

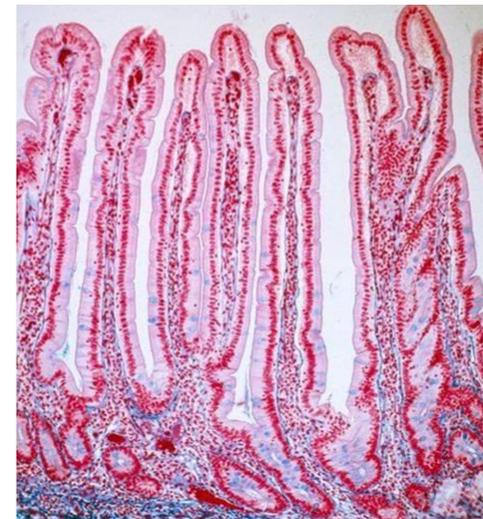
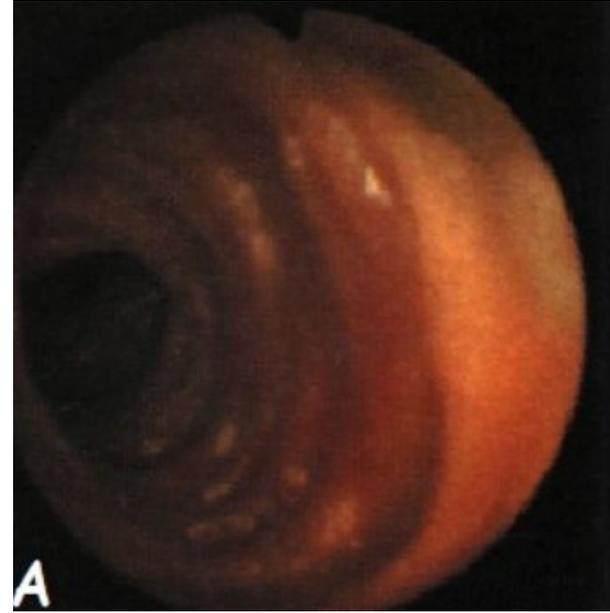
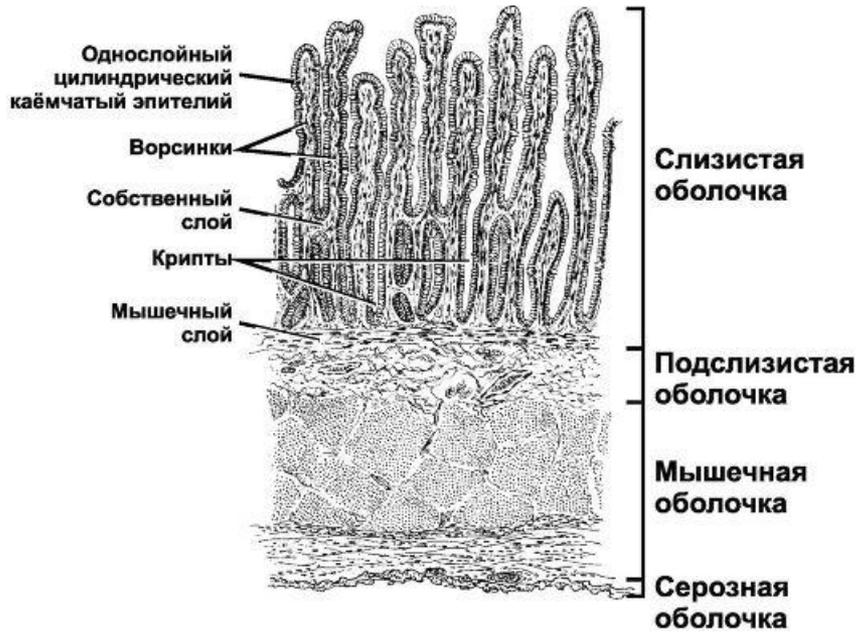
Московский Государственный Университет
им М.В. Ломоносова

Хирургическое лечение
неспецифического язвенного колита и
болезни Крона
Часть 2. Неспецифический язвенный
КОЛИТ

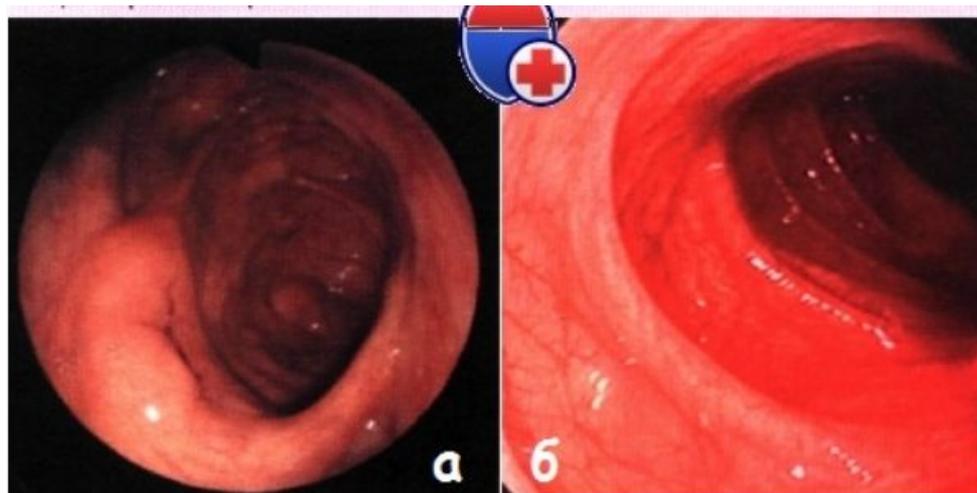
Подготовила:
студентка 3 курса ФФМ МГУ
Елецкая Анастасия
Александровна

Москва,
2017

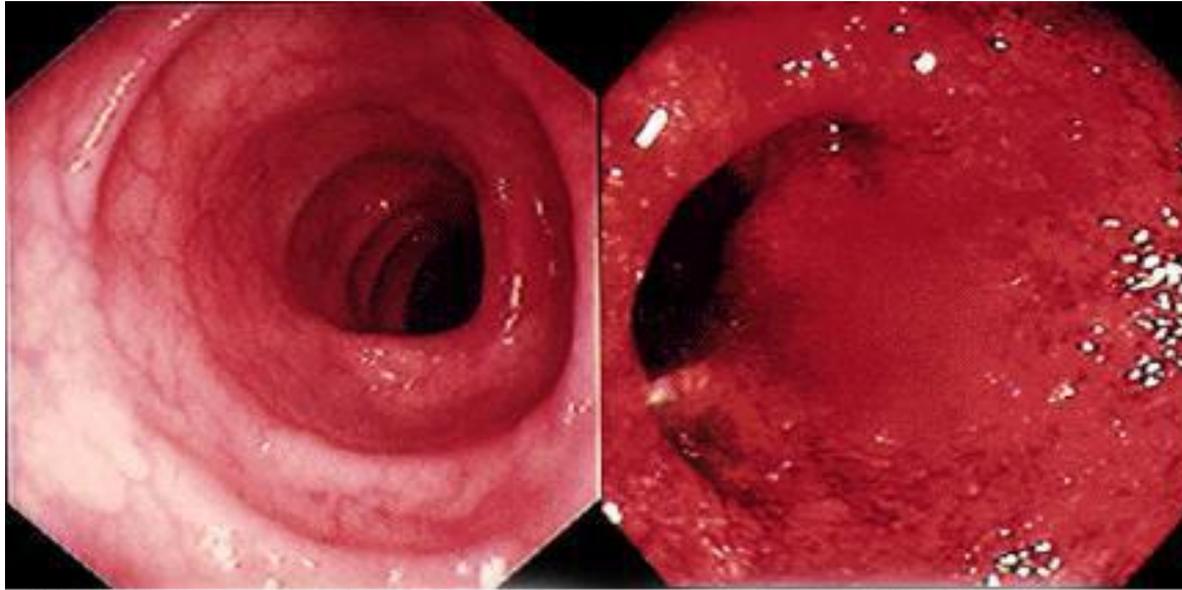
Строение тонкой кишки



Строение тонкой кишки



Неспецифический язвенный КОЛИТ

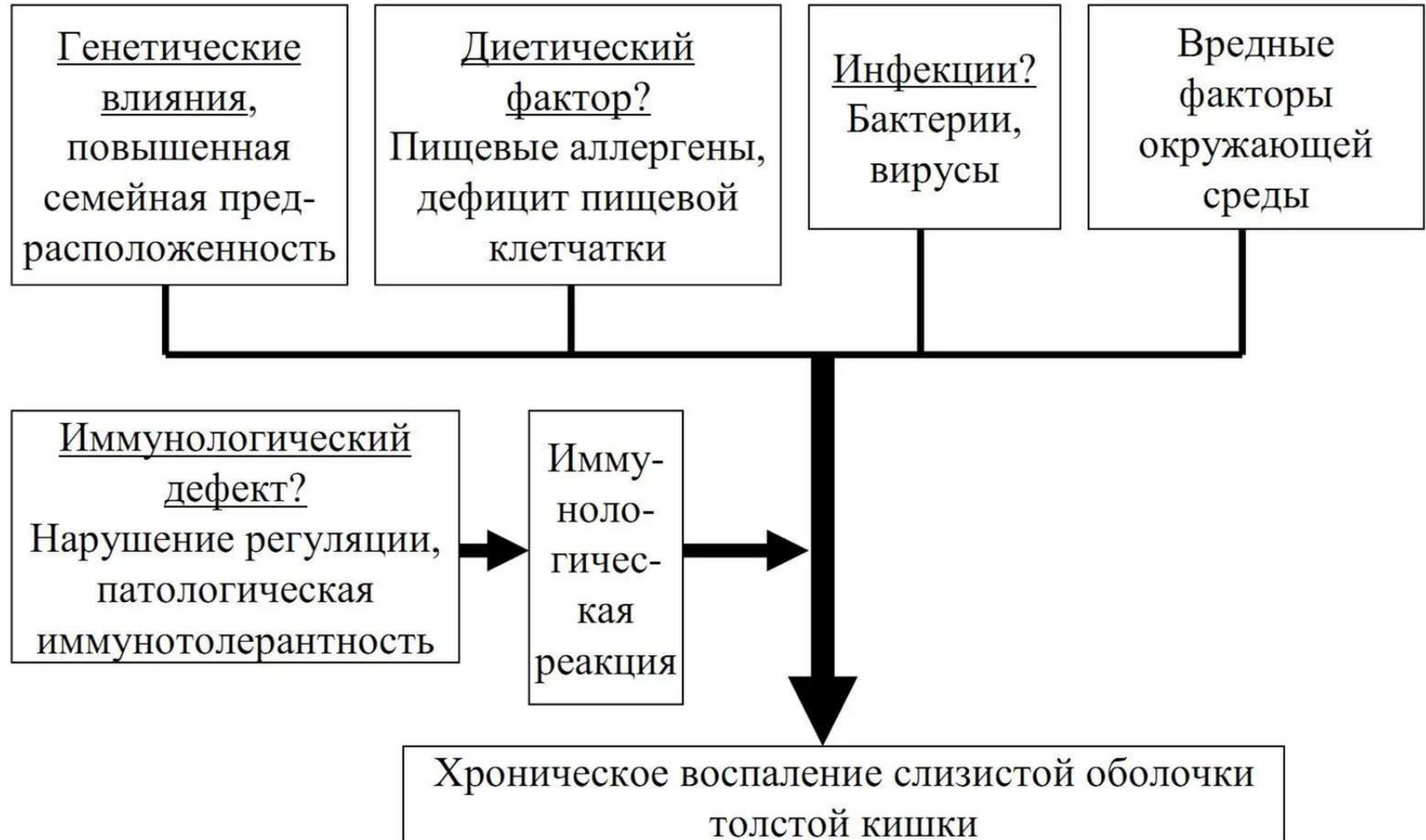


Здоровая толстая кишка

Язвенный колит

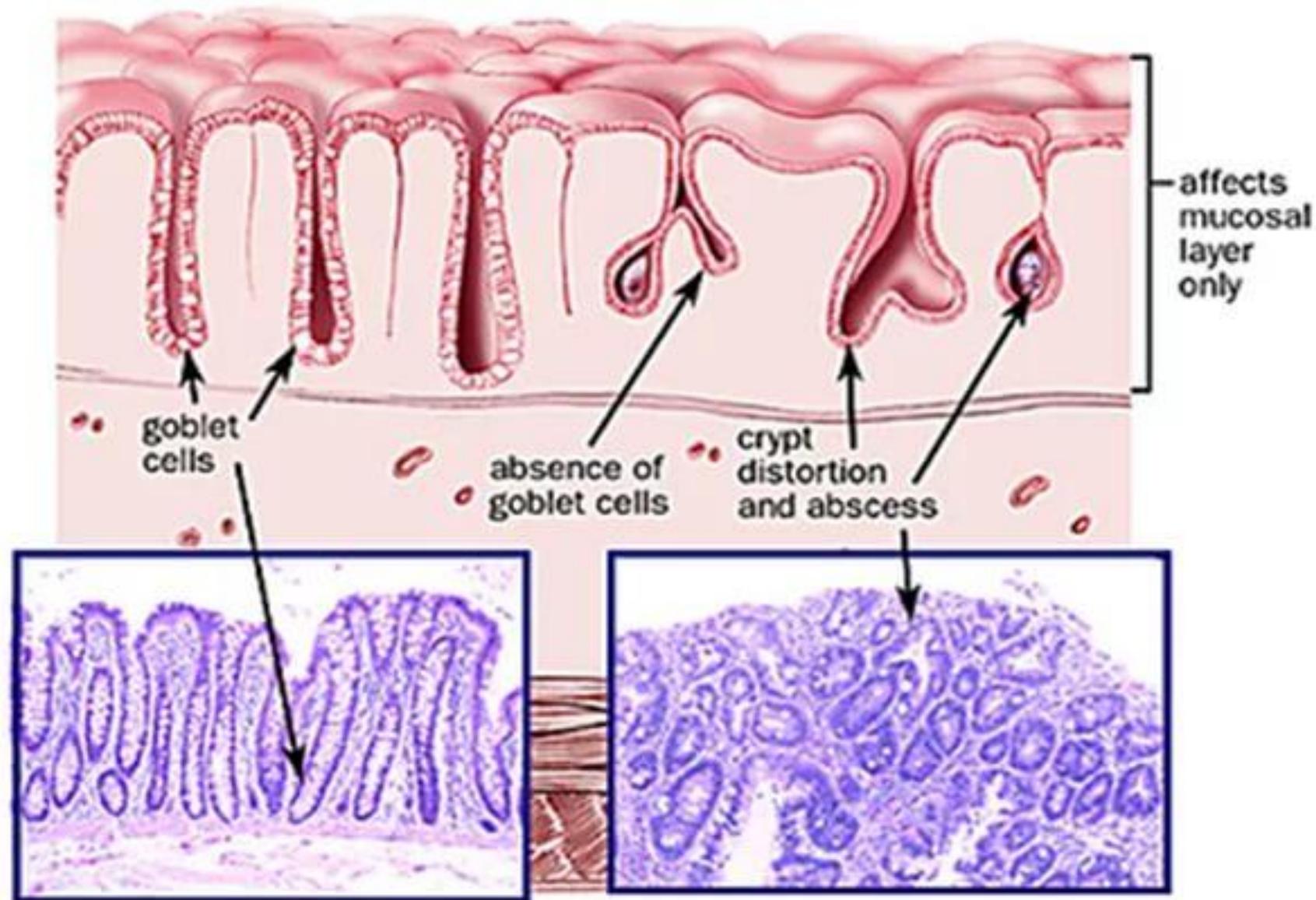
Хроническое заболевание **толстой** кишки, характеризующееся **иммунным воспалением** ее **слизистой оболочки**. При язвенном колите чаще всего поражается только толстая кишка (в 10% случаев при тотальном язвенном колите возможно развитие ретроградного илеита)

Этиопатогенез неспецифического язвенного колита



Normal colon

Ulcerative colitis



Клиническая картина

- Диарея с кровью, слизью и гноем
- Коликообразные боли в животе
- Лихорадка
- Тошнота
- Похудание
- Клиника «острого живота»
- Тенезмы (болезненные ложные позывы к дефекации при почти полном отсутствии кала)
- Анальное недержание.

Внекишечные симптомы НЯК

- Узловатая эритема
- Гнойный гангренозный дерматит
- Артрит
- Анкилозирующий спондилоартрит
- Афтозный стоматит
- Эписклерит, увеит

*связаны с иммунными нарушениями

Рентгенография

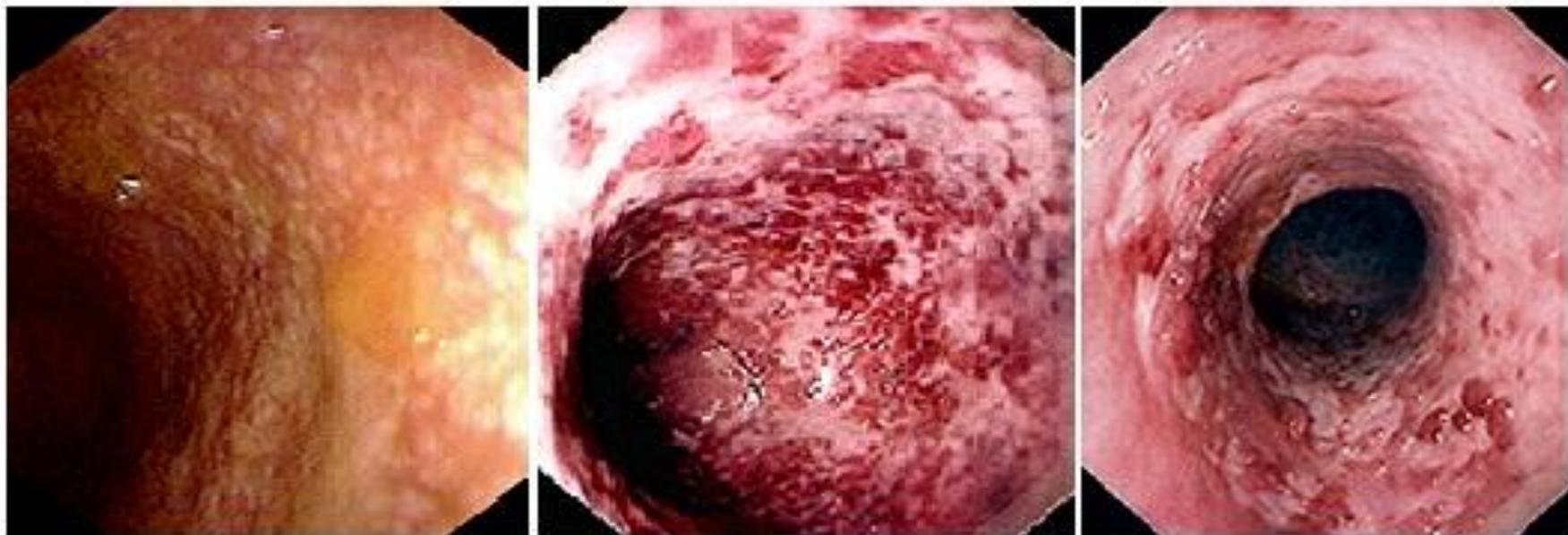


Ирригоскопия:

1. отсутствие гаустр
2. гиперлабильность (быстрое освобождение от бария пораженных участков кишки)
3. выпрямленность контуров кишки (симптом «водосточной трубы»)

Эндоскопия

Застойная, зернистая, ярко-красного цвета, легкокоранимая слизистая с явлениями контактной кровоточивости, часто с псевдополипами, с наложениями на



эндоскопическая картина при язвенном колите

Показания к операции

1. Острая, скоротечная форма при безуспешности консервативного лечения на протяжении 2—4 недель.
2. Заболевания с подострым, рецидивирующим, прогрессирующим течением при безуспешности консервативного лечения на протяжении 6 месяцев.
3. Хроническая форма заболевания с периодическими обострениями, прогрессирующим течением при наличии необратимых изменений в толстой кишке.
4. Наличие тяжелых, угрожающих жизни осложнений в любой стадии заболевания — перфорация кишки, кровотечения, абсцессы, стенозы кишки, малигнизация.

Варианты хирургического лечения

- 1) паллиативные вмешательства типа илеостомии или колостомии
- 2) радикальные операции — удаление части или всей толстой кишки, пораженной заболеванием

Сравниваем:

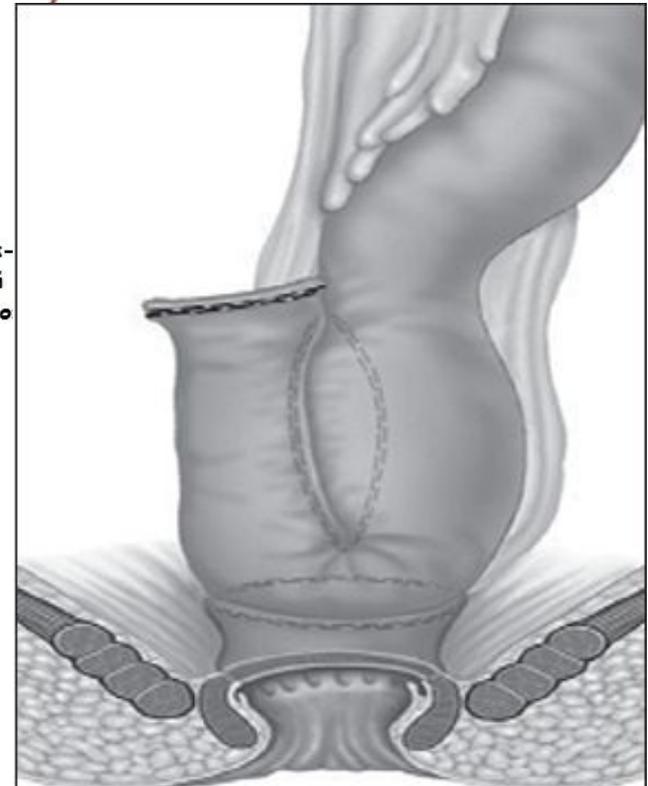
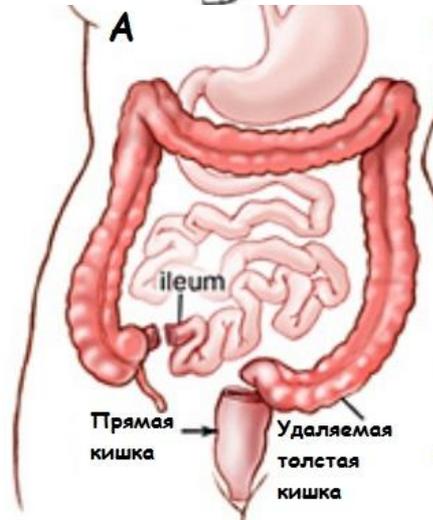
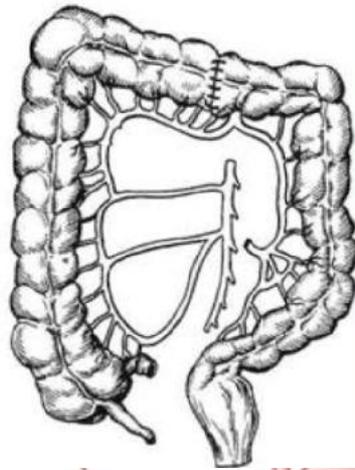
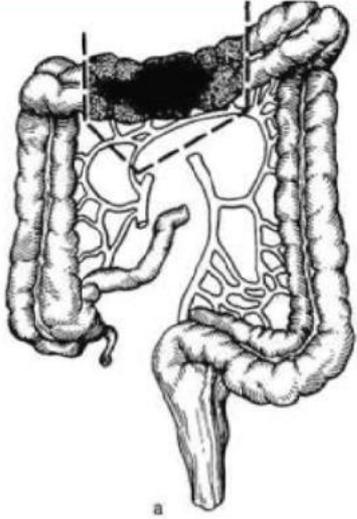
Илеостома:

1. Лучше выключает патологический процесс;
2. В гигиеническом плане илеостома менее благоприятна: происходит постоянное вытекание жидкого содержимого, раздражающего кожу;
3. Выключение всей толстой кишки;
4. Синдром мальабсорбции – выраженный
5. Кровоточивость – снижение синтеза витамина К

Колостома

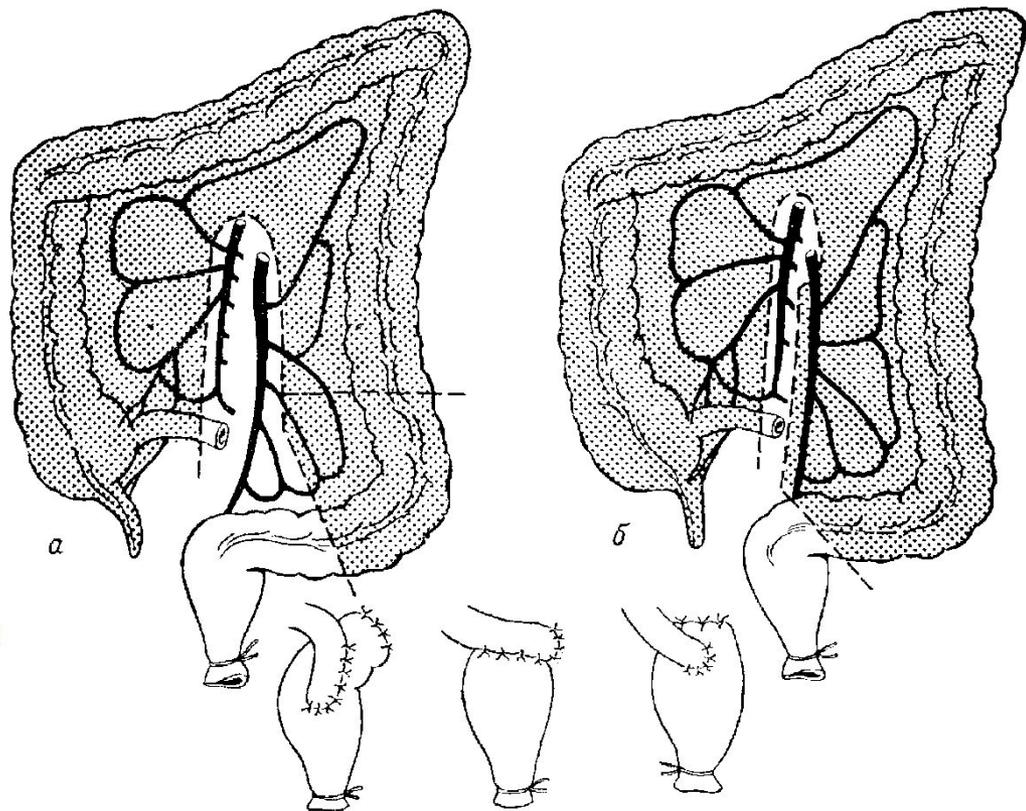
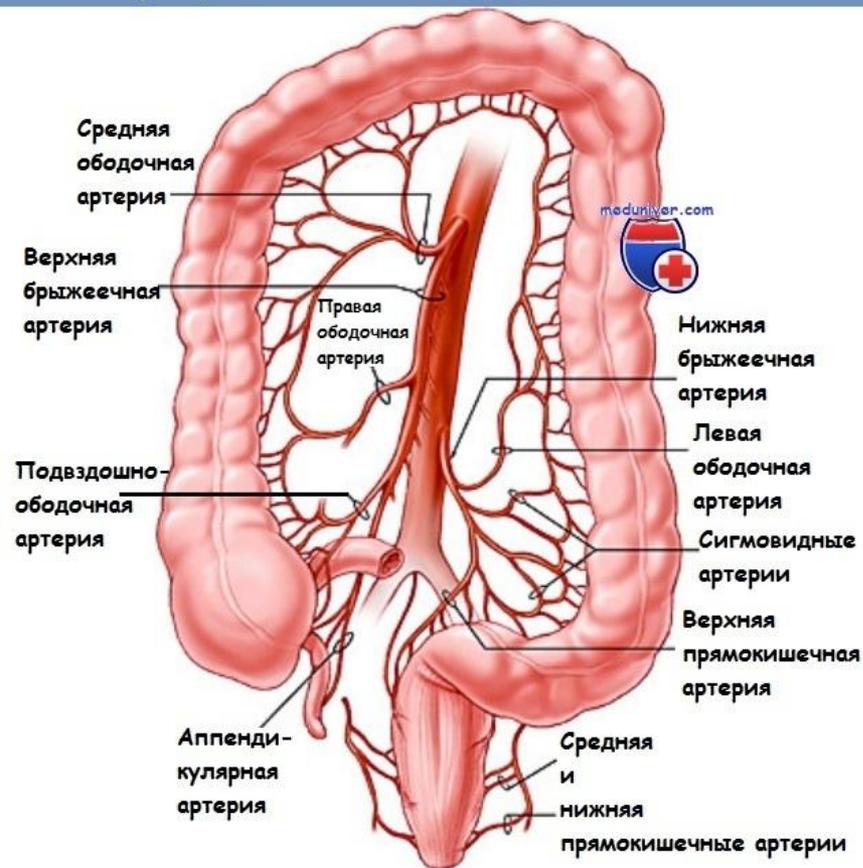
1. Хуже, т.к. это не останавливает патологический процесс;
2. Выходят чаще всего уже сформировавшиеся каловые массы, не раздражающие кожу;
3. Через колостому возможно промывание толстой кишки растворами антибиотиков – дает вполне неплохой результат;

Что выбирать?



Субтотальная колэктомия

Артерии толстой кишки



Анатомические структуры, подверженные риску повреждения: оба мочеточника, двенадцатиперстная кишка, мезентериальные сосуды, яичковые/яичниковые сосуды.

ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ
НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ
ЯВЛЯЕТСЯ ТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ
С НИЗКОЙ НАДАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ
ПРЯМОЙ КИШКИ И ФОРМИРОВАНИЕМ
ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРНО-
АНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗОЗА
(ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
КОЛЛЕКТОМИЯ)

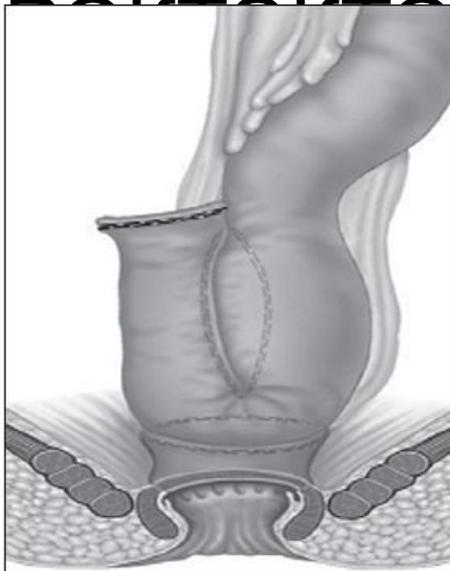
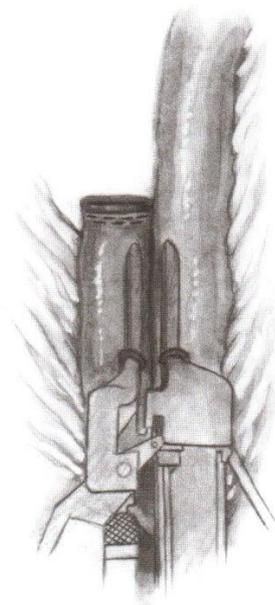
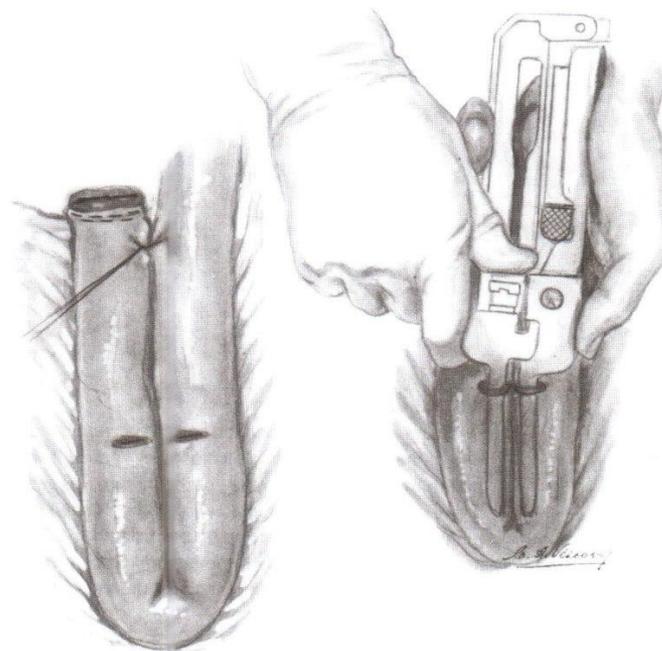
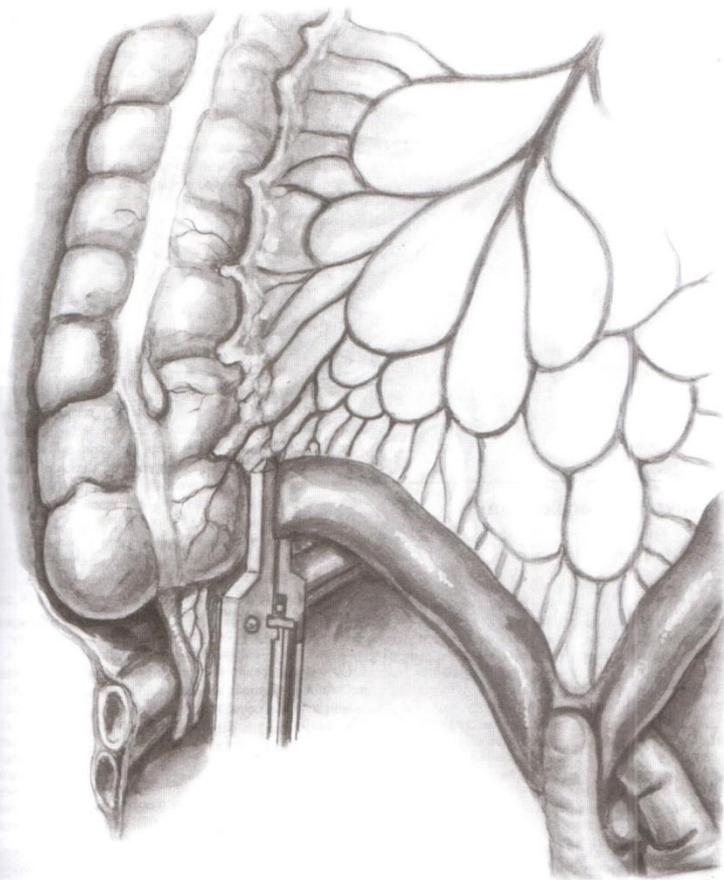


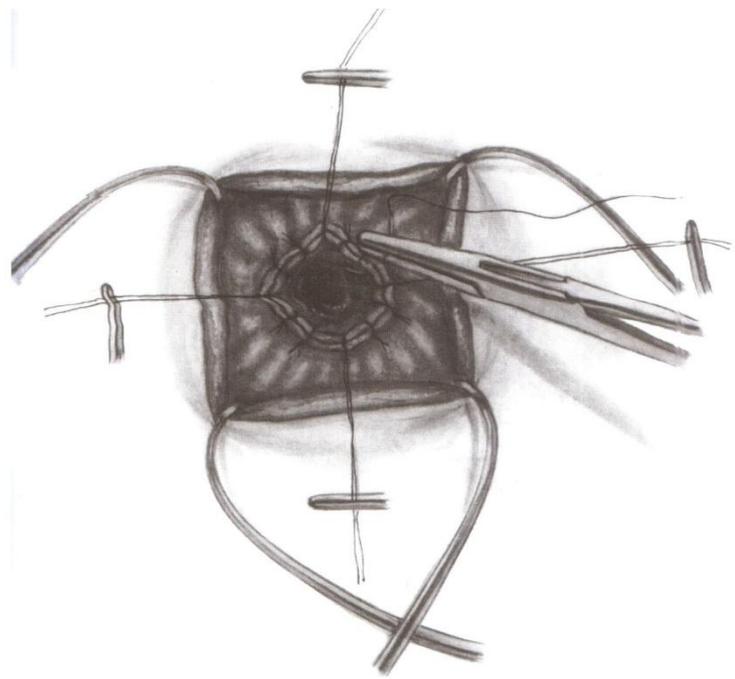
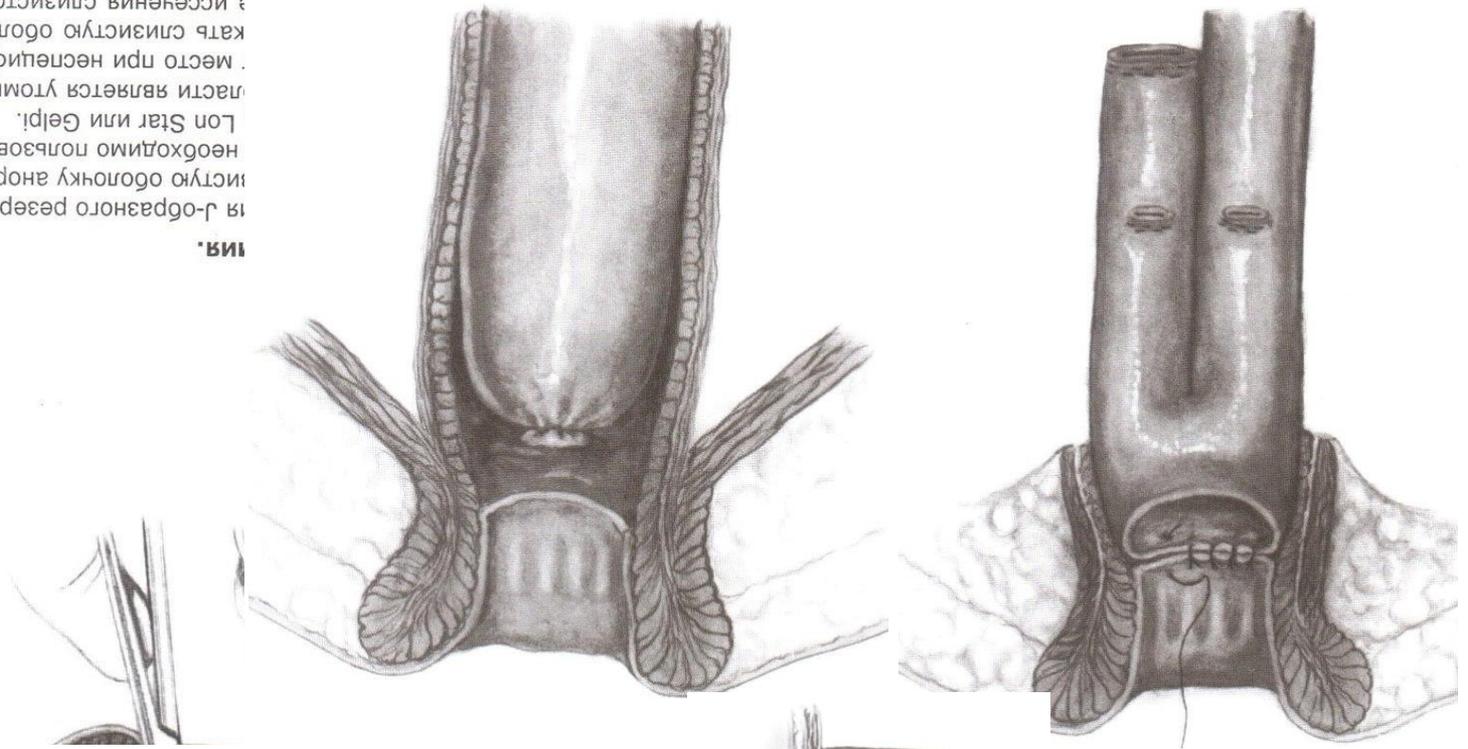
Рисунок 3. J-образный тонкокишечный резервуар

Тотальная колэктомия (J-образный резервуар)



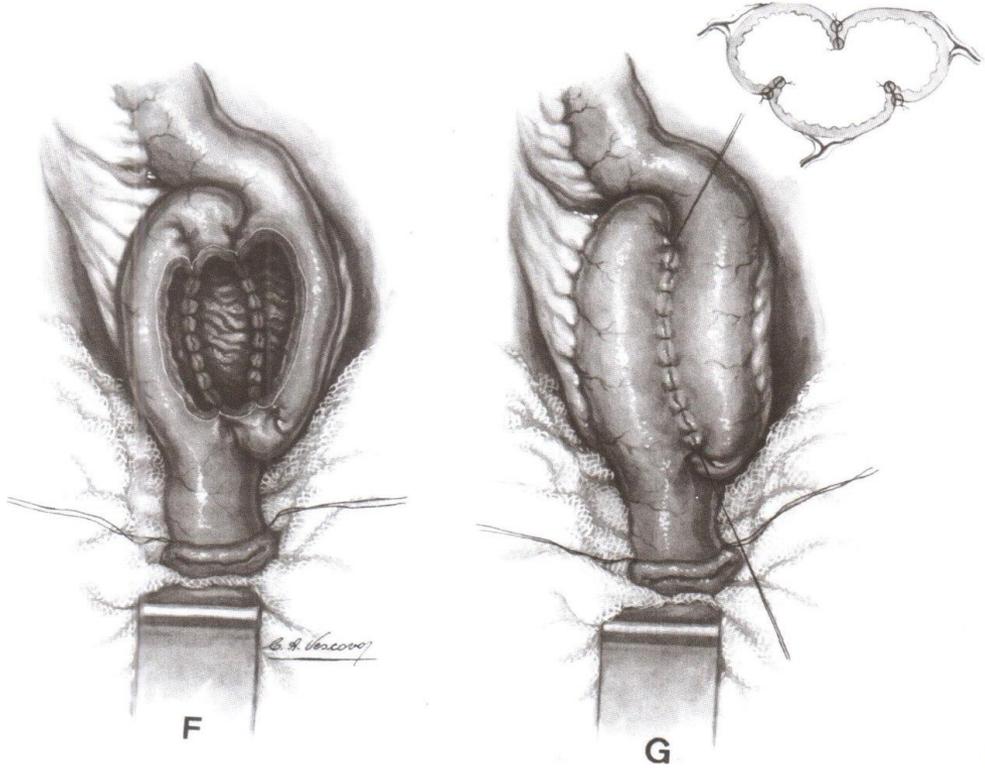
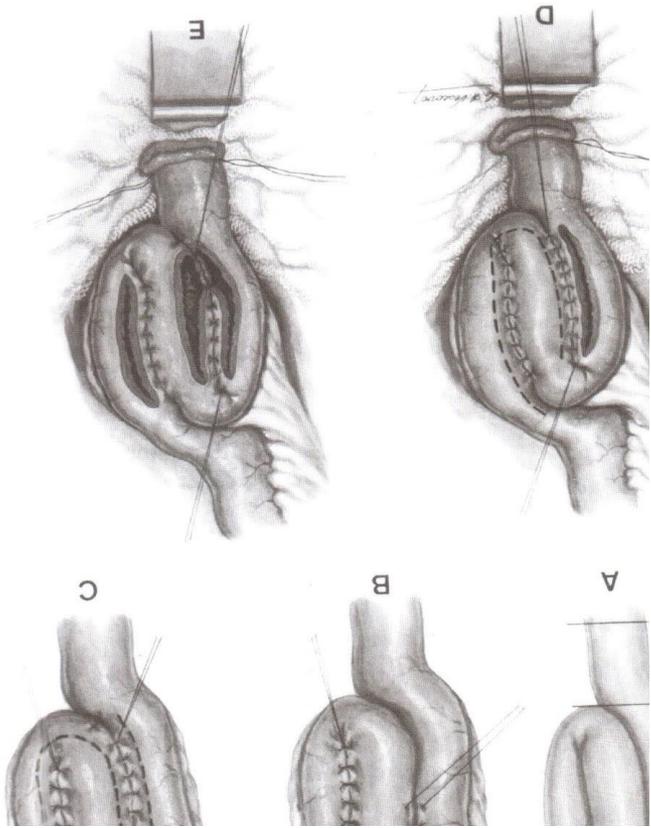
в-образного резервуара хирург, оперирующий
истью оболочку анарктальной области от абу-
необходимо пользоваться самоудерживающим
Lon Star или Gelri.
ласти вяжется утомительной, трудоемкой про-
место при неспецифическом язвенном колите
кать слизистую оболочку необходимо по окру-
а иссечения в слизистой оболочке не должна

ивн.



Другие виды анастомозов: S-образный

новителная колпроктэктомия. Формирование S-образного резервуара (Parks; 70).
преза подвздошной кишки сформированы три складки в виде буквы S. Parks использовал
5 см. В настоящее время оптимальными считаются складки длиной по 10–11 см каждая. Три
и Parks оставили выходной сегмент длиной 5 см, как показано на рис. А. В настоящее время
лмента обычно составляет 2 см для предотвращения задержки содержимого в резервуаре и
к катеризации.
ю-мышечные швы, соединяющие складки и (С) пунктирной линией показано место расще-
о в подвздошной кишке, составляющих резервуар.
ами соединяют стенки ветвей подвздошной кишки по всей их толщине. Можно также форми-
еprежным швом или с помощью сшивающего аппарата.



Джон Кеннеди, 35-й президент США

Эрнест Орландо Лоуренс американский физик, создатель первого циклотрона, Нобелевская премия 1939. Принимал участие в создании атомной бомбы.



Список литературы

- **Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей /** Под редакцией Федорова В. Д., Воробьева Г. И., Ривкина В. Л. — М.: ГНЦ проктологии, 1994.
- **Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита и болезни Крона,** Г.Е. Полунин,и др., Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Гастроэнтерология (407), 2012
- **Master Medicine: Surgery, 3e** (3rd Edition)by Michael Lavelle-Jones, John Dent
- **Operative Strategies in Inflammatory Bowel Disease,** Eds., F. Michelassi and J. Milsom, New York: Springer-Verlag, 1999
- **Атлас абдоминальной хирургии - Э. Итала –** Практическое пособие. 3й том. 2006
- **Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen?,** Heitland W. Chirurgische // Der Internist (Berl). – 2002. –Band 43. –S.1412-1418
- **Лучевая диагностика: учебник: Т. 1 /** под ред. проф. Г.Е. Труфанова. - 2011. - 416 с.: