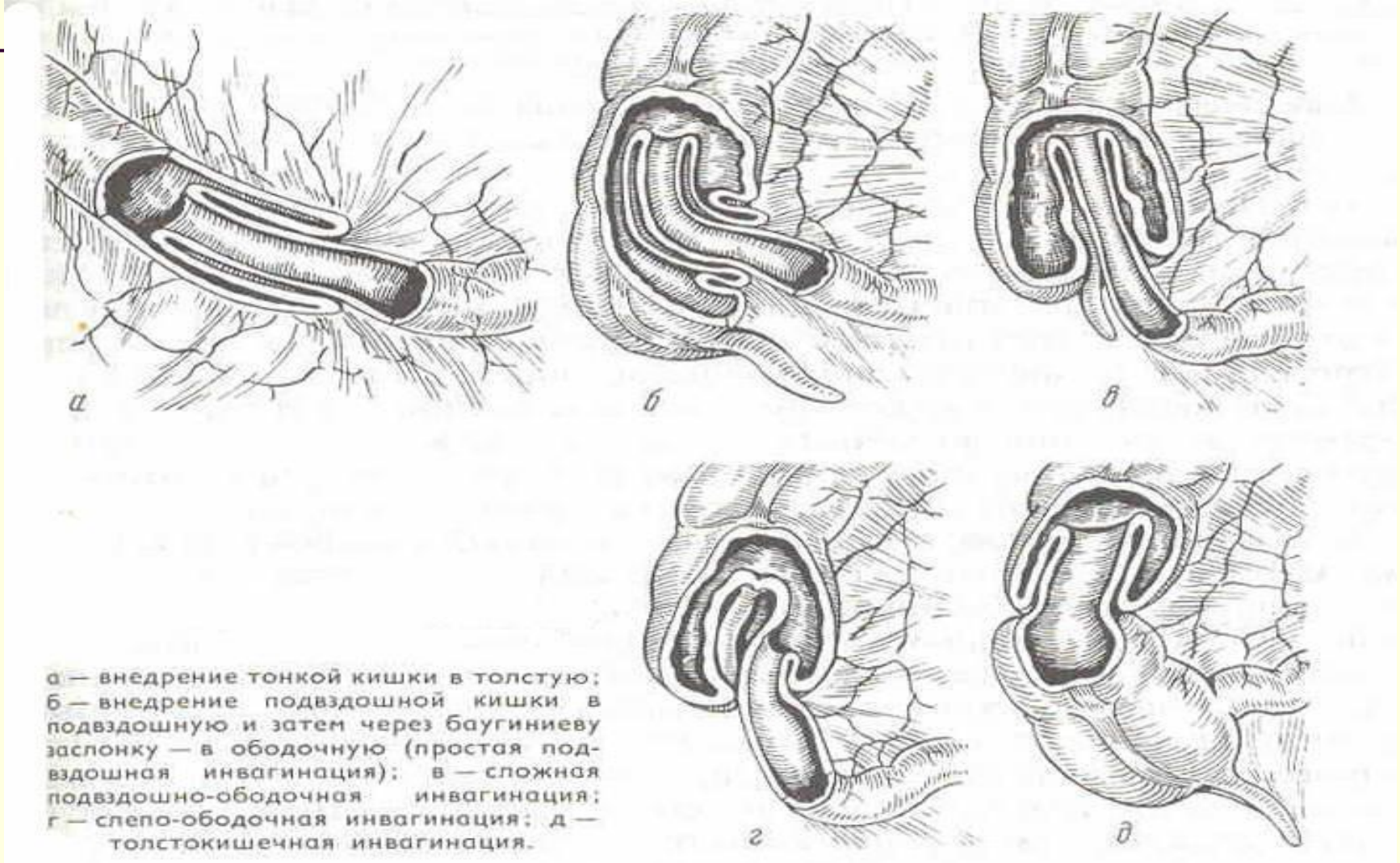
Узлообразование



Инвагинация



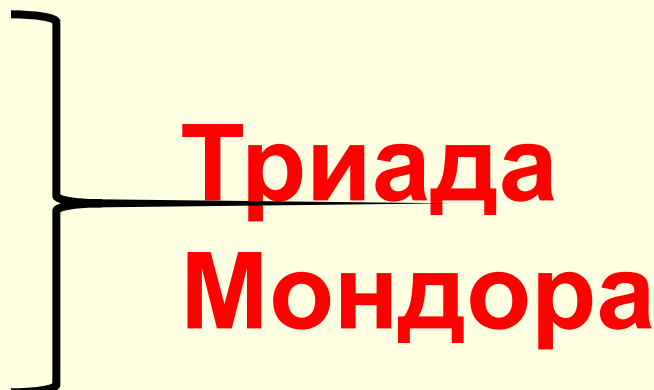
Виды инвагинации



а — внедрение тонкой кишки в толстую;
б — внедрение подвздошной кишки в подвздошную и затем через баугиниеву заслонку — в ободочную (простая подвздошная инвагинация); в — сложная подвздошно-ободочная инвагинация;
г — слепо-ободочная инвагинация; д — толстокишечная инвагинация.

Клиническая картина ОКН

- *Боль (100%);*
- *Задержка газов и стула (до 80%);*
- *Рвота (60-80%);*
- *Жажда;*
- *Мучительная икота;*

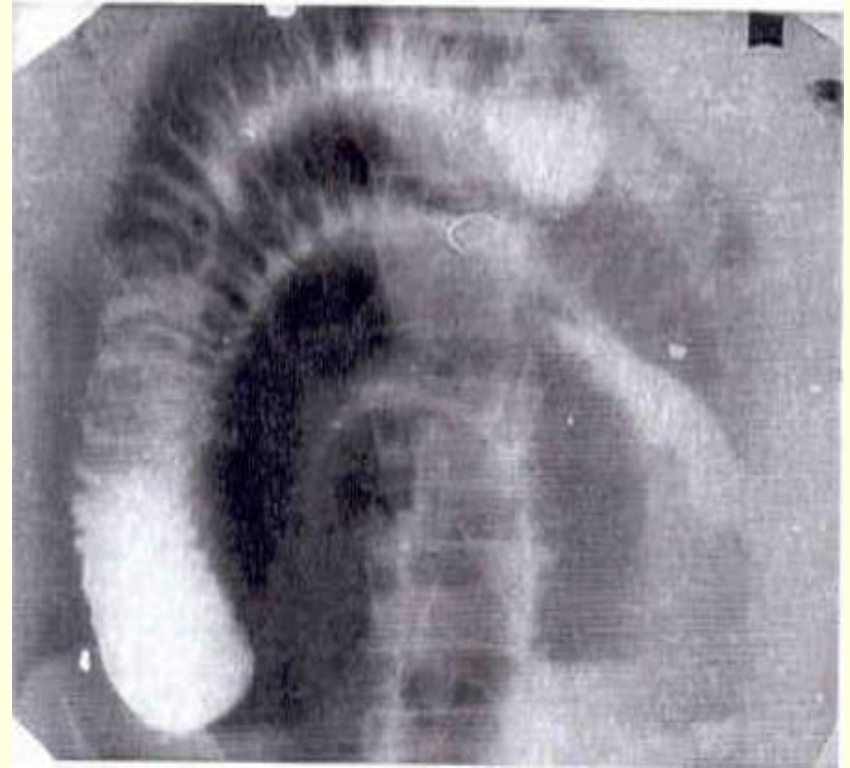
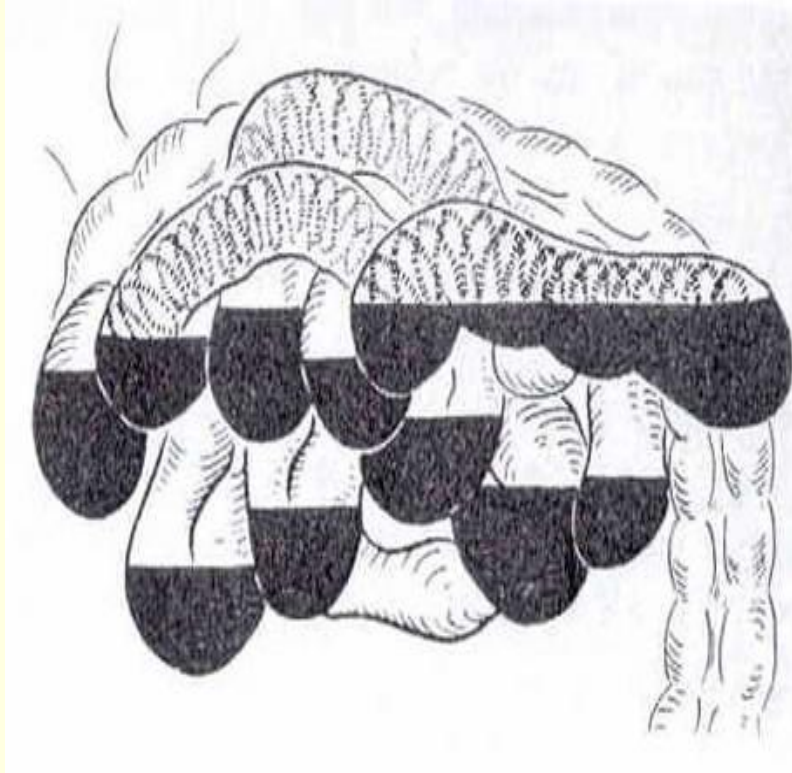


**Триада
Мондора**

Лабораторные изменения при ОКН

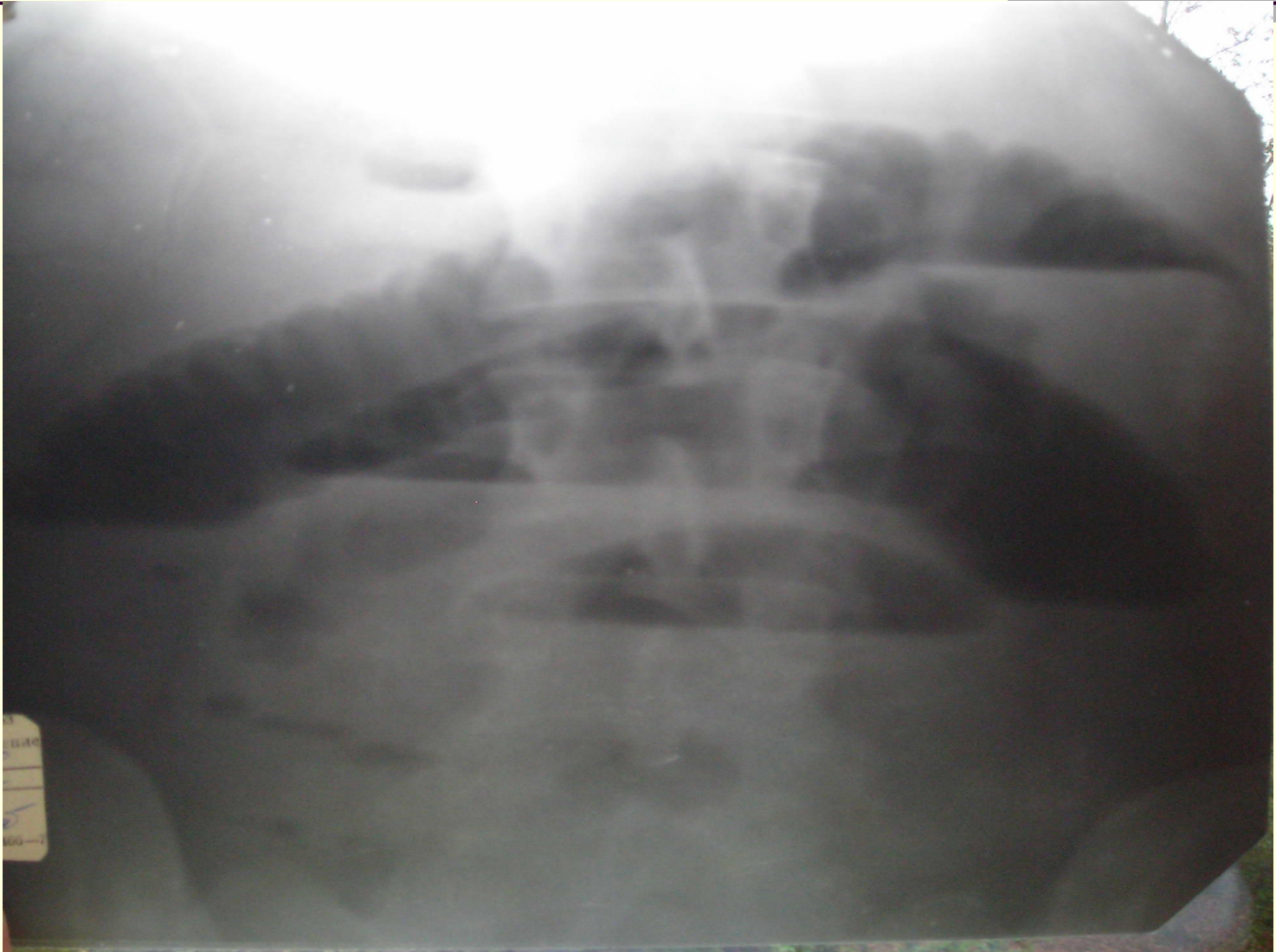
- признаки обезвоживания и нарушения электролитного обмена;
- резкое снижение хлоридов (*N 95-108* ммоль/л) – *плохой прогностический признак*

Рентгенологические проявления

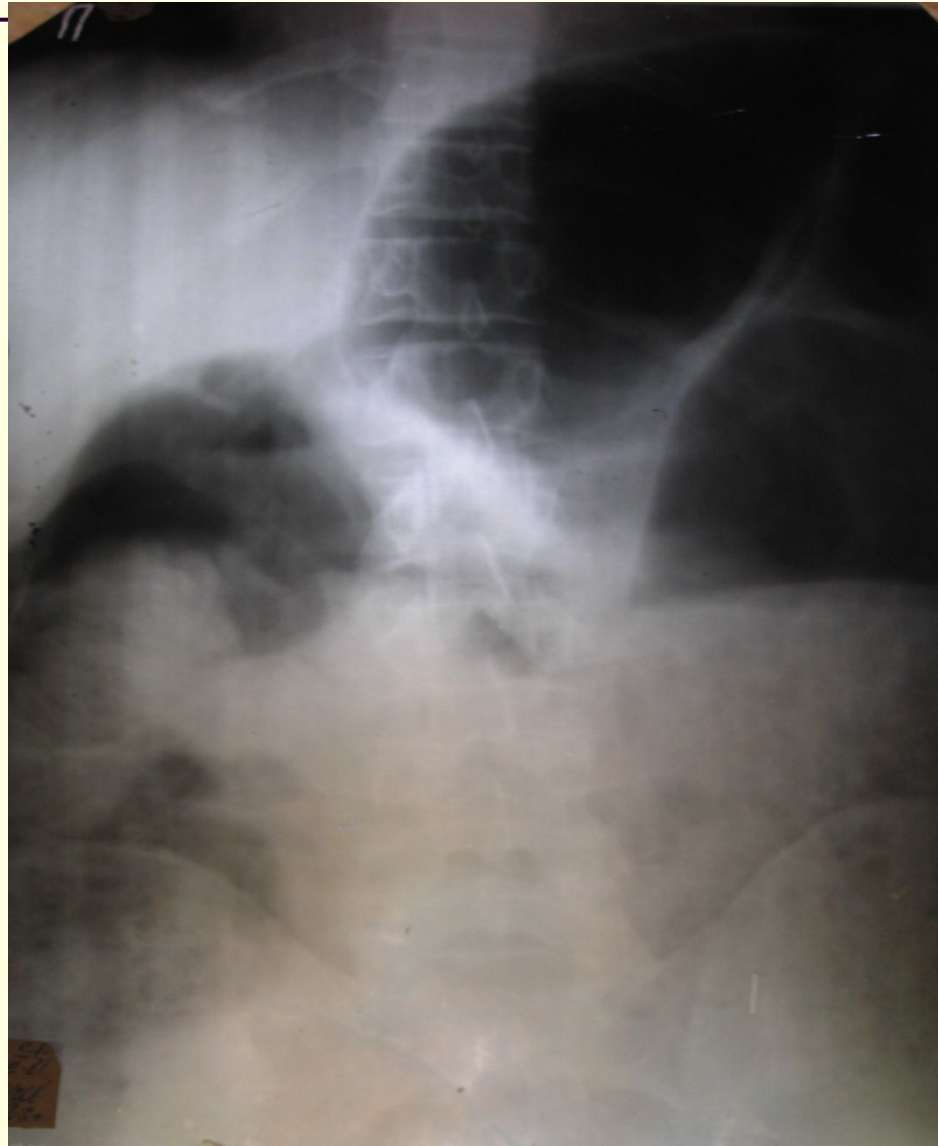


Чаши Клойбера (слева) и симптом кишечных арок (справа)

Рентгенологические проявления



Рентгенологические проявления



Рентгенологические проявления



Врачебная тактика при ОКН

Обязательная госпитализация!

***В течение 3 часов необходимо решить
вопрос об оперативном лечении!***

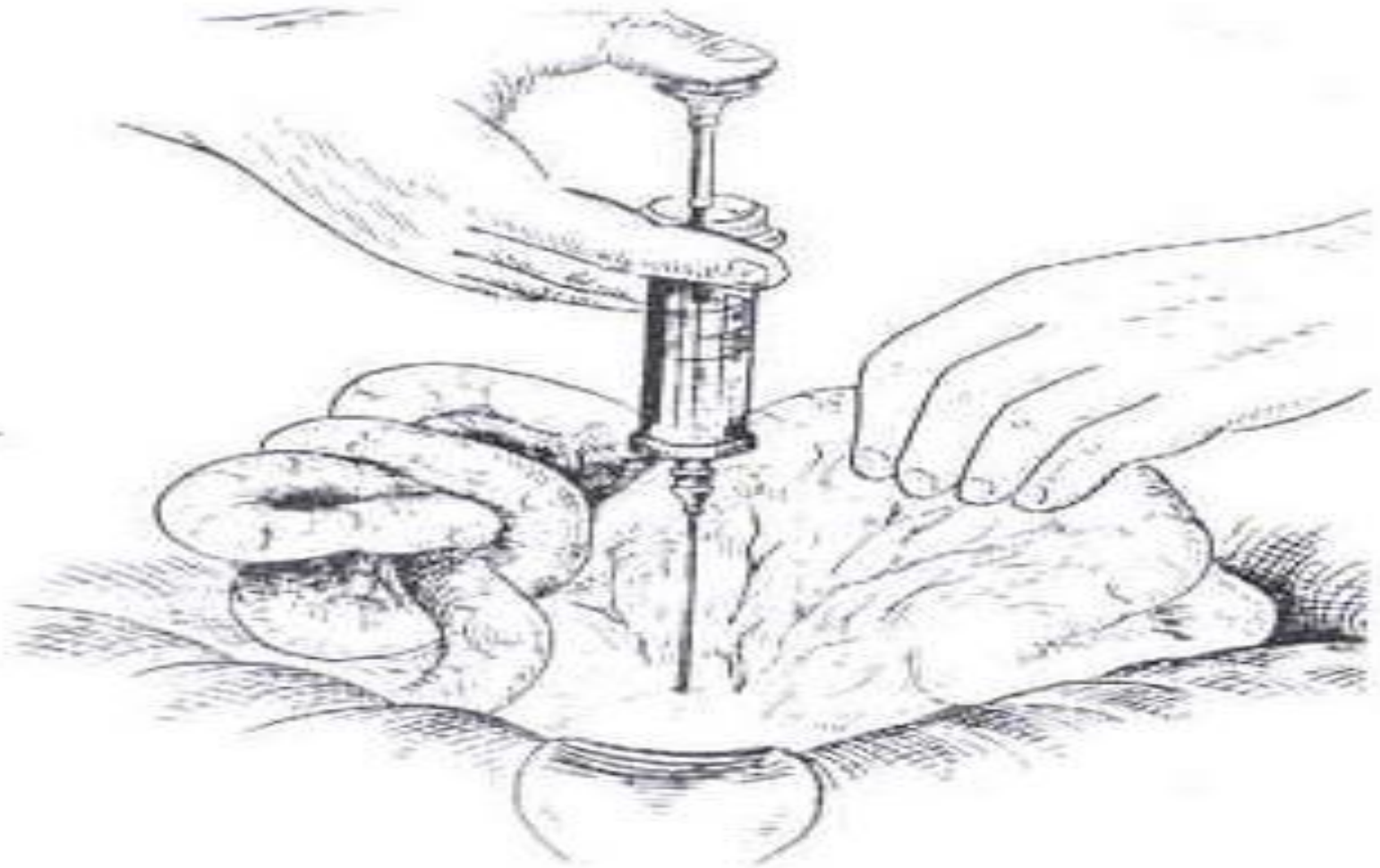
Врачебная тактика при ОКН

*При бесспорном диагнозе
странгуляционной кишечной
непроходимости, перитоните показана
экстренная операция
(в течение 1-2 часов)*

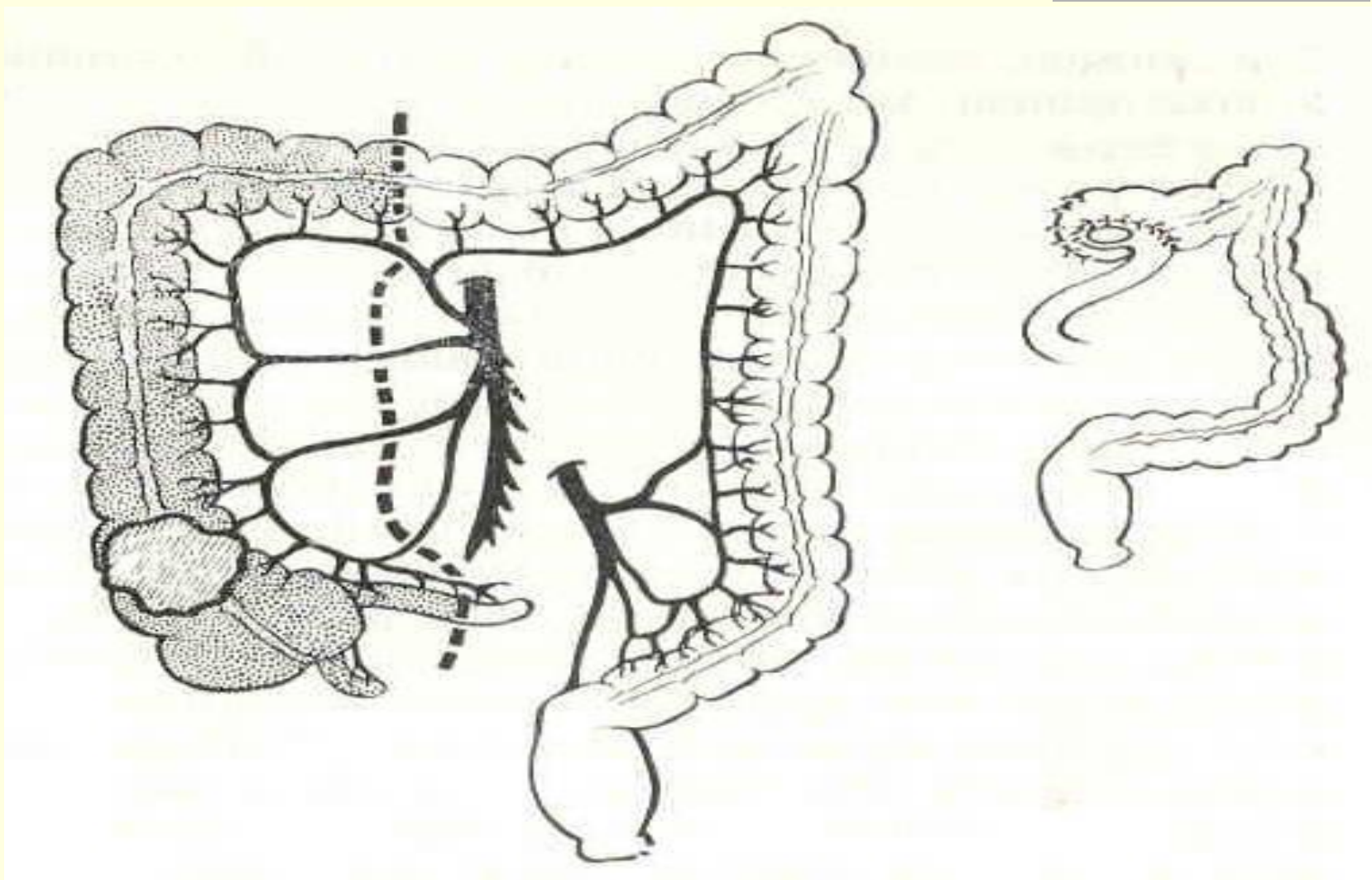
«...Каждый час задержки с операцией увеличивает летальность на 1%...»

Ю.Ю. Джанелидзе

Блокада корня брыжейки



Правосторонняя гемиколонэктомия



Задачи послеоперационного периода

1. *Коррекция волевических расстройств (полиионные, коллоидные растворы).*

Дефицит ОЦК (л)=1-40/Г*вес(кг)/5,

где Г – показатель гематокрита.

В среднем больной весом 70 кг должен получать в сутки 3,5 л жидкости плюс потери со рвотой.

2. *Устранение токсемии (гемодилюция, сорбционные методы детоксикации).*

3. *Восполнение пластических и энергетических ресурсов (5% глюкоза, растворы аминокислот, белковые препараты, парентеральное питание).*