

**ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет
Минздрава России
Кафедра хирургических болезней №2**



ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

2020

АНАТОМИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ТОЛСТАЯ КИШКА (INTESTINUM CRASSUM)

ДИСТАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ ТОНКОЙ КИШКИ, НАЧИНАЕТСЯ ОТ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА И ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ЗАДНЕПРОХОДНЫМ ОТВЕРСТИЕМ.

- ❑ ДЛИНА ТОЛСТОЙ КИШКИ 1м 10 см – 2м 15 см (В СРЕДНЕМ – 1м 50 см)**
- ❑ ДИАМЕТР В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ – 7-14 см**
- ❑ ДИАМЕТР В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ – 4-6 см**

ОТДЕЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

СЛЕПАЯ (CEACUM) – длина 1-13 см, d 5-10см

ВОСХОДЯЩАЯ ОБОДОЧНАЯ (COLON ASCENDENS)

**ПОПЕРЕЧНАЯ ОБОДОЧНАЯ (COLON TRANSVERSUM)
длина брыжейки – 12 см**

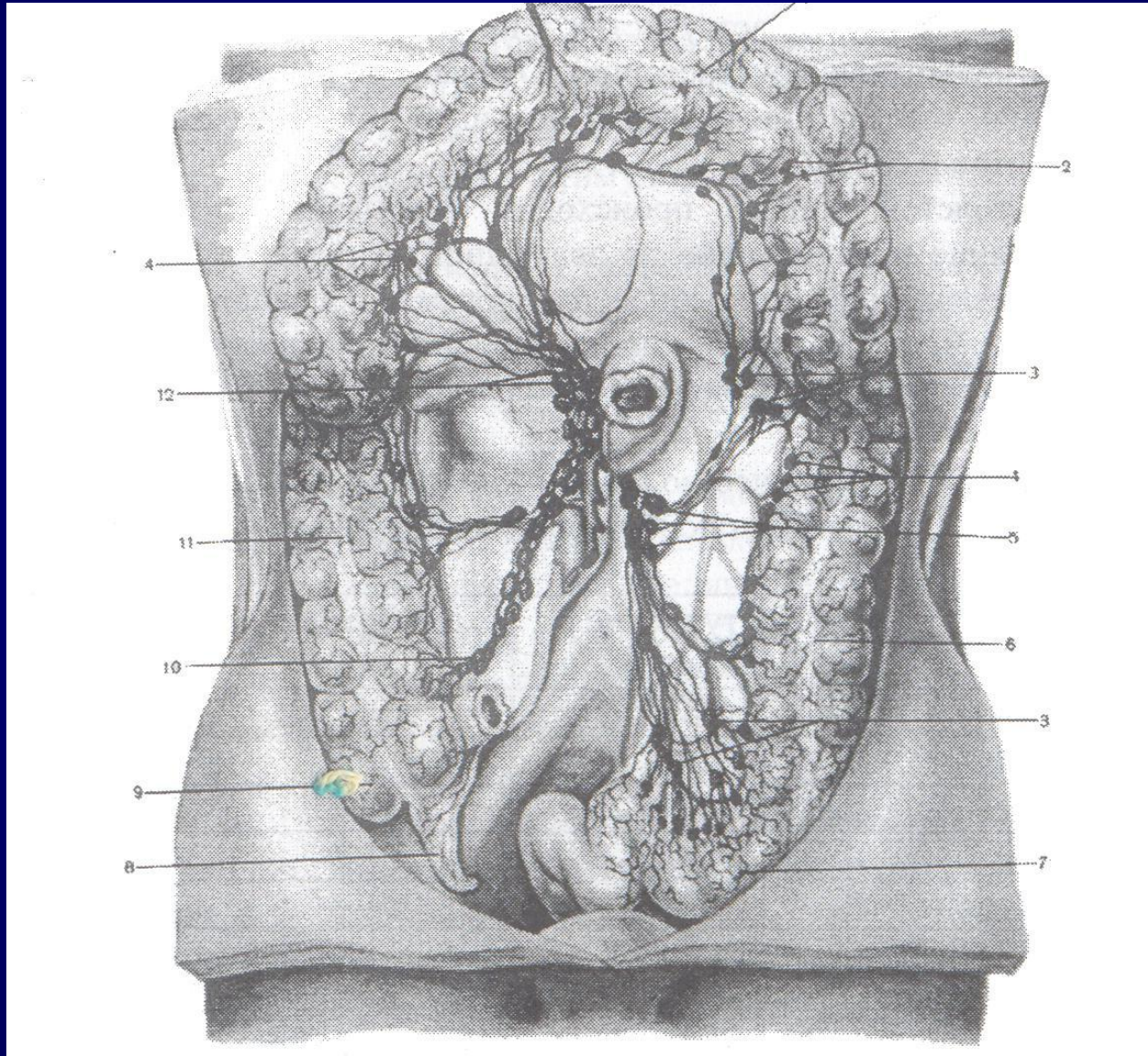
**ПЕЧЕНОЧНЫЙ
ИЗГИБ
(FLEXURA
HEPATICA)**

НИСХОДЯЩАЯ ОБОДОЧНАЯ (COLON DESCENDENS)

**СИГМОВИДНАЯ КИШКА (COLON SIGMOIDEUM)
длина в среднем – 40 см (12-84 см)**

**СЕЛЕЗЕНОЧНЫЙ
ИЗГИБ
(FLEXURA LIENALIS)**

ОТДЕЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ



МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЛЕНТЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (TENIAE COLI)

САЛЬНИКОВАЯ ЛЕНТА (TENIA OMENTALIS)

БРЫЖЕЕЧНАЯ ЛЕНТА (TENIA MESOCOLICA)

СВОБОДНАЯ ЛЕНТА (TENIA LIBERA)

ГАУСТРЫ (HAUSTRAE COLI)

САЛЬНИКОВЫЕ ОТРОСТКИ (APPENDICES EPIPLOICAE)

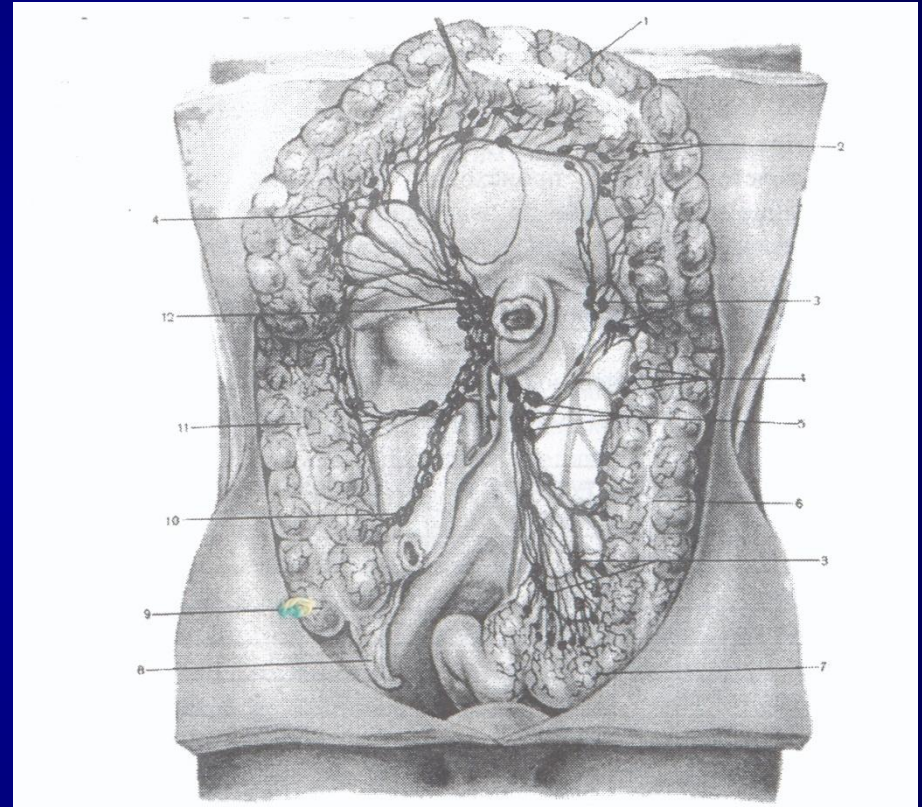
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- ❑ СФИНКТЕР ВАРОЛИУСА – МЕСТО ВПАДЕНИЯ ПОДВЗДОШНОЙ В ТОЛСТУЮ
- ❑ СФИНКТЕР БУЗИ – ГРАНИЦА СЛЕПОЙ И ВОСХОДЯЩЕЙ
- ❑ СФИНКТЕР ГИРГИЯ – ГРАНИЦА СРЕДНЕЙ И ВЕРХНЕЙ 1/3 ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ
- ❑ СФИНКТЕР КЕННАНА-БЕЛГА – ГРАНИЦА ПРАВОЙ И СР. ТРЕТИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- ❑ СФИНКТЕР ХОРСТА – СЕРЕДИНА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- ❑ ЛЕВЫЙ СФИНКТЕР КЕННАНА – СЕЛЕЗЕНОЧНЫЙ ИЗГИБ
- ❑ СФИНКТЕР ПАЙРА-ШТРАУСА – НИЖНЯЯ ГРАНИЦА СЕЛЕЩЕНОЧНОГО ИЗГИБА
- ❑ СФИНКТЕР БАЛЛИ – ПЕРЕХОД НИСХОДЯЩЕЙ В СИГМОВИДНУЮ
- ❑ СФИНКТЕР РОССИ-МУТЬЕ – СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ
- ❑ СФИНКТЕР О'БЕРНА-ПИРОГОВА-МУТЬЕ – ДИСТАЛЬНАЯ ТРЕТЬ СИГМЫ

ЛИМФОТОТОК ОТ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ

- НАДОБОДОЧНЫЕ
- ОКОЛОБОДОЧНЫЕ
- ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ
- ГЛАВНЫЕ



ФИЗИОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

РЕЗЕРВНАЯ

ЭКСКРЕТОРНАЯ

ВСАСЫВАТЕЛЬНАЯ

ЗА СУТКИ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ АБСОРБИРУЕТСЯ 1400 МЛ ВОДЫ, АБСОРБИРУЮТСЯ ИОНЫ Na (206 ммоль/л, Cl (103 ммоль/л), ЛИШЬ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭЛЕКТРОЛИТОВ ВЫВОДИТСЯ С КАЛОМ

ВСАСЫВАНИЕ ВОДЫ – ПАССИВНЫЙ ПРОЦЕСС И РЕГУЛИРУЕТСЯ ОСМОТИЧЕСКИМ И ГИДРОСТАТИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ ДИАРЕИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ – ПОВЫШЕННАЯ ЭКССУДАЦИЯ ЖИДКОСТИ СЛИЗИСТОЙ, СЛЕДСТВИЕМ ЧЕГО ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ВСАСЫВАНИЯ ВОДЫ

ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

АНОМАЛИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- ЧАСТОТА АНОМАЛИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ 1:1500 ДО 1:40000 (Исаков Ю.Ф., 1983)**
- ДОЛИХОСИГМА ВЫЯВЛЯЕТСЯ У КАЖДОГО ЧЕТВЕРТОГО НОВОРОЖДЕННОГО (ПО ДАННЫМ А.И. ЛЕНЮШКИНА)**
- АНОМАЛИИ У ВЗРОСЛЫХ НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАСТО, ТАК КАК АНОМАЛИИ МОГУТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ НЕ ПРОЯВЛЯТЬСЯ И ВЫЯВЛЯТЬСЯ ТОЛЬКО ПРИ СРЫВЕ КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ИЛИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИЯХ ПО ДРУГИМ ПОВОДАМ**

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ПО ДАННЫМ Г.И. ВОРОБЬЕВА (1989)

- ❑ АНОМАЛИИ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**
- ❑ ВРОЖДЕННАЯ АНГИОДИСПЛАЗИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- ❑ ВРОЖДЕННОЕ УДЛИНЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- ❑ ВРОЖДЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- ❑ УДВОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- ❑ СОЧЕТАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ АНОМАЛИЙ**

РОТАЦИОННЫЕ АНОМАЛИИ

**В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ПРОИСХОДИТ ПОВОРОТ ТОЛСТОЙ
КИШКИ В 3 ЭТАПА:**

ПОВОРОТ НА 90,

НА 180

НА 270 ГРАДУСОВ

КЛАССИФИКАЦИЯ РОТАЦИОННЫХ АНОМАЛИЙ

- ОТСУТСТВИЕ РОТАЦИИ** (НЕСОВМЕСТИМОЕ С ЖИЗНЬЮ ПЛОДА СОСТОЯНИЕ)
- НЕПОЛНАЯ РОТАЦИЯ** (ОСТАНОВКА ПОВОРОТА НА ОДНОМ ИЗ ТРЕХ ЭТАПОВ)
- МАЛЬРОТАЦИЯ** (ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РОТАЦИЯ)

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ФИКСАЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ – СМЕЩЕНИЕ КАКОГО-ЛИБО ИЗ ИЗГИБОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЕЕ ЧЕМ НА РАССТОЯНИЕ ОДНОГО ТЕЛА ПОЗВОНКА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- ❑ ПРАВСТОРОННИЙ КОЛОПТОЗ**
- ❑ ЛЕВОСТОРОННИЙ КОЛОПТОЗ**
- ❑ ТОТАЛЬНЫЙ КОЛОПТОЗ**
- ❑ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

АНОМАЛИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА РЕКАНАЛИЗАЦИИ

- АТРЕЗИЯ**
- ВРОЖДЕННАЯ СТРИКТУРА**
- ВНУТРИПРОСВЕТНЫЕ СЕПТЫ**
- УДВОЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
 - **ТУБУЛЯРНЫЕ**
 - **КИСТОЗНЫЕ**

АТРЕЗИИ ПРИВОДЯТ К ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО, ПОЭТОМУ У ВЗРОСЛЫХ НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

ДРУГИЕ АНОМАЛИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ

АНОМАЛИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ ТЯЖИ И СПАЙКИ

- ❑ **ПЕЧЕНОЧНО-ОБОДОЧНАЯ ЭМБРИОНАЛЬНАЯ СПАЙКА (LADD) – СПАЙКА МЕЖДУ БРЫЖЕЙКОЙ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И БРЫЖЕЙКОЙ СИГМЫ**
- ❑ **МОГУТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ**
- ❑ **КЛИНИКА ОБУСЛОВЛЕНА ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СИМПТОМОВ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ РОХОДИМОСТИ**

РЕДКИЕ АНОМАЛИИ

**ПЕЧЕНОЧНО-ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ИНТЕРПОЗИЦИЯ ТОЛСТОЙ
КИШКИ СИНДРОМ CHILAUDITI**

АНОМАЛИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

КЛИНИКА

- ❑ ВЫРАЖЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ТОЛСТОЙ КИШКИ (БОЛЬ, ЗАПОРЫ, МЕТЕОРИЗМ)**
- ❑ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ АНОМАЛИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- ❑ ОСЛОЖНЕНИЯ – ИНВАГИНАЦИЯ, ЗАВОРОТ, УЗЛООБРАЗОВАНИЕ**
- ❑ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ АНОМАЛИИ МОГУТ НЕ ПРОЯВЛЯТЬСЯ, ЛИШЬ ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ – МАНИФЕСТИРОВАТЬСЯ**
- ❑ ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПОР**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ

ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ

ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ **ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ – КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**
- ❑ **ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ – ВОЗМОЖНО ХИРУРГИЧЕСКОЕ**
- ❑ **У БОЛЬНЫХ ДОЛИХОКОЛОН ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕЗЕКЦИЯ КИШКИ ВПЛОТЬ ДО СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- ❑ **ПРИ НЕЗВЕРШЕННОМ ПОВОРОТЕ – ВЫПОЛНЯЕТСЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ФИКСАЦИЕЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ, ИНОГДА В СОЧЕТАНИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ**
- ❑ **ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ – ПРИМЕНЯЮТ ФИКСИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ**

**ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖЕН
БЫТЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЧЕТАНИЯ
РАЗЛИЧНЫХ АНОМАЛИЙ**

АНОМАЛИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

АНГИОДИСПЛАЗИИ



**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СТРОЕНИЕ СОСУДОВ
КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ**

ФОРМЫ АНГИОДИСПЛАЗИИ

- ❑ ВРОЖДЕННАЯ (ВКЛЮЧАЕТ СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕННОНЕ)**
- ❑ ПРИОБРЕТЕННАЯ**
- ❑ НАСЛЕДСТВЕННАЯ (БОЛЕЗНЬ РЕНДЮ-ОСЛЕРА)**

**АНГИОДИСПЛАЗИИ КИШЕЧНИКА ЗАНИМАЮТ 80%
АНОМАЛИЙ СОСУДОВ ВСЕХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

ВРОЖДЕННЫЕ АНГИОДИСПЛАЗИИ

- ❑ В ОСНОВНОМ НАБЛЮДАЮТСЯ В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ
- ❑ СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕННОНЕ – ПЕРЕХОД СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ОБРАЗОВАНИЕ ГЕМАНГИОМ) НА СТЕНКИ МАЛОГО ТАЗА, МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И МАТКУ

КЛИНИКА

- ❑ КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
- ❑ НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА (АНЕМИЯ, ГИПОВОЛЕМИЯ, ГИПО- И ДИСПРОТЕИНЕМИИ)
- ❑ НАРУШЕНИЯ ВСЕХ ЗВЕНЬЕВ ГЕМОСТАЗА

ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ 85-90% УДАЛЕНИЕ ВСЕЙ ПРЯМОЙ И СИГМОВИДНОЙ КИШКИ
- ❑ В 10-15% ПОРАЖАЕТСЯ ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ – ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ

БОЛЕЗНЬ РЕНДЮ-ОСЛЕРА

- ❑ ЛОКАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ МЕЛКИХ СОСУДОВ
- ❑ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИМЕЕТ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ
- ❑ В КЛИНИКЕ – КРОВОТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
- ❑ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ЖЕЛУДОК И 12-ТИ ПЕРСТНАЯ КИШКА
- ❑ ЛЕЧЕНИЕ – СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ, В УРГЕНТНЫХ СЛУЧАЯХ ПОКАЗАНА РЕЗЕКЦИЯ ПОРАЖЕННОГО ОРГАНА

ДИАГНОСТИКА

- **ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ –**
ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ВЫСТУПАЮЩИЕ В ПРОСВЕТ КИШКИ ОПУХОЛЕВИДНЫЕ
0,5-2 см БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПО ВСЕЙ ОКРУЖНОСТИ
- **ФКС – НЕРОВНЫЕ БУГРИТСЫЕ ВОЗВЫШЕНИЯ НАД СЛИЗИСТОЙ**
НАПОЛНЕННЫЕ КРОВЬЮ, БАГРОВОГО ЦВЕТА С СИНЮШНЫМ ОТТЕНКОМ,
РАСПРАВЛЕНИЕ И СПАДЕНИЕ ИХ ПРИ ИНСУФЛЯЦИИ ВОЗДУХА
- **ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – ФЛЕБОЛИТЫ**
АТИПИЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ
- **ИРРИГОСКОПИЯ – МНОЖЕСТВЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ НАПОЛНЕНИЯ И**
ДЕФОРМАЦИЯ КОНТУРОВ, СИМПТОМ «ПАЛЬЦЕВЫХ ВДАВЛЕНИЙ,
БУЛЫЖНОЙ МОСТОВОЙ»
- **МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ АНГИОГРАФИЯ – НАЛИЧИЕ «КОНТРАСТНЫХ»**
ПЯТЕН В ЗОНЕ ПОРАЖЕНИЯ, ЗАДЕРЖКА КОНТРАСТА (ДО15 С) В
АРТЕРИАЛЬНОМ РУСЛЕ, АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ ШУНТЫ, ЭКТАЗИЯ

ПРИОБРЕТЕННЫЕ АНГИОДИСПЛАЗИИ

СОСУДИСТЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ, ЭКТАЗИИ, ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ

- ПРИОБРЕТЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРОЕНИИ РАНЕЕ ПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАННЫХ СОСУДОВ**
- ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ВСЛЕДСТВИЕ СПАЗМА ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ЧТО ПРИВОДИТ К РАСШИРЕНИЮ ВЕН И КАПИЛЛЯРОВ**
- ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ – 50-70 ЛЕТ**
- ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ – ВЫДЕЛЕНИЯ КРОВИ, КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**
- ДИАГНОСТИКА – КЛИНИКА, КОЛОНОСКОПИЯ И МЕЗЕНТЕРИКОГРАФИЯ**
- ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ – РЕЗЕКЦИЯ ПОРАЖЕННОГО ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА**

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

**ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО АППАРАТА
В ВИДЕ ОТСУТСТВИЯ (АГАНГЛИОЗ) ИЛИ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА
(ГИПОГАНГЛИОЗ) ГАНГЛИЕВ МЕЖМЫШЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ ЧАСТИ
ИЛИ ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

- ❑ ВПЕРВЫЕ ОПИСАНО ДАТСКИМ ПЕДИАТРОМ В 1887 ГОДУ**
- ❑ ЧАСТОТА 1:4000 – 1:5000 ПО ДАННЫМ А.И. ЛЕНЮШКИНА (1999)**
- ❑ У МАЛЬЧИКОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ В 4-5 РАЗ ЧАЩЕ**
- ❑ ЭТОТ ПОРОК ПО НАСЛЕДСТВУ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ, НО РИСК ДЛЯ ПОТОМСТВА ОТ РОДИТЕЛЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА СОСТАВЛЯЕТ 3-4%**

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- ❑ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОБУСЛОВЛЕНО НЕДОРАЗВИТИЕМ АУЭРБАХОВА (ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО) СПЛЕТЕНИЯ ПРИ НОРМАЛЬНОМ РАЗВИТИИ СИМПАТИЧЕСКОГО (МЕЙССНЕРОВА)
- ❑ ИЗ-ЗА ПРЕОБЛАДАНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ ПРЯМАЯ КИШКА И ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ СИГМОВИДНОЙ СПАСТИЧЕСКИ СОКРАЩЕНЫ И СУЖЕНЫ
- ❑ ЗАСТОЙ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО В ВЫШЕЛЕЖАЩИХ ОТДЕЛАХ
- ❑ СКОПЛЕНИЕ КАЛОВЫХ МАСС И ГАЗОВ ПРИВОДИТ К МЕГАКОЛОН
- ❑ ГИПЕРТРОФИЯ, ЗАТЕМ СКЛЕРОЗ МЫШЕЧНЫХ СТРУКТУР СТЕНКИ КИШКИ
- ❑ ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
- ❑ ИНТОКСИКАЦИЯ, ВОСПАЛЕНИЕ СТЕНКИ КИШКИ, ОБРАЗОВАНИЕ ЯЗВ СЛИЗИСТОЙ (ВОЗМОЖНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ КИШКИ И РАЗВИТИЕ ПЕРИТОНИТА)
- ❑ ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

КЛИНИКА

- ❑ УПОРНЫЕ ЗАПОРЫ С РАННЕГО ДЕТСТВА
- ❑ МЕТЕОРИЗМ
- ❑ БОЛИ В ЖИВОТЕ
- ❑ ТОШНОТА, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТ, ПОХУДАНИЕ,
- ❑ АНЕМИЯ
- ❑ ИНОГДА ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПОНОС (ВСЛЕДСТВИЕ ВЫРАЖЕННОГО ДИСБАКТЕРИОЗА И ОБРАЗОВАНИЯ СТЕРКОРАЛЬНЫХ ЯЗВ)

3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

КОМПЕНСИРОВАННАЯ

СУБКОМПЕНСИРОВАННАЯ

ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ

КАК ПРАВИЛО БОЛЬНЫЕ ОБРАЩАЮТСЯ ПРИ
ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ СЛАБИТЕЛЬНЫХ И
КЛИЗМ

ДИАГНОСТИКА

- ❑ **ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** – ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СПАСТИЧЕСКОЕ КОЛЬЦО, СИМПТОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЯМОК – ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА КАЛОВЫЕ МАССЫ ОСТАЕТСЯ ЯМКА
- ❑ **ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕКТОАНАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС** – ПРИ АГАНГЛИОНАРНОЙ ФОРМЕ, КОГДА НЕ ПРОИСХОДИТ РАССЛАБЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА, ЧТО ПРОИСХОДИТ В НОРМЕ ПРИ РАЗДУВАНИИ БАЛЛОНЧИКА В ПРЯМОЙ КИШКЕ
- ❑ **ИРРИГОСКОПИЯ**
 - ❑ НОРМАЛЬНЫЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКО СУЖЕННЫЙ ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ
 - ❑ РЕЗКИЙ ПЕРЕХОД ОТ НОРМАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ К РАСШИРЕННОЙ ЧАСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
 - ❑ ОТСУТСТВИЕ ГАУСТР, ПРИЗНАКИ УТОЛЩЕНИЯ СТЕНКИ РАСШИРЕННЫХ ОТДЕЛОВ
 - ❑ НАЛИЧИЕ СОДЕРЖИМОГО В РАСШИРЕННОЙ ЧАСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
- ❑ **БИОПСИЯ ПО СВЕНСОНУ** – ПОЛНОСЛОЙНАЯ БИОПСИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В 3-4 СМ ОТ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ
- ❑ **ГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АХЭ (АЦЕТИЛХОЛИНЭСТЕРАЗЫ)**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- ❑ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН (ПОВЫШЕННЫЙ ТОНУС СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА)**
- ❑ ОБСТРУКТИВНЫЕ, ПСИХОГЕННЫЕ, ЭНДОКРИННЫЕ, ТОКСИЧЕСКИЕ ТИПЫ МЕГАКОЛОН**
- ❑ СТЕНОЗЫ**
- ❑ АТРЕЗИИ**

89185539345-ШАПОВАЛОВ А.М.

ЛЕЧЕНИЕ

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ЭВАКУАЦИИ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО НЕОБХОДИМО ВЫКЛЮЧЕНИЕ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ, А У ВЗРОСЛЫХ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ И РАСШИРЕННЫЕ ОТДЕЛЫ, ТАК КАК ОНИ НЕ ФУНКЦИОНИРУЮТ

ПРЕДЛОЖЕНО БОЛЕЕ 20 ОСНОВНЫХ СПОСОБОВ ОПЕРАЦИИ И
ИХ ВАРИАНТЫ

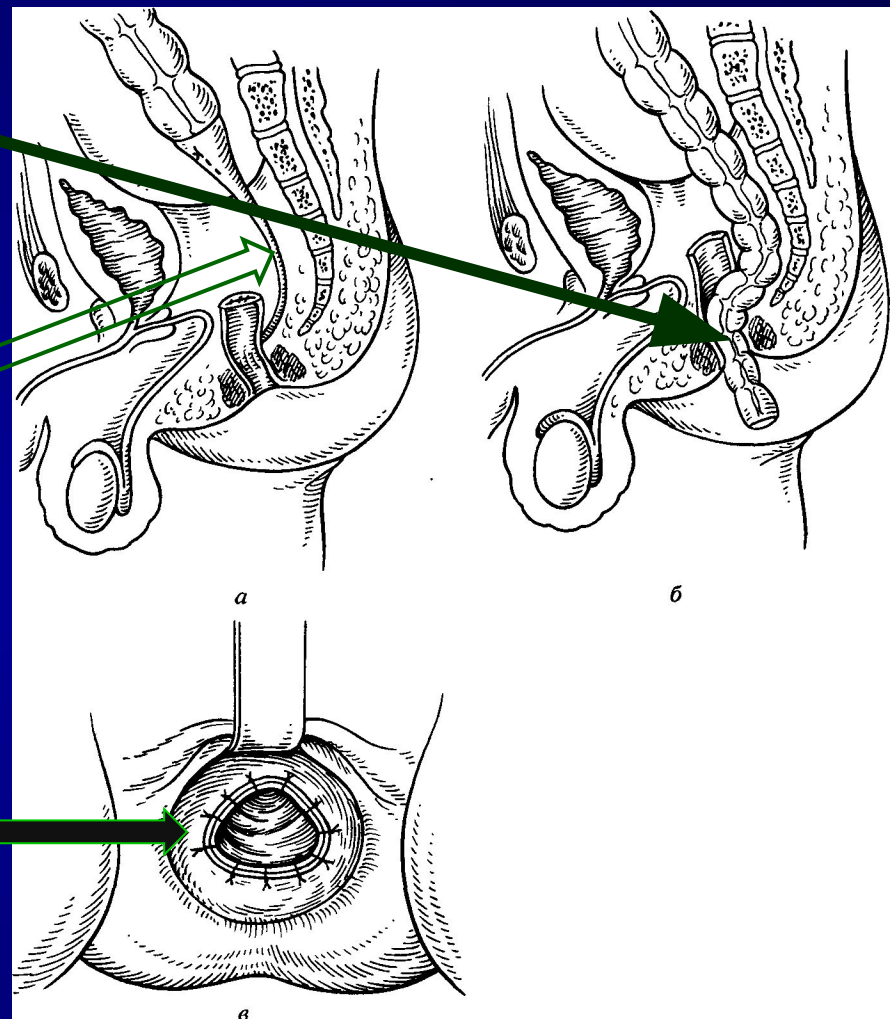
- ❑ ОПЕРАЦИЯ СВЕНСОНА-ПТИ
- ❑ ГРЕКОВА I-КЮММЕЛЯ
- ❑ ДЮАМЕЛЯ-ГРОБУ-ДОЛЕЦКОМУ
- ❑ СОАВЕ-ЛЕНЮШКИНУ

ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ

УЧАСТОК ПРЯМОЙ КИШКИ
НИЗВЕДЕН С ИЗБЫТКОМ В
КУЛЬТЮ ПРЯМОЙ КИШКИ

НИЗВОДИМАЯ ОБОДОЧНАЯ
КИШКА С ПОМОЩЬЮ
СПЕЦИАЛЬНОГО ПРОВОДНИКА
ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ ЗА-
ДНЮЮ СТЕНКУ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ
КИШКИ

СФОРМИРОВАН
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ



ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ БОЛЕЗНЬ КРОНА

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ ВЗК

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

КУРЕНИЕ

ПИТАНИЕ

ИНФИЦИРОВАНИЕ

ИММУННАЯ ПРИРОДА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
МЕХАНИЗМЫ?



Генетические факторы

- ❑ **ПО СУЩЕСТВУЮЩИМ ОЦЕНКАМ, В ПАТОГЕНЕЗ ВЗК ВОВЛЕЧЕНО 10-20 ГЕНОВ**
- ❑ **СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЛОКУСЫ НАХОДЯТСЯ В 3, 7, 12 И 16 ХРОМОСОМАХ**
- ❑ **БОЛЕЗНЬ КРОНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОЛИГЕННЫМ НАСЛЕДОВАНИЕМ (ПЕРЕДАЧА ПРИЗНАКОВ НЕ ПОДЧИНЯЕТСЯ ЗАКОНАМ МЕНДЕЛЯ)**



Современные представления о патогенезе ВЗК

- Генетические факторы
- *Mycobacterium paratuberculosis*
- Вирус кори



ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВЗК

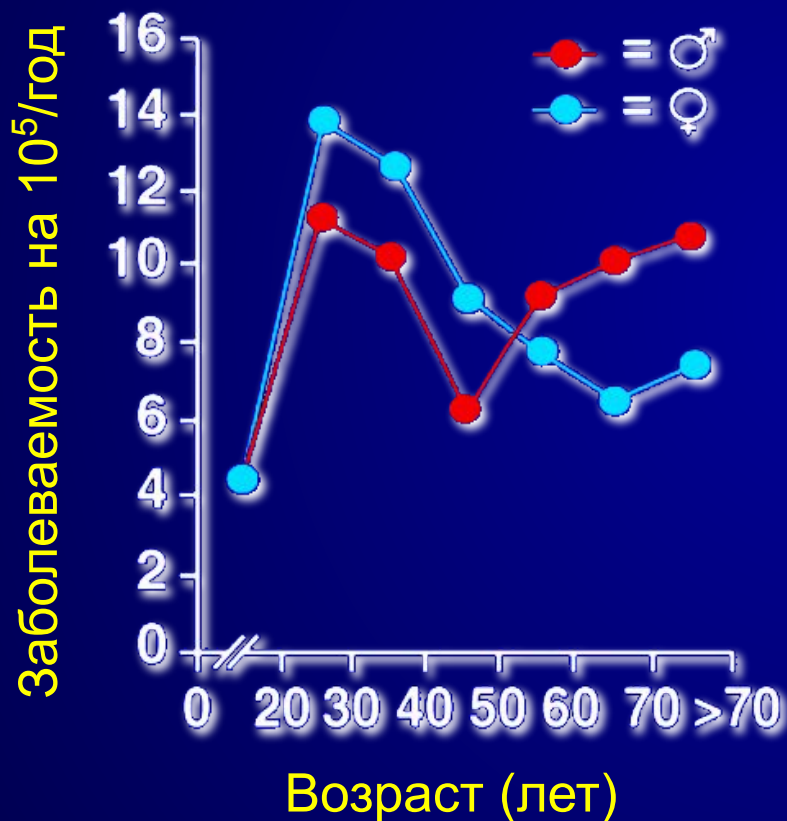


РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЗК В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

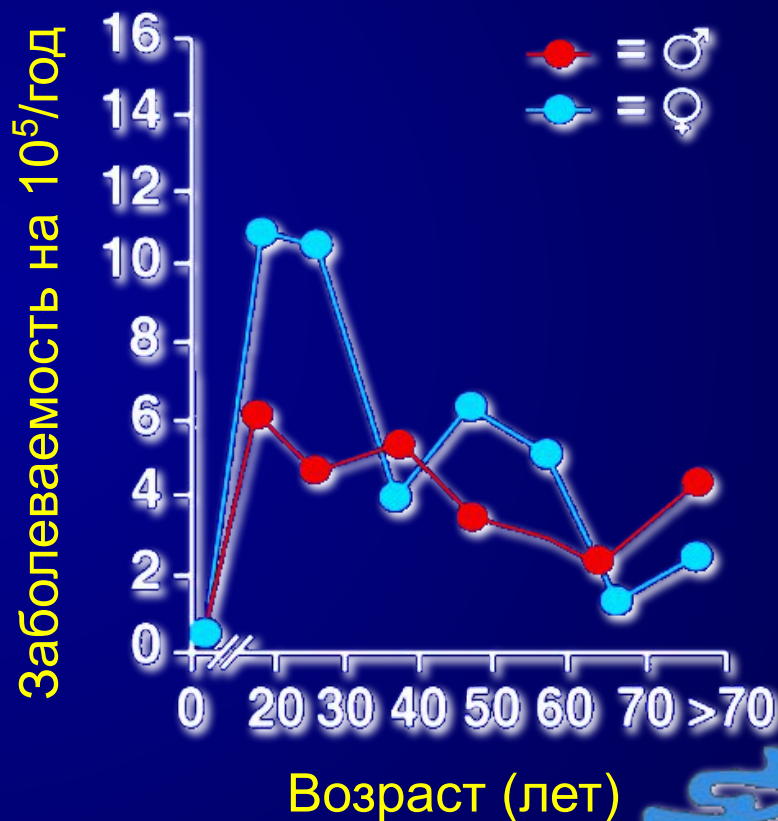


Распространенность ВЗК среди лиц разного возраста и пола

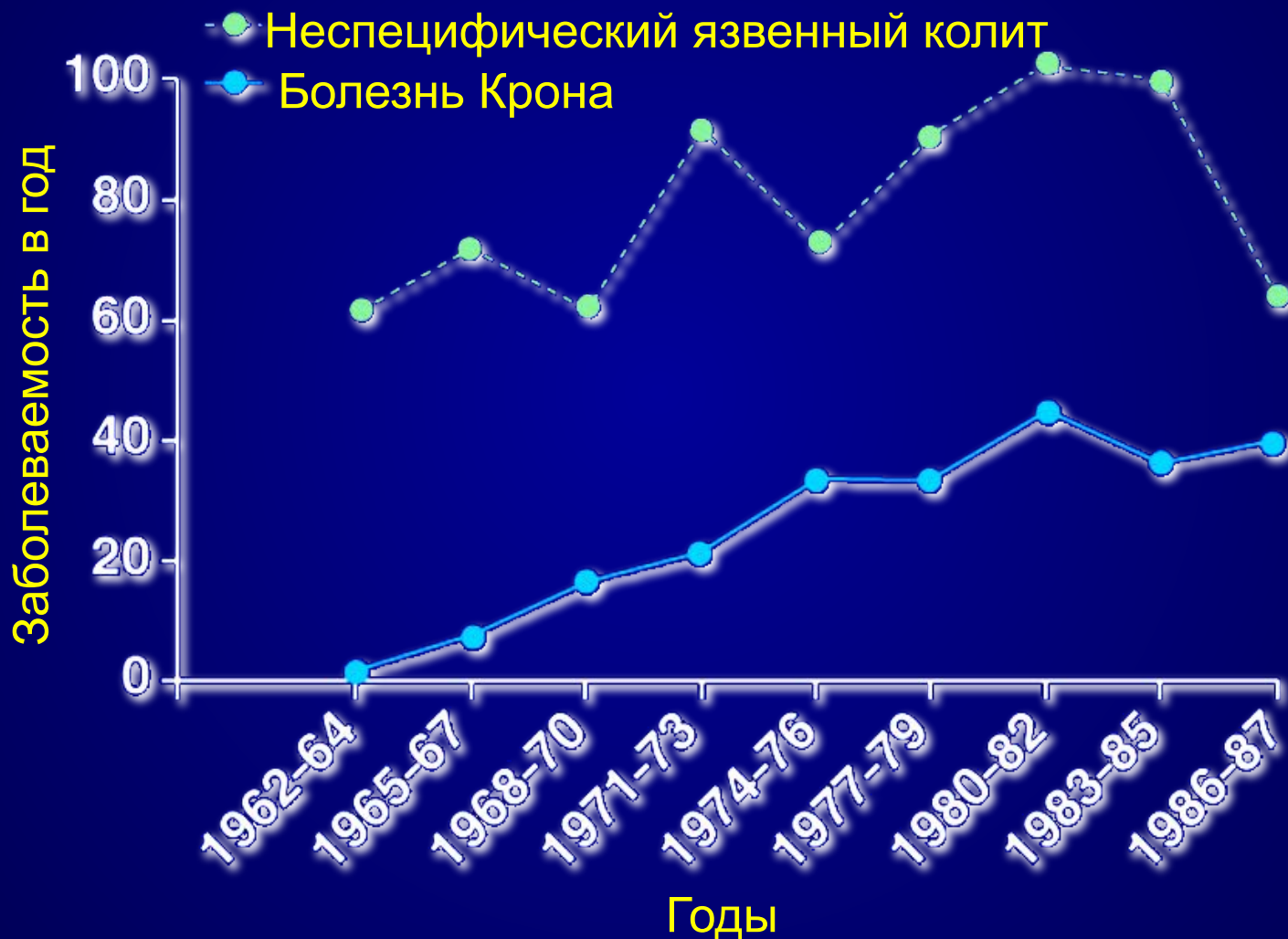
Неспецифический язвенный колит



Болезнь Крона



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗК В ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ГОДЫ



Специфические синдромы ВЗК

- Проктит
- Проктосигмоидит
- Терминальный илеит
- Илеит
- Илеоколит



КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- Жидкий стул с примесью крови
- Лихорадка
- Схваткообразная боль в животе
- Потеря веса
- Понос
- Тенезмы
- Общая слабость



КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

- Диарея
- Боль в животе
- Кровотечения
- Повышение температуры
- Потеря веса
- Свищи
- Поражения перианальной области
- Общая слабость



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА

| | Неспецифический язвенный колит | Болезнь Крона |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------|
| <u>СИМПТОМЫ</u> | | |
| Боль | * | * * * |
| Общая слабость | * * * | * * |
| Лихорадка | * | * |
| Диарея | * * * | * |
| <u>Исследование кала</u> | | |
| Кровь | * * * | * |
| Слизь | * | * * |
| Гной | * | * * |

Количество * пропорционально частоте возникновения соответствующего симптома



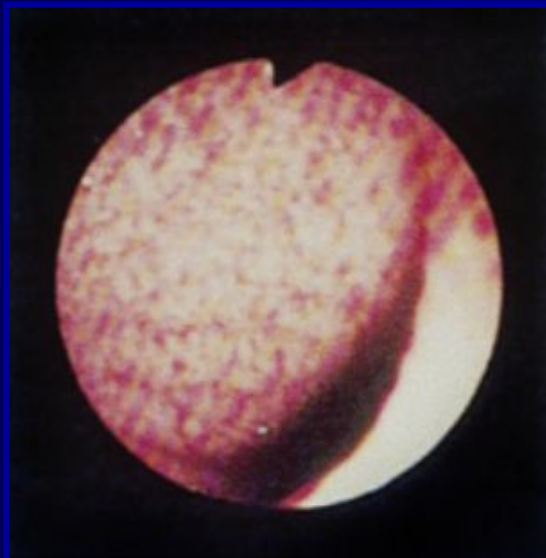
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА

| | Неспецифический язвенный колит | Болезнь Крона |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Локализация | Дистальные отделы | Сегментарно, проксимальные отделы |
| Поражение толстой кишки | Всегда | 50% случаев |
| Стенка кишечника | Нормальной толщины | Утолщение |
| Спайки | Редко | Часто |
| Воспаление | Поверхностные слои | Все слои |
| Изъязвление | Поверхностные язвы | Глубокие язвы |
| Слизистая | Диффузное поражение | «Булыжная мостовая» |
| Гранулемы | 0–4% | 50–70% |
| Инфильтрация лимфоцитами | Редко | Всегда |
| Свищи | Редко | Часто |

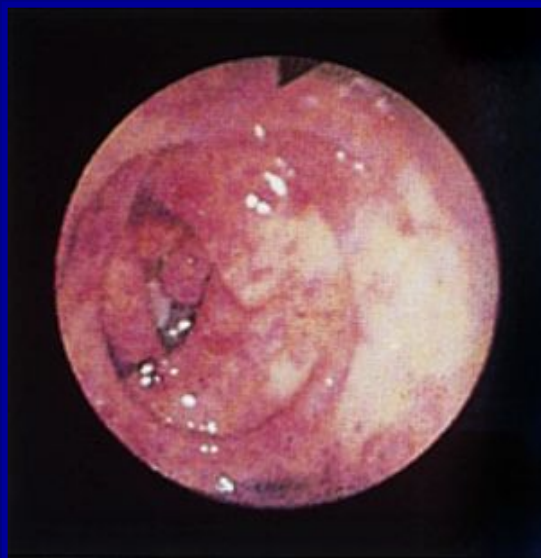


ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

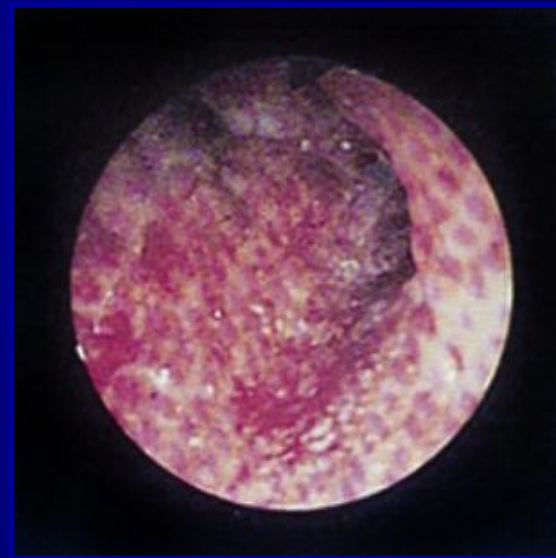
а) Легкий



б) Умеренный



в) Тяжелый



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ



Рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита в стадии ремиссии



Анатомическая локализация поражений при неспецифическом язвенном колите



| | |
|------------------------|--------|
| Панколит | 15-25% |
| Левосторонний колит | 75% |
| Поражение прямой кишки | 95% |

(Степень затемнения соответствует частоте поражения разных отделов кишечника при неспецифическом язвенном колите)



Осложнения неспецифического язвенного колита со стороны кишечника

- Фиброз
- Укорочение толстой кишки
- Кровотечение
- Стриктуры
- Перфорация кишечника
- Токсический мегаколон

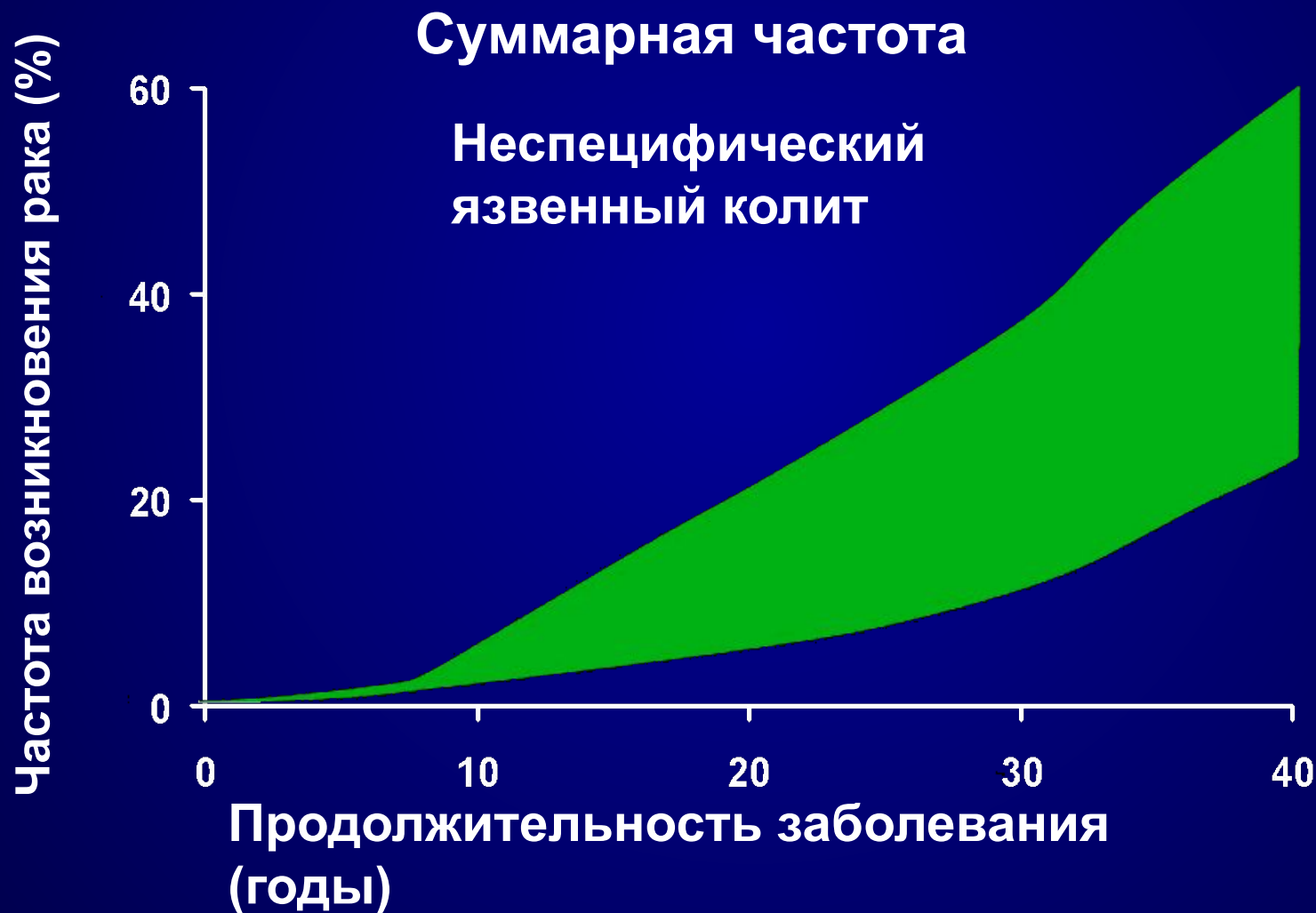


Системные осложнения неспецифического язвенного колита

- Артрит
- Ирит
- Узловая эритема
- Гангренозная пиодермия
- Склерозирующий холангит
- Афтозный стоматит
- Тромбоэмболические осложнения



Риск рака толстой кишки при неспецифическом язвенном колите

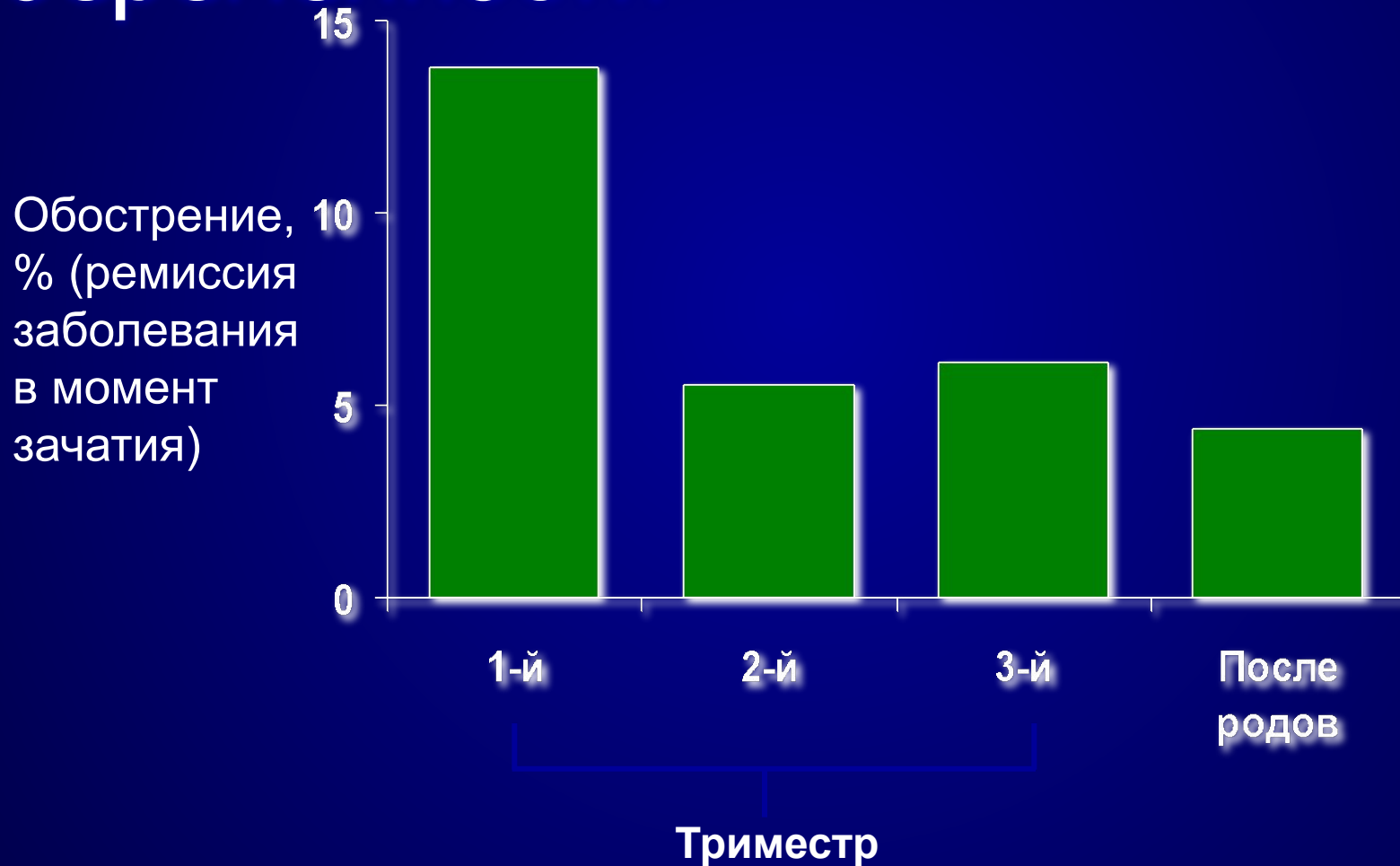


Риск колонэктомии при распространенных формах неспецифического язвенного колита

| Продолжительность заболевания | Риск колонэктомии |
|----------------------------------|----------------------|
| В год установления диагноза | 9% |
| Через 4 года | 3% ежегодно |
| В дальнейшем | 1% ежегодно |

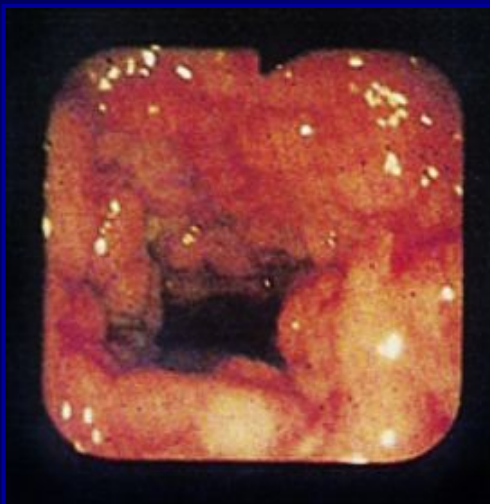


Обострение неспецифического язвенного колита во время беременности



Эндоскопические признаки болезни Крона

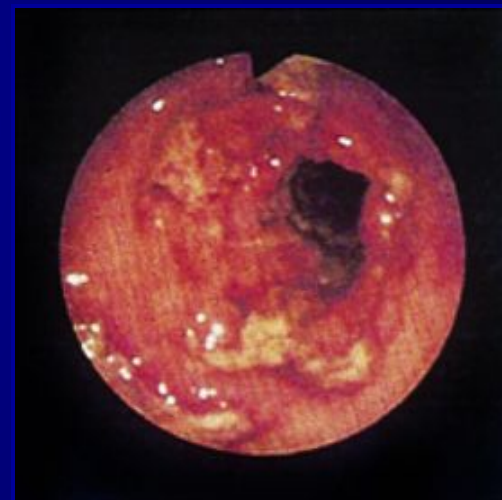
а) «Булыжная
мостовая»



б) Воспаленные
полипы

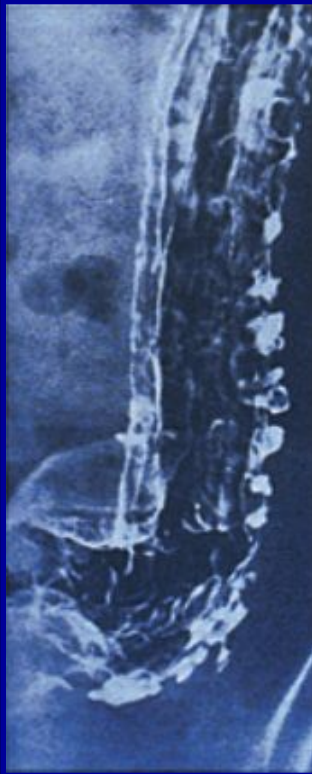


в) Воспаленны
е участки



Рентгенологические признаки болезни Крона

а) Болезнь Крона



(воспроизводится с
разрешения McGraw-Hill)

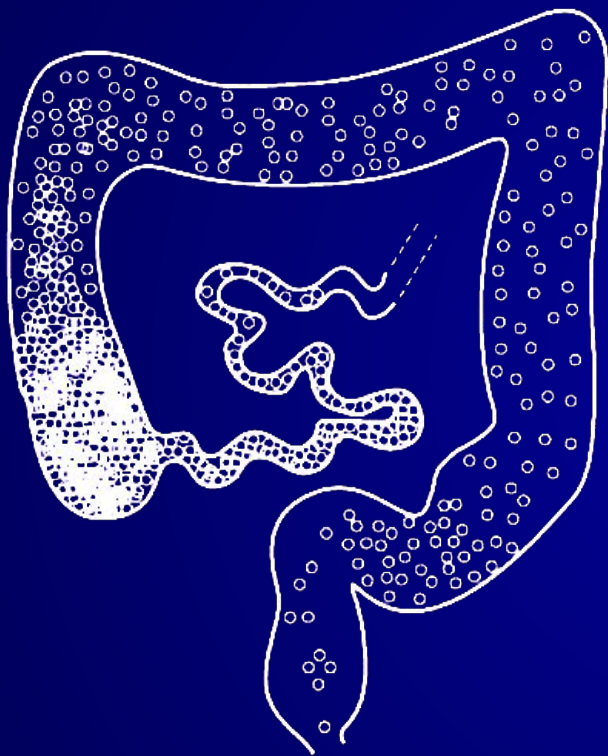
б) Болезнь Крона с
типичным сужением
терминального отдела
подвздошной кишки



(с любезного разрешения др.
Sten Noerby Rasmussen, Дания)



Анатомическая локализация поражений при болезни Крона



Только тонкая кишка
40%

Подвздошная и толстая кишка
30%

Только толстая кишка
30%

(Степень затемнения соответствует частоте поражения разных отделов кишечника при болезни Крона)



Осложнения болезни Крона со стороны желудочно-кишечного тракта

- Свищи
- Абсцессы
- Спайки
- Стриктуры
- Непроходимость



Поражение перианальной области при болезни Крона

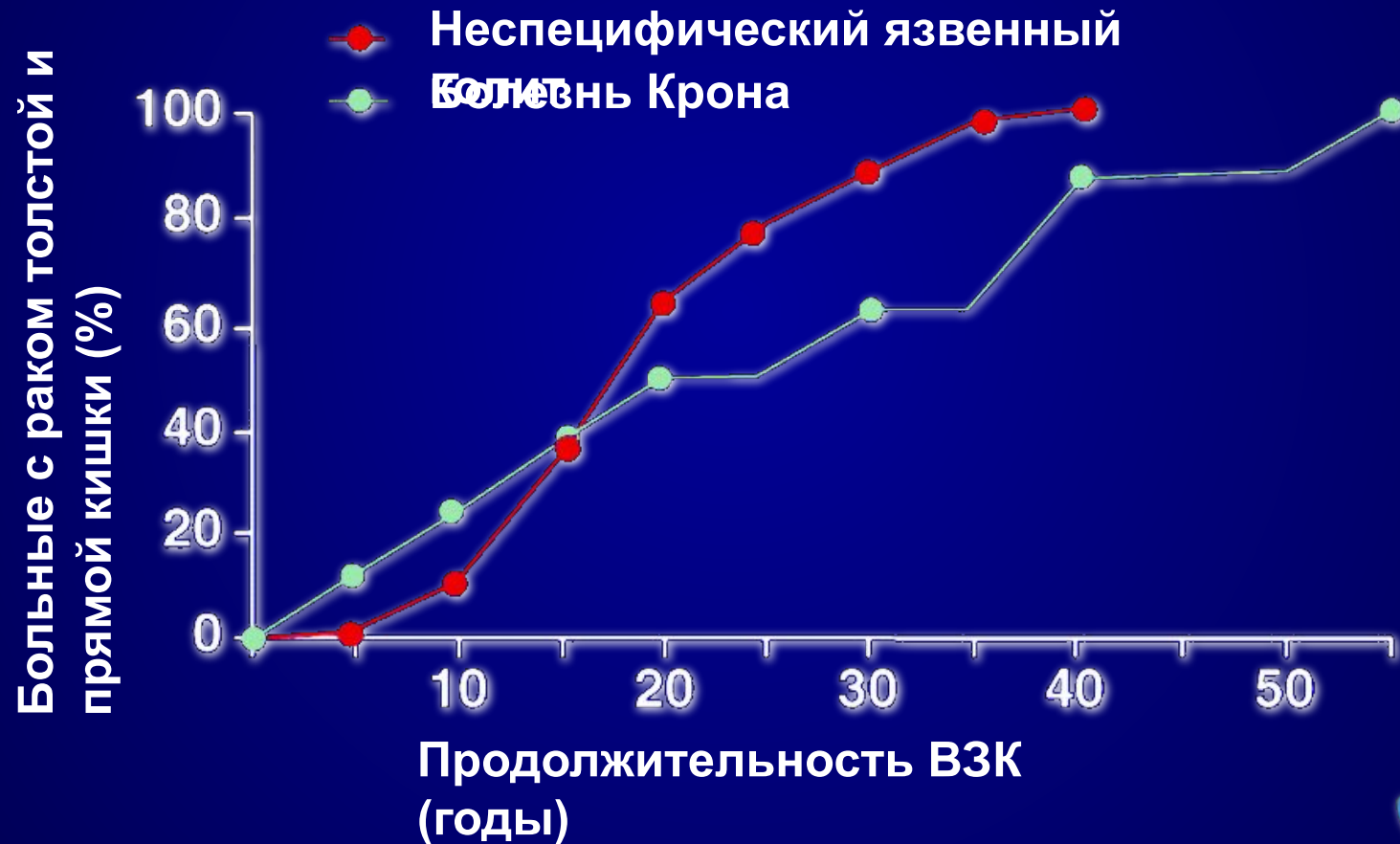


Типичная локализация
аноректальных абсцессов

Прямокишечный свищ



Риск рака при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите



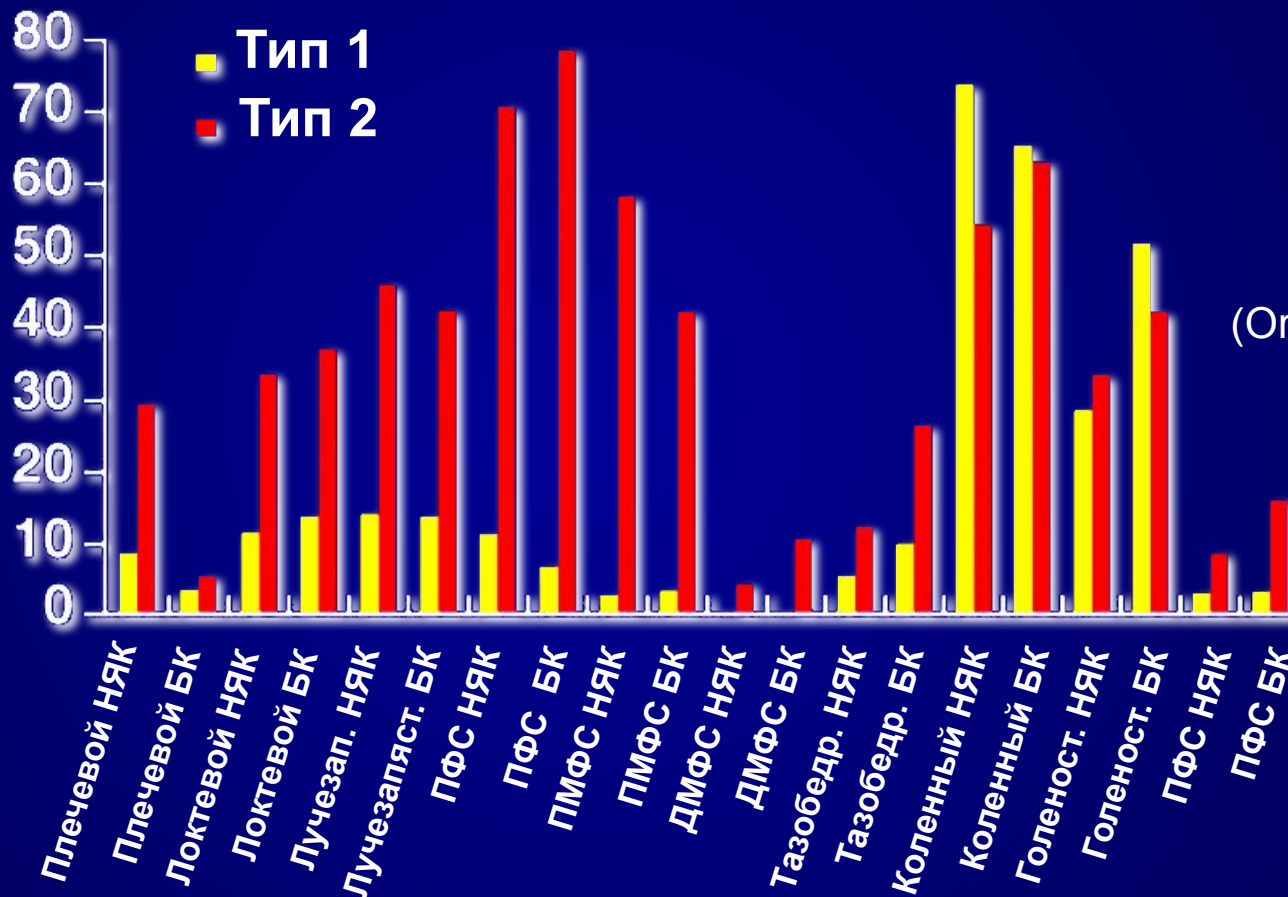
Системные осложнения болезни Крона

- Артрит
- Желчекаменная болезнь
- Нарушение всасывания
 - Дефицит лактазы
 - Дефицит витамина B₁₂
- Образование камней в почках



Артриты при ВЗК

Доля больных с поражением суставов (%)



(Orchard 1999)

Поражение опорно-двигательного аппарата при воспалительных заболеваниях кишечника. НЯК: неспецифический язвенный колит; БК: болезнь Крона; ПФС: пястно-фаланговые суставы; ПМФС: проксимальные межфаланговые суставы; ДМФС: дистальные межфаланговые суставы; ПФС: плюснефаланговые суставы



M. Paratuberculosis и болезнь Крона

Полагают, что в патогенезе болезни Крона важную роль может играть инфицирование *Mycobacterium paratuberculosis*:

- возбудитель схожего заболевания тонкого кишечника у крупного рогатого скота (болезнь Джона)
- обнаружена в молоке
- выявляется в тканях кишечника при болезни Крона (может быть обнаружена и в других тканях организма)



Вирус кори и ВЗК

На возможную связь между инфицированием вирусом кори и возникновением болезни Крона указывают:

- эпидемиологические данные (корреляция между инфицированием вирусом кори в перинатальный период и последующим возникновением болезни Крона)
- более высокая распространенность болезни Крона среди детей, матери которых были инфицированы вирусом кори во время беременности
- при болезни Крона в гистологических образцах нередко обнаруживают вирус кори



Лечение: показания к хирургическому вмешательству

- Перфорация
- Токсический мегаколон
- Массивное кровотечение
- Хронизация заболевания
- Высокий риск рака



Хирургическое вмешательство при болезни Крона

Хирургическое вмешательство при болезни Крона, которое может быть необходимо 87% больных, как правило, сводится к:

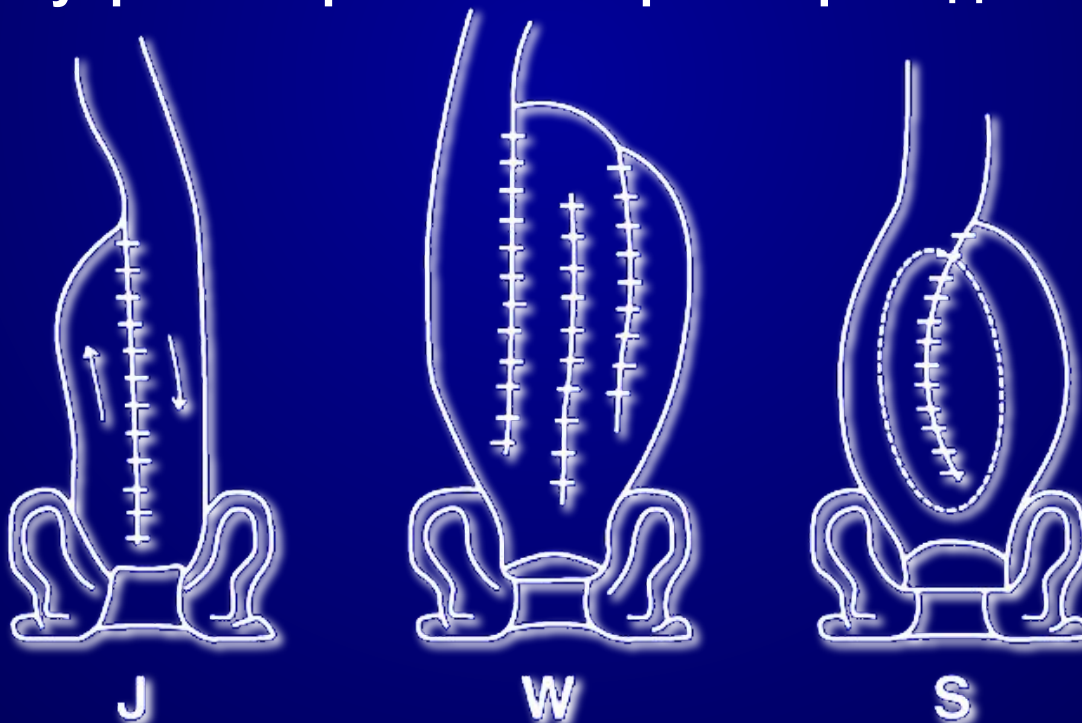
- Рассечению стриктур
- Резекции
- Колонэктомии и илеостомии



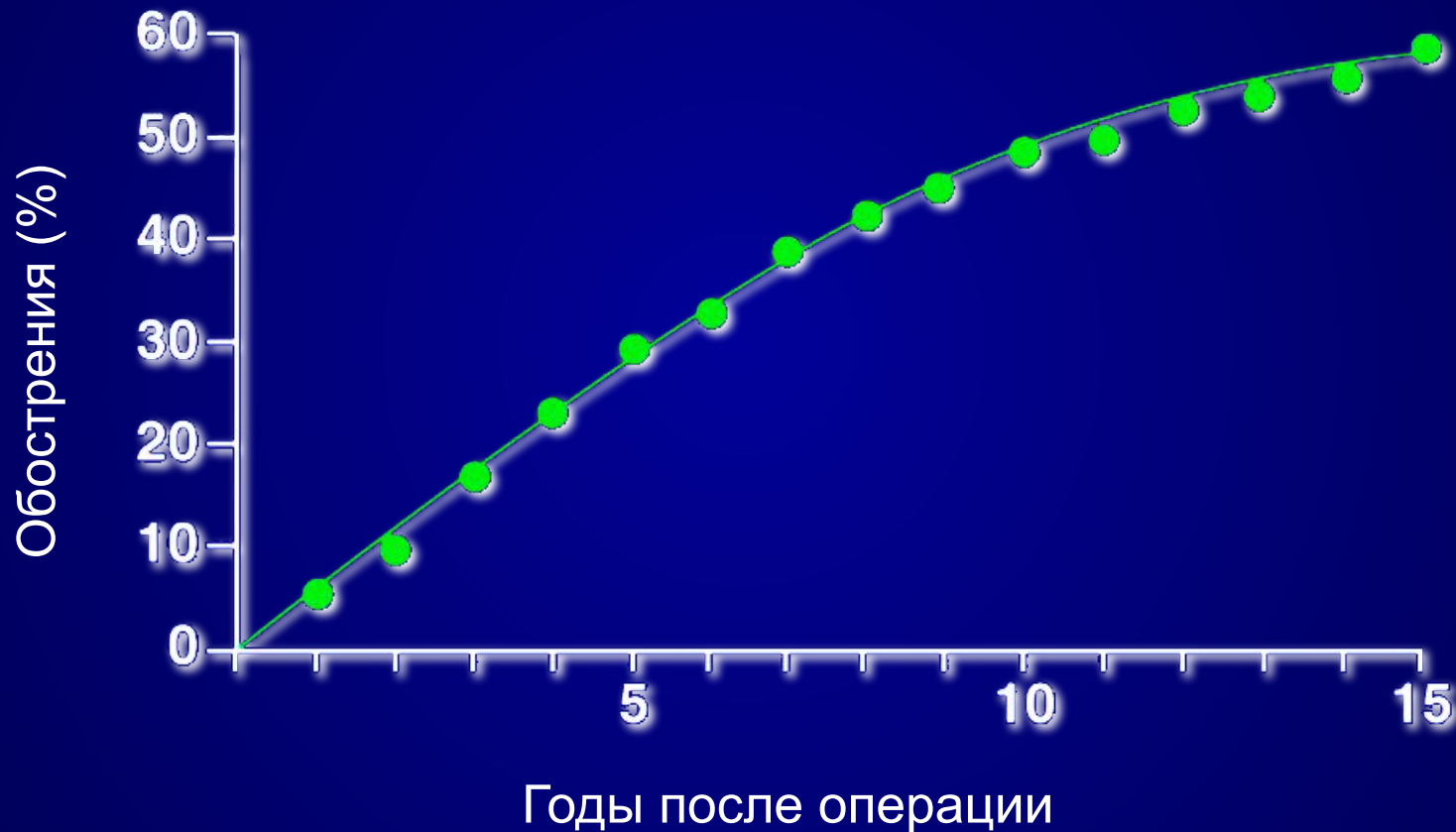
Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита

Проктоколонэктомия

Создание внутритазового резервуара
(илеостомия или создание внутритазового
резервуара с сохранением сфинктера заднего прохода)



Послеоперационное обострение болезни Крона



Хирургическое лечение болезни Крона

Ранее считали, что создание внутритазового резервуара противопоказано при болезни Крона в связи с высокой частотой рецидивов заболевания и риском развития синдрома короткой кишки

Вместе с тем, согласно современным данным, эта операция может быть с успехом проведена у больных без поражения нижних отделов кишечника



Медикаментозное лечение ВЗК

- 5-АСК-содержащие препараты

- месалазин

- ПЕНТАСА[®]**

- Асакол[®]

- Клаверсал[®]/Месасал[®]/Салофальк[®]

- сульфасалазин

- Салазопирин[®]

- олсалазин

- Дипентум[®]

- Кортикостероиды

- Иммунодепрессанты



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**эпителиальные (составляют 92%);
неэпителиальные (8%)**

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
У 30% НАСЕЛЕНИЯ.**

ПОЛИП

ОПУХОЛЬ НА НОЖКЕ ИЛИ ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ, СВИСАЮЩАЯ ИЗ СТЕНОК ПОЛОГО ОРГАНА (ОБОДОЧНОЙ КИШКИ) В ЕГО ПРОСВЕТ, НЕЗАВИСИМО ОТ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ

- ❑ ЧАСТОТА ПОЛИПОВ В ЖКТ 1-80%**
- ❑ В ГРУППЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 10-12%**
- ❑ МУЖЧИНЫ БОЛЕЮТ В 2-3 РАЗА ЧАЩЕ**
- ❑ ОБОДОЧНАЯ КИШКА ЗАНИМАЕТ 3-е МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЛИПОВ (ПОСЛЕ ЖЕЛУДКА И ПРЯМОЙ КИШКИ)**
- ❑ В 73,5% ПОЛИПЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ЧАЩЕ ВСЕГО В СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ**

ЭТИОЛОГИ

**УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОЯВЛЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ
СВЯЗЫВАЮТ С:**

- ❑ ВЛИЯНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ;**
- ❑ УМЕНЬШЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ;**
- ❑ ИЗМЕНЕНИЕМ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ (ПРЕОБЛАДАНИЕ
ВЫСОКОКАЛОРИЙНЫХ ПРОДУКТОВ С БОЛЬШИМ
СОДЕРЖАНИЕМ ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ ПРИ НЕБОЛЬШОМ
КОЛИЧЕСТВЕ КЛЕТЧАТКИ)**

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛИПОВ

□ ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ

- **ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ (2%)**
- **ЖЕЛЕЗИСТЫЕ (ТУБУЛЯРНЫЕ) (51,6%)**
- **ЖЕЛЕЗИСТО-ВОРСИНЧАТЫЕ (21,5%)**
- **ВОРСИНЧАТЫЕ (14,7%)**

□ ПО ФАКТОРУ МНОЖЕСТВЕННОСТИ

- **ОДИНОЧНЫЕ**
- **МНОЖЕСТВЕННЫЕ**
 - **ГРУППОВЫЕ**
 - **РАССЕЯННЫЕ**
- **ДИФФУЗНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ**

ПОЛИПОЗ

- ❑ **ПРИ НАЛИЧИИ 20 И БОЛЕЕ ПОЛИПОВ ПРИМЕНЯЮТ ТЕРМИН «ПОЛИПОЗ», ХОТЯ МЕЖДУ ПОНЯТИЯМИ «МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОЛИПЫ» И «ПОЛИПОЗ» ГРАНИЦА ВЕСЬМА УСЛОВНА**
- ❑ **ТЕРМИН «ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЛИПАМИ ВСЕХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ.**
- ❑ **ОДИНОЧНЫЕ ПОЛИПЫ МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ В 1 – 4 % СЛУЧАЕВ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ – В 20 %, ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ – В 40 %, ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ – В 80 – 100 %**

КАНЦЕРОГЕНЕЗ

**ПОЯВЛЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПОЛИПОВ
ПРЕДШЕСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЖЕЛЕЗИСТЫХ
(АДЕНОМАТОЗНЫХ) ПОЛИПОВ, КОТОРЫЕ ПО МЕРЕ РОСТА
МОГУТ ПОДВЕРГАТЬСЯ ВОРСИНЧАТОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ, А В
ВОРСИНАХ УДАЁТСЯ ОБНАРУЖИТЬ ПРИЗНАКИ
ИНВАЗИВНОГО РОСТА.**

**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, ПРИЧЁМ ЭТОТ ПРОЦЕСС ПРОТЕКАЕТ НЕ МЕНЕЕ 5
ЛЕТ, А В СРЕДНЕМ ДЛИТСЯ 10 – 15 ЛЕТ.**

КЛИНИКА

У БОЛЬШИНСТВА ЛЮДЕЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРОТЕКАЮТ БЕССИМПТОМНО И ОБНАРУЖИВАЮТ ИХ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (2 – 3 СМ) МОГУТ ПОЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- ❑ КРОВЯНИСТО-СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ**
- ❑ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ**
- ❑ ЗАПОР**
- ❑ ПОНОС**
- ❑ АНАЛЬНЫЙ ЗУД**
- ❑ ЯВЛЕНИЯ ПОЛНОЙ ИЛИ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

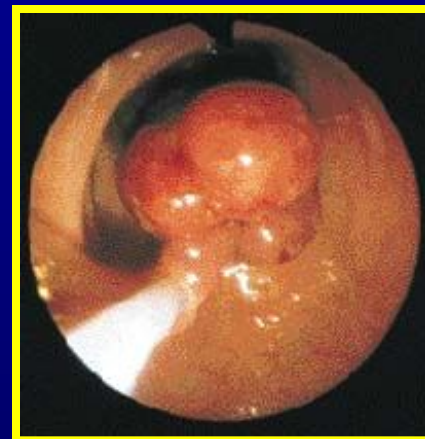
ДИАГНОСТИКА

ОСМОТР

**ПАЛЬЦЕВОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**

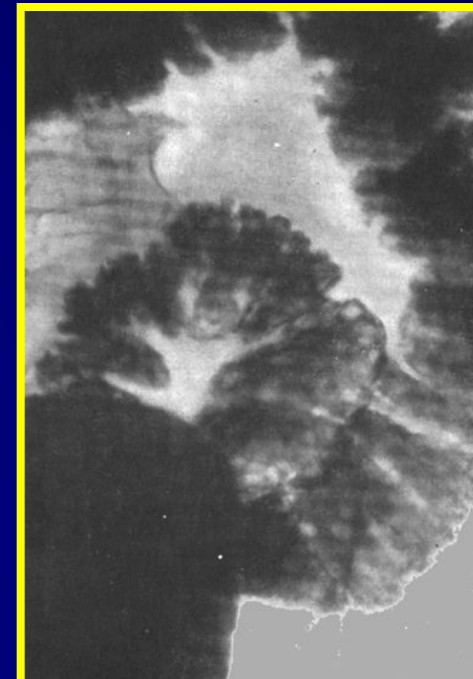
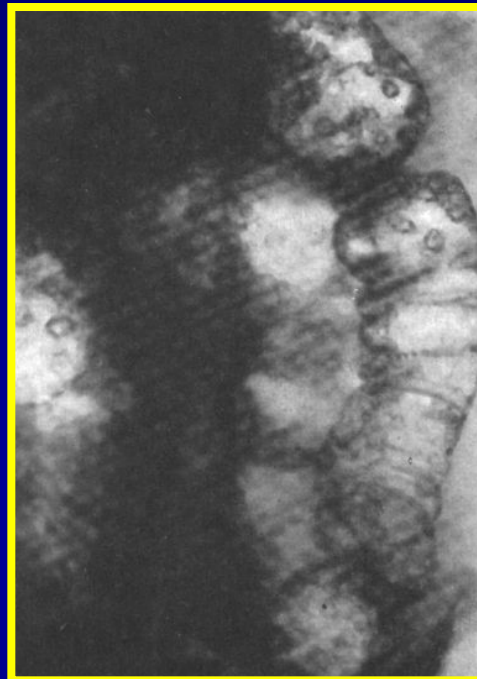
РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ

КОЛОНОСКОПИЯ



ДИАГНОСТИКА

ИРРИГОСКОПИЯ



**МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**



ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ **КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ СУЩЕСТВУЕТ.**
- ❑ **БИОПСИЯ НЕ ИМЕЕТ СУЩЕСТВЕННОГО ЗНАЧЕНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ. НЕБОЛЬШИЕ УЧАСТКИ ПОЛИПА, ВЗЯТЫЕ ДЛЯ БИОПСИИ, НЕ МОГУТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬ СУЩНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВО ВСЕЙ ОПУХОЛИ. ПОЛНОСТЬЮ ИССЕЧЁННЫЙ ПОЛИП – ЛУЧШИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.**
- ❑ **В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЛИШЬ УДАЛЕНИЕ ПОЛИПОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ И ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЁМ ГАРАНТИРУЕТ УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ.**



- ❑ **ПОЛИПЭКТОМИЯ С ПОМОЩЬЮ РЕКТОРОМАНОСКОПА ИЛИ КОЛОНОСКОПА С ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ НОЖКИ ИЛИ ЛОЖА ПОЛИПА**
- ❑ **ТРАНСАНАЛЬНОЕ ИССЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ**
- ❑ **КОЛОТОМИЯ ИЛИ РЕЗЕКЦИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ**
- ❑ **ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ РЕКТОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПО ПОВОДУ ЦИРКУЛЯРНЫХ ИЛИ ПОЧТИ ЦИРКУЛЯРНЫХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ**

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПОЛИПЭКТОМИИ

I. КРОВОТЕЧЕНИЕ

II. ПЕРФОРАЦИЯ СТЕНКИ КИШКИ

III. РЕЦИДИВ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО

НОВООБРАЗОВАНИЯ

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ

- ПЕРВЫЙ ОСМОТР ПРОИЗВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ 1,5 – 2 МЕСЯЦА, ЗАТЕМ КАЖДЫЕ ПОЛГОДА**
- ПРИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЯХ – КАЖДЫЕ ТРИ МЕСЯЦА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ. ЗАТЕМ ОСМОТР ПРОИЗВОДИТСЯ ОДИН РАЗ В ГОД**

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЁННЫХ ПОЛИПОВ

- В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОСМОТР**
- НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ – КАЖДЫЕ ТРИ МЕСЯЦА.**
- И ТОЛЬКО СПУСТЯ ДВА ГОДА ВОЗМОЖНЫ РЕГУЛЯРНЫЕ ОСМОТРЫ КАЖДЫЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ**

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

- В ПЕРВЫЕ ДВА ГОДА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВА ОТМЕЧАЕТСЯ У 13%, А У 7% ВЫЯВЛЯЮТСЯ НОВЫЕ ПОЛИПЫ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ЖЕЛЕЗИСТЫХ ПОЛИПОВ НАБЛЮДАЮТСЯ У 8%, ЖЕЛЕЗИСТО-ВОРСИНЧАТЫХ – У 13%, А ВОРСИНЧАТЫХ – У 25% БОЛЬНЫХ**

ДИФФУЗНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ (АДЕНОМАТОЗ) ТОЛСТОЙ

КИШКИ

- ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ БОЛЬШОГО ЧИСЛА АДЕНОМ (ОТ СОТЕН ДО НЕСКОЛЬКИХ ТЫСЯЧ) НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРОГРЕССИВНЫМ РОСТОМ И ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ МАЛИГНИЗАЦИЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СВОЕВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ**
- БОЛЕЗНЬ ПЕРЕДАЁТСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ В ПЕРВОМ ПОКОЛЕНИИ ПО ПРИНЦИПУ ДОМИНАНТНОГО ГЕНА НЕЗАВИСИМО ОТ ГЕНА**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, КАК ПРАВИЛО НЕ БЫВАЕТ ВЫРАЖЕННОЙ, СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ, Т. Е. В ВОЗРАСТЕ 15 – 19 ЛЕТ

СИМПТОМАТИКА

- УЧАЩЁННЫЙ СТУЛ ДО 5 – 6 РАЗ В СУТКИ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ И СЛИЗИ**
- БОЛИ В ЖИВОТЕ**
- УТОМЛЯЕМОСТЬ**
- ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ**
- АНЕМИЯ**

С РАЗВИТИЕМ РАКА ИЗ ПОЛИПОВ УСУГУБЛЯЕТСЯ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ И ПОЯВЛЯЮТСЯ НОВЫЕ СИМПТОМЫ: РЕЗКАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ИЗ-ЗА ВЫРАЖЕННОЙ АНЕМИИ, ИНОГДА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ДИАГНОСТИК

А

- I. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ**
- II. ТЩАТЕЛЬНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО НА ПРЕДМЕТ
ВЫЯВЛЕНИЯ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ПОЛИПОЗА (ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ,
ОСТЕОМЫ И ДР.)**
- III. ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- IV. РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ**
- V. КОЛОНОСКОПИЯ**
- VI. ИРРИГОСКОПИЯ**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ

ДИАГНОСТИКА

✓ **ЮВЕНИЛЬНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ
КИШКИ**

✓ **МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ
КИШКИ**

✓ **ПСЕВДОПОЛИПОЗ У БОЛЬНЫХ (НЯК)
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ
КОЛИТОМ**

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ❑ **СЕМЕЙНЫЙ АДЕНОМАТОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ. ПРИ ОТСУТСТВИИ АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЬ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, НЕРЕДКО МНОЖЕСТВЕННОГО**
- ❑ **У БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ ПОЛИПОЗОМ ЧАЩЕ, ЧЕМ В ОБЫЧНОЙ ПОПУЛЯЦИИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕСМОИДНЫХ ФИБРОМ В ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ, ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ, А ТАКЖЕ В ДРУГИХ ЧАСТЯХ ТЕЛА ДЕСМОИДЫ СДАВЛИВАЮТ ОКРУЖАЮЩИЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ САМИ МОГУТ ЯВИТЬСЯ**
Причиной НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время единственным методом лечения диффузного семейного полипоза толстой кишки является хирургический!!!

Принцип хирургии – удаление всех отделов толстой кишки, где есть полипы, потому что рано или поздно из них развивается раковая опухоль.

Иногда полипы в каких-то отделах толстой кишки единичные и их можно удалить через эндоскоп.

Если есть отделы кишки, свободные от полипов, вся толстая кишка не удаляется. В этих случаях выполняются операции, позволяющие сохранить непрерывность кишечника и сохранность сфинктера заднего прохода.

Хирургическое лечение больных семейным аденоматозом необходимо проводить только в колопроктологических отделениях.

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- ❑ ЧЕТВЕРТОЕ МЕСТО СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**
- ❑ 4-6% СРЕДИ ВСЕХ ОПУХОЛЕЙ**
- ❑ 6.1 - 7.5% ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**
- ❑ ПОЛОВИНА ВСЕХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Ь

- ❑ В США 140 000-150 000 НОВЫХ СЛУЧАЕВ ЕЖЕГОДНО, СВЫШЕ 50 000 СМЕРТЕЙ ЕЖЕГОДНО**
- ❑ В АНГЛИИ ЕЖЕГОДНО УМИРАЕТ 16 000**
- ❑ В РОССИИ РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАНИМАЕТ 4-Е МЕСТО У ЖЕНЩИН И 3-Е У МУЖЧИН, ПОСЛЕ РАКА ЛЕГКОГО, ЖЕЛУДКА, МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- ❑ 50 % СЛУЧАЕВ - СИГМОВИДНАЯ КИШКА
- ❑ 15 % - СЛЕПАЯ КИШКА
- ❑ 12 % - ВОСХОДЯЩАЯ
- ❑ 8 % - ПЕЧЕНОЧНЫЙ ИЗГИБ
- ❑ 5 % - ПОПЕРЕЧНАЯ ОБОДОЧНАЯ, СЕЛЕЗЕНОЧНЫЙ ИЗГИБ И НИСХОДЯЩАЯ КИШКА

ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ

□ ЭКЗОФИТНАЯ ФОРМА

- В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ И В ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ, РАК ПОРАЖАЕТ ЧАСТЬ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПО ОКРУЖНОСТИ**

□ ЭНДОФИТНАЯ ФОРМА

- В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РАК ИНФИЛЬТРИРУЕТ КИШКУ ЦИРКУЛЯРНО, РАСПРОСТРАНЯЯСЬ ПО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ИЛИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ, ЧАСТО ИЗЪЯЗВЛЯЯСЬ И ЦИРКУЛЯРНО СТЕНОЗИРУЯ ПРОСВЕТ КИШКИ**

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ

РАК *ВСТРЕЧАЕТСЯ В 1.2 - 1.9% СЛУЧАЕВ СРЕДИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ*

СИНХРОННЫ

И

**ОПУХОЛИ, КОТОРЫЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ У
БОЛЬНОГО ОДНОВРЕМЕННО ИЛИ НЕ
ПОЗДНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРВОГО
НОВООБРАЗОВАНИЯ**

МЕТАХРОННЫ

И

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ
ОБНАРУЖИВАЕТСЯ СПУСТЯ 6 МЕС ПОСЛЕ
ПЕРВОЙ**

ФАКТОРЫ РИСКА

- ЧАСТО РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У РАБОТНИКОВ АСБЕСТОВЫХ ПРОИЗВОДСТВ И ЛЕСОПИЛОК**
- ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ПАНКОЛИТ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ (10 % РИСКА), БОЛЕЗНЬ КРОНА, АДЕНОМА И РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ В АНАМНЕЗЕ, ПОЛИПОЗЫ, ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ, РАК ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИММУНОДЕФИЦИТЫ**
- НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПЕРЕДАЧА**
 - СРЕДИ РОДСТВЕННИКОВ 1-Й КАТЕГОРИИ РОДСТВА РИСК КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ КАРЦИНОМ В 3-5 РАЗ ВЫШЕ**

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В МЕСТАХ ЗАСТОЯ КАЛОВЫХ МАСС (СЛЕПАЯ КИШКА, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ И ПЕРЕГИБЫ)**
- ПЛОТНЫЕ КАЛОВЫЕ МАССЫ → ЗАДЕРЖИВАЮТСЯ В СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ → ДЛИТЕЛЬНОЕ МЕХАНИЧЕСКОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ И ТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ**
- КАНЦЕРОГЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ ПРИ РАЗЛОЖЕНИИ ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ**

ОСОБЕННОСТЬ

**ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, КАК И
ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ДО СИХ ПОР НЕИЗВЕСТНА**

- ❑ ДЛИТЕЛЬНОЕ МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ БЕЗ
МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ**
- ❑ ГЕМАТОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ – 50 %**
- ❑ ЛИМФОГЕННО – 30 %**
- ❑ ИМПЛАНТАЦИОННО – 20 %**
- ❑ МЕТАСТАЗЫ (20%) ЧАЩЕ ВСЕГО В ПЕЧЕНИ, РЕЖЕ В
ЛЕГКИХ, КОСТЯХ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ

- ❑ **I СТАДИЯ** – НЕБОЛЬШАЯ ОГРАНИЧЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ЛОКАЛИЗУЮЩАЯСЯ В ТОЛЩЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ (ПОДСЛИЗИСТАЯ ОСНОВА) КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, БЕЗ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ

- ❑ **II СТАДИЯ**
 - ▣ **II А СТАДИЯ** – ОПУХОЛЬ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, НО ЗАНИМАЕТ НЕ БОЛЬШЕ ПОЛУОКРУЖНОСТИ СТЕНКИ КИШКИ, НЕ ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ КИШКИ И НЕ ПЕРЕХОДИТ НА СОСЕДНИЕ ОРГАНЫ, БЕЗ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ

 - ▣ **II Б СТАДИЯ** – ОПУХОЛЬ ТОГО ЖЕ ИЛИ МЕНЬШЕГО РАЗМЕРА С ОДИНОЧНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В БЛИЖАЙШИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ

 - ▣ **III А СТАДИЯ** – ОПУХОЛЬ ЗАНИМАЕТ БОЛЕЕ ПОЛУОКРУЖНОСТИ КИШКИ, ПРОРАСТАЕТ
 - ▣ **ВСЮ ЕЕ СТЕНКУ ИЛИ СОСЕДНЮЮ БРЮШИНУ, БЕЗ МЕТАСТАЗОВ**

 - ▣ **III Б СТАДИЯ** – ОПУХОЛЬ ЛЮБОГО РАЗМЕРА ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

- ❑ **III СТАДИЯ**

- ❑ **IV СТАДИЯ** – ОБШИРНАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОРАСТАЮЩАЯ СОСЕДНИЕ ОРГАНЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ РЕГИОНАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ИЛИ ЛЮБАЯ ОПУХОЛЬ С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

КЛАССИФИКАЦИЯ TNM

T – ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ

N – РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

M – ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ

M0 – нет отдаленных метастазов

M1 – имеются отдаленные метастазы

P - ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ (определяемые после операции)

P1 – рак, инфильтрирующий только слизистую оболочку толстой кишки

P2 – рак, инфильтрирующий подслизистый слой

P3 –рак, инфильтрирующий мышечную оболочку

P4 – рак, инфильтрирующий серозную оболочку или выходящий за ее пределы

G – ДЕЛЕНИЕ ПО СТЕПЕНИ КЛЕТОЧНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

G1 – рак с высокой степенью дифференцировки опухолевых клеток

G2 – рак со средней степенью дифференцировки клеток

G3 – анапластичная карцинома

ГИСТОЛОГИЧЕСКИ РАЗДЕЛЯЮТ АДЕНОКАРЦИНОМА, СОЛИДНЫЙ И СЛИЗИСТЫЙ РАК

КЛИНИКА

НЕТ НИ ОДНОГО ПАТОГНОМОНИЧНОГО СИМПТОМА

КЛИНИКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ

- ❑ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ЭКЗОФИТНЫЕ ФОРМЫ РАКА, КОТОРЫЕ НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
- ❑ ПЛОТНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С БУГРИСТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ И НЕБОЛЬШОЙ БОЛЕЗНЕННОСТЬЮ
- ❑ **СЛАБОСТЬ И УХУДШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ, АНЕМИЯ (ведущий синдром)**
- ❑ НАРУШЕНИЯ СТУЛА
- ❑ БОЛИ КАК СЛЕДСТВИЕ ВОСПАЛЕНИЯ
- ❑ ПОЛНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЫЧНО НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

КЛИНИКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ

- ❑ **НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНИКА**
- ❑ ПОЯВЛЕНИЕ ЗАПОРОВ
- ❑ СМЕНА ЗАПОРОВ ДИАРЕЕЙ
- ❑ КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ В ВИДЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАПЕЛЬ ИЛИ ПРОЖИЛОК ТЕМНОГО ИЛИ ЯРКОГО ЦВЕТА

ДИАГНОСТИКА

- ❑ Ирригоскопия - наличие дефекта наполнения, сужение просвета кишки, изменение рельефа слизистой оболочки, обтурация просвета кишки с выраженной деформацией кишечной стенки

Косвенными признаками рака являются: ригидность кишечной стенки на определенном участке кишки, отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки, нарушение эвакуаторной функции ободочной кишки

- ❑ **ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ** с направленной биопсией

ПОЛИПОВИДНЫЙ РАК, РАКОВАЯ ЯЗВА, ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ РАК

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ЦЕЛИ

- ❑ ОТЛИЧИТЬ РАКОВУЮ ОПУХОЛЬ ОТ ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ**
- ❑ ВЫЯВИТЬ РАКОВУЮ ОПУХОЛЬ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ НАЛИЧИИ ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ**
- ❑ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПЕРЕРОЖДЕНИЯ ИМЕЮЩЕЙСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ**

НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- ❑ Воспалительные процессы: воспалительный инфильтрат на почве острого аппендицита или после аппендэктомии, опухолевидный туберкулез, актиномикоз, дивертикулит, язвенный с спастический колит (локализованный колит), сифилис, др.**
- ❑ Другие опухоли ободочной кишки: полипы, ворсинчатая опухоль, карциноид, саркома, липома, миома, эндометриоз.**
- ❑ Опухоли и заболевания близко расположенных органов: опухоль почки, опухоль и воспаление желчного пузыря, опухоль печени, опухоль желудка, опухоль поджелудочной железы, заболевание придатков матки и другие.**

ЛЕЧЕНИЕ

ВИДЫ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ (ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ)

- ❑ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ – ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С НАЛОЖЕНИЕМ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗА**
- ❑ ПРИ РАКЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПОПЕРЕЧНОЙ КИШКИ – РЕЗЕКЦИЯ С НАЛОЖЕНИЕМ ТОЛСТО-ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА**
- ❑ РАК ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ – ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С НАЛОЖЕНИЕМ ТРАНСВЕРЗОСИГМОАНАСТОМОЗА**
- ❑ РАК СИГМЫ – РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ**

ВИДЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ (ПРИ НЕУДАЛИМЫХ ОПУХОЛЯХ)

- ❑ НАЛОЖЕНИЕ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗА**
- ❑ НАЛОЖЕНИЕМ ТРАНСВЕРЗОСИГМОАНАСТОМОЗА**
- ❑ НАЛОЖЕНИЕ ДВУСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ**