



2016

*Лекция “ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ”*

## ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ:

- 1 – Актуальность проблемы
- 2 – Анатомо–физиологические особенности ободочной кишки
- 3 – Клинические проявления заболеваний ободочной кишки
- 4 – Полное проктологическое исследование
- 5 – Колиты
- 6 – Дивертикулез толстой кишки
- 7 – Доброкачественные опухоли ободочной кишки
- 8 – Карциноиды ободочной кишки
- 9 - Долихоколон. Долихосигма. Мегаколон.
- 10 - Псевдомембранозный колит
- 11– Недостаточность баугиниевой заслонки

## РАЗДЕЛЫ:

- Актуальность
- Определение
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечебная тактика
- Исходы

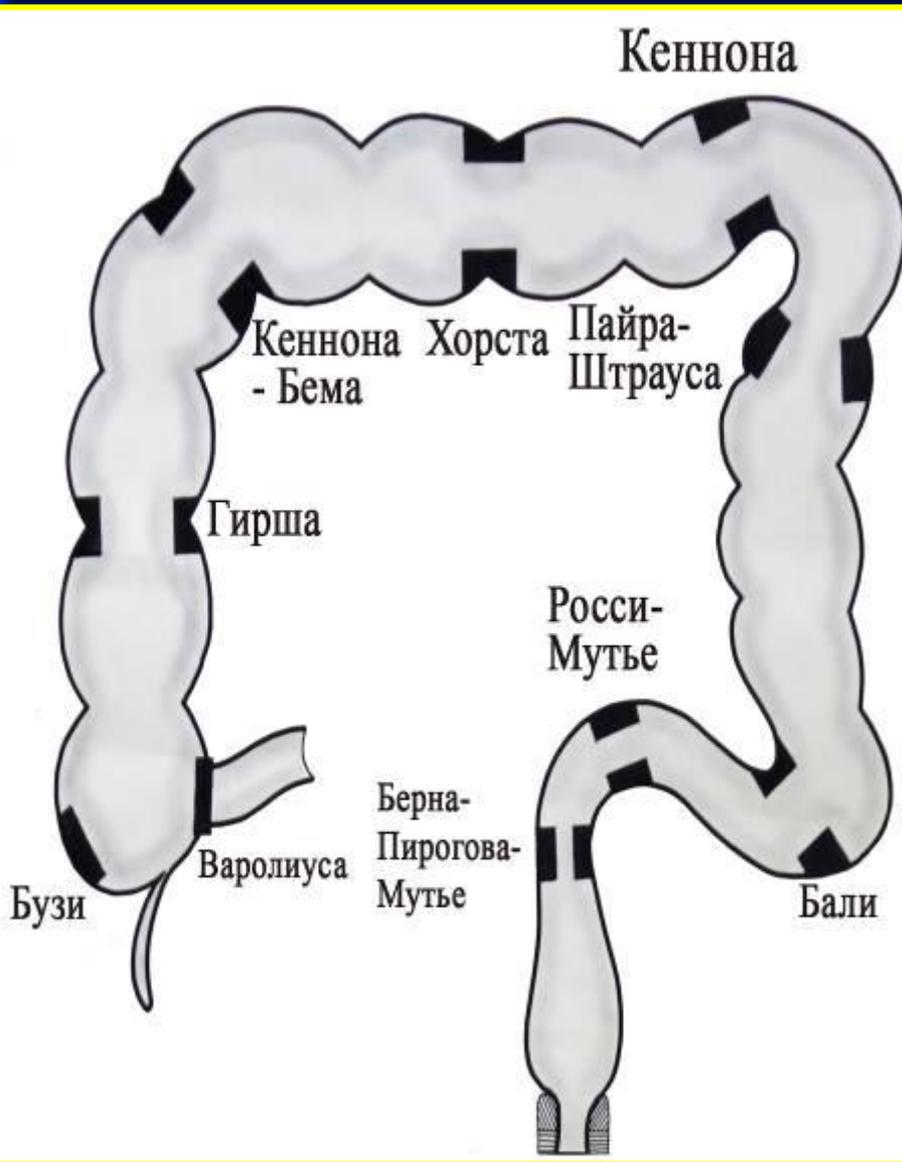
# Актуальность проблемы

«КОЛОПРОКТОЛОГИЯ» изучает патологию ободочной и прямой кишки.

АКТУАЛЬНОСТЬ – значительный рост распространенности заболеваний толстой кишки за последние десятилетия, особенно, в индустриально развитых странах мира, в том числе и России. Болезни толстой кишки приобретают все большее социальное значение, так как стали частой причиной длительной нетрудоспособности и инвалидизации населения как пожилого, так и зрелого возрастов. При этом известно, что своевременное лечение неопухолевых заболеваний одновременно является и основным методом профилактики рака толстой кишки.

В России большой вклад в развитие колопроктологии внесли А.Н. Рыжих (Москва), А.М.Аминев (Куйбышев). В 1978 году открыт Московский НИИ проктологии.

## Анатомо – физиологические особенности ободочной кишки



Толстая кишка – дистальный отдел пищеварительной трубки, который начинается от илеоцекального отдела (Баугиниевой заслонки) и заканчивается наружным отверстием заднепроходного канала. Общая длина ее – 1,75 – 2 м. Различают два отдела: ободочная кишка – 1,5 – 1,75 м, прямая кишка – 15 – 20 см. Поперечные размеры отделов кишки, расположенных выше сигмовидной кишки 5,5 – 6 см, а самой сигмовидной кишки 3,5 – 4 см. Отделы ободочной кишки: слепая, восходящая, правый изгиб (печеночный угол), поперечная ободочная кишка, левый изгиб (селезеночный угол), нисходящая, сигмовидная кишка.

# Функции толстой кишки.

1. Абсорбция
2. Секреция
3. Эвакуация остатков пищи из организма.

# 1. Абсорбция.

Поступает из тонкой кишки от 1 до 2л химуса, а с калом выделяется до 200 мл жидкости. В ТК всасываются глюкоза, жирные кислоты, аминокислоты, моносахариды, каротиноиды, все жирорастворимые витамины, спирт, соли кальция, калия, натрия, магния и др.

## 2. Секреция.

Железами ободочной кишки вырабатывается сок (в 6-7 раз меньше, чем тонкой кишкой), в котором много слизи, ферментов (щелочная фосфатаза, пептидаза, липаза и амилаза - мало). Стенкой ТК вместе с кишечным соком выделяются жирные кислоты, холестерин, соли тяжелых металлов.

Кишечная микрофлора играет важную роль в работе ТК. При микробиологическом исследовании кала существует норма качественного и количественного содержания бактерий. Микроорганизмы поддерживают рН содержимого на уровне 7,2-7,4. при изменении рН развивается дисбактериоз.

## Роль микрофлоры в работе ТК:

- Синтез витаминов (группы В,С,К);
- Защитная функция (способна подавлять жизнедеятельность патогенных и гнилостных организмов);
- Поддержание иммунореактивности организма (бифидо- и ацидофильные бактерии, способные адсорбировать из просвета ТК микроэлементы: цинк, железо, медь, селен).

# 3. Эвакуационная функция ТК.

В ТК различаются 4 типа движения:

**Сегментирующие** сокращения представляют собой локальные сокращения циркулярных мышечных волокон с уменьшением диаметра просвета кишки и повышением внутрикишечного давления. Они не являются пропульсивными, не способствуют транзиту содержимого, так как незначительно перемещают его как в проксимальном, так и в дистальном направлениях.

**Перистальтические** движения являются координационными сокращениями циркулярных мышечных волокон, они обладают пропульсивной активностью и способствуют транзиту содержимого.

**Антиперистальтические** движения приводят к ретроградному перемещению химуса и способствуют его лучшему перемешиванию и сгущению.

**Масс-сокращения** обычно возникают достаточно редко – 3-4 раза в сутки, они захватывают большую часть кишки и обеспечивают опорожнение значительных ее участков, передвигая содержимое из правых отделов в левые или из левых в дистальный отдел сигмовидной и прямой кишки.

## 4. Прямая кишка выполняет резервуарную и эвакуационную функцию.

Различают две фазы удержания:

- *кишечная* (обусловлена моторикой ТК);
- *анальное удержание* контролируется корой головного мозга за счет сокращения запирающего аппарата прямой кишки.

Инконтиненция – утрата функции удержания.

# Основные клинические проявления заболеваний ободочной кишки

1

Боли в животе – постоянные или схваткообразные с иррадиацией в поясничную область, редко – в надключичную область. Постоянные боли более характерны для воспалительного процесса, схваткообразные – при сужении просвета.

2

Выделения слизи и гноя – может отмечаться только при дефекации или носит постоянный характер. Примесь слизи и гноя к каловым массам обычно наблюдается при хр. и о. проктосигмоидите, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, ворсинчатых опухолях, раке толстой кишки.

3

Кровотечение – явное или в виде примеси к испражнениям. Чем проксимальнее расположен источник кровотечения, тем однороднее примесь крови к каловым массам и тем темнее ее цвет. Профузные кровотечения редки и чаще при дивертикулезе, реже при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона, злокачественных опухолях.

4

Анемия – носит гипохромный характер, чаще при поражении опухолями правых отделов ободочной кишки

5

Запор – задержка стула от нескольких дней и недель как симптом функциональных, так и органических поражений. Если функциональный запор, то выделяют атонический и спастический запоры, которые протекают с менее или более выраженным болевым синдромом. При органических сужениях толстой кишки – запор предшествует боли и является одним из симптомов частичной кишечной непроходимости.

- 6 Непроходимость толстой кишки – симптом нарушения пассажа содержимого по толстой кишке. Формируется частичная или полная кишечная непроходимость
- 7 Вздутие живота – возможно при запоре, а также при врожденной или приобретенной ферментативной недостаточности, дисбактериозе
- 8 Диарея – симптом ряда неинфекционных заболеваний толстой кишки (колиты, диффузный семейный полипоз)
- 9 Тенезмы – частые ложные позывы к дефекации, изнуряющие больных, могут сопровождаться мацерацией, трещинами, эрозиями перианальной кожи и анального канала. Это ответ на воспаление сенсорной зоны слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки

### Критерии синдрома раздраженного кишечника (А.Н.Окороков, 1999):

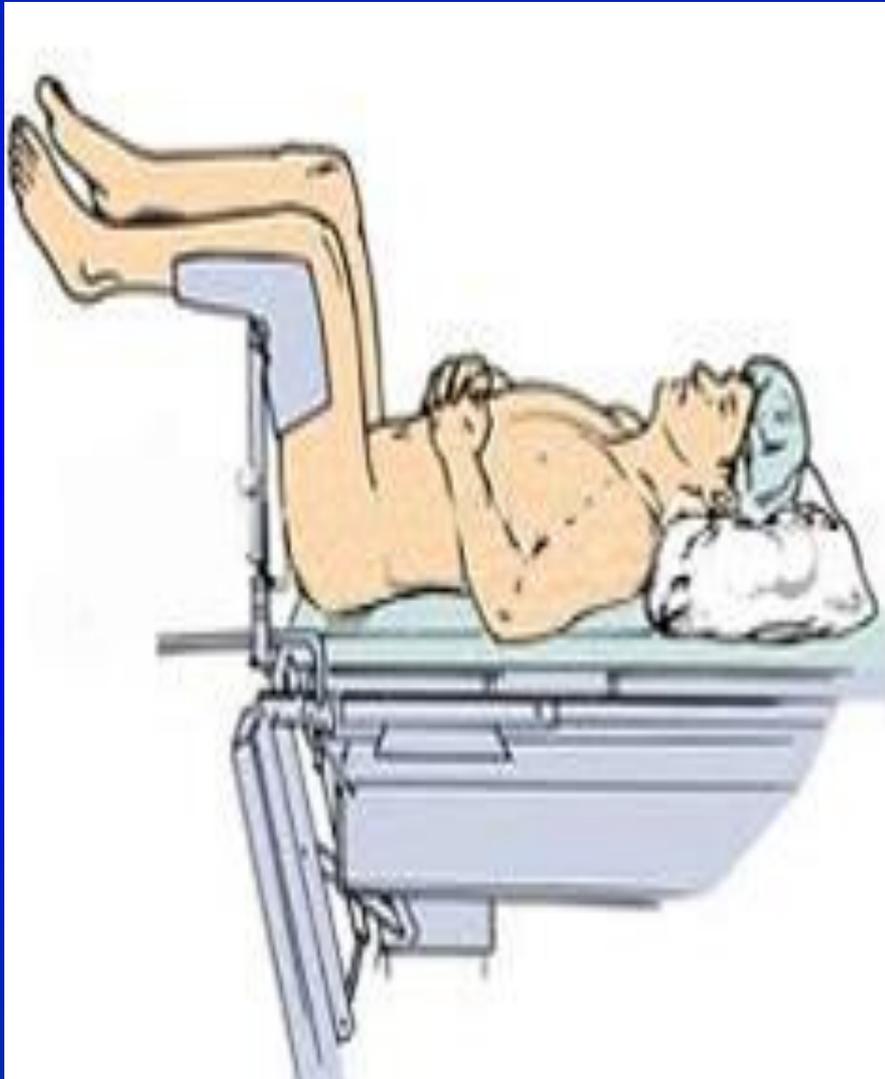
- боль или дискомфорт в животе (боли уменьшаются после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула)
- изменение частоты стула (1 и более 3 раз в день или меньше 3 раз в неделю)
- изменение формы стула
- нарушение пассажа стула (напряжение, императивные позывы, ощущение неполного опорожнения кишечника)
- выделение слизи
- вздутие живота

# Колопроктологическое исследование

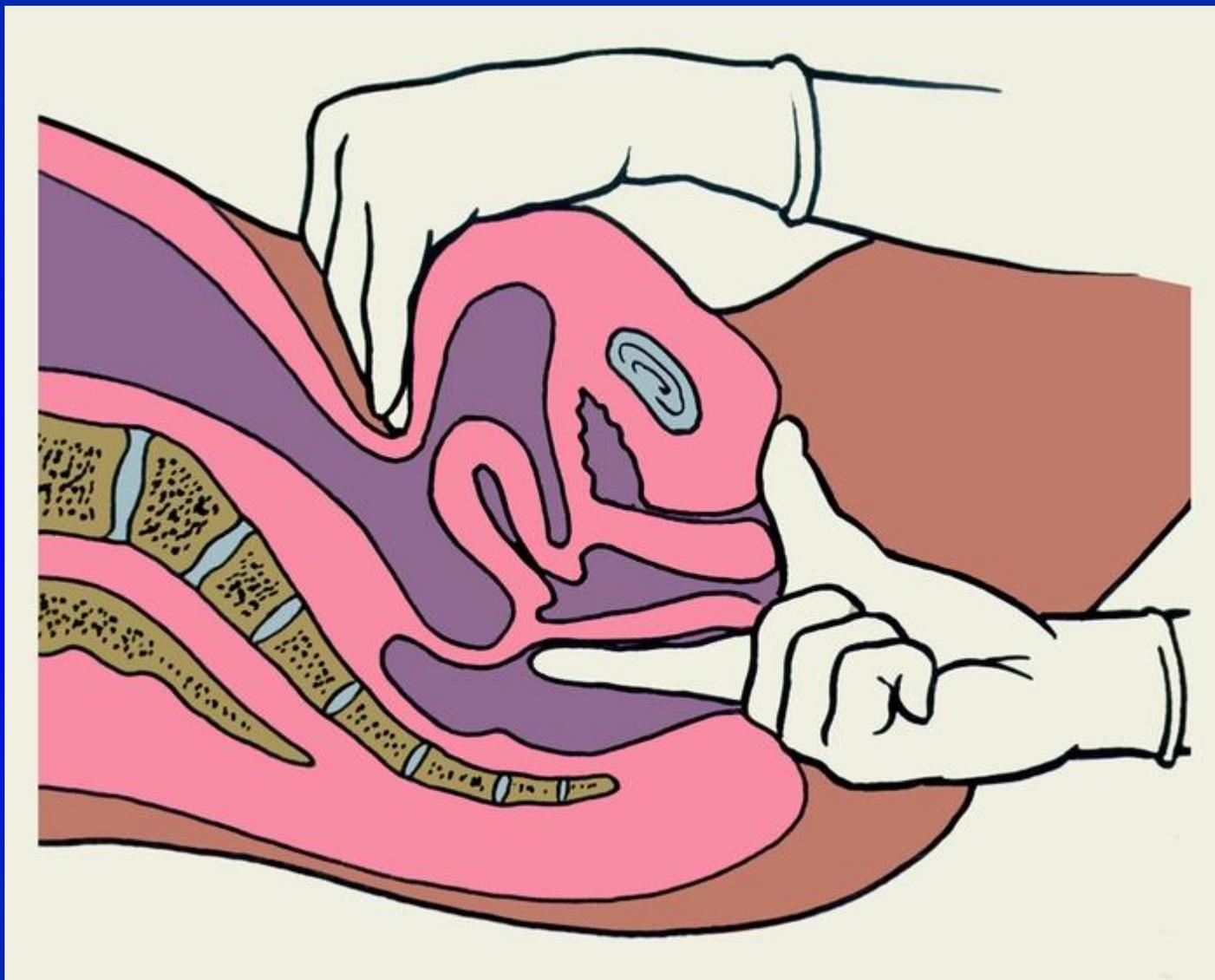
---

- 1** Стандартное положение для исследования проктологического больного – литотомическое
- 2** Внешний осмотр
- 3** Пальцевое исследование прямой кишки
- 4** Исследование на ректальных зеркалах
- 5** Ректороманоскопия (предложена в 1897 году С.П.Федоровым)
- 6** Ирригоскопия
- 7** Фиброколоноскопия (ФКС)
- 8** Биопсия и цитология

**Стандартное положение для исследования колопроктологического больного – литотомическое**



## Пальцевое исследование прямой кишки



**Ректороманоскопия (предложена в 1897 году С.П. Федоровым)**



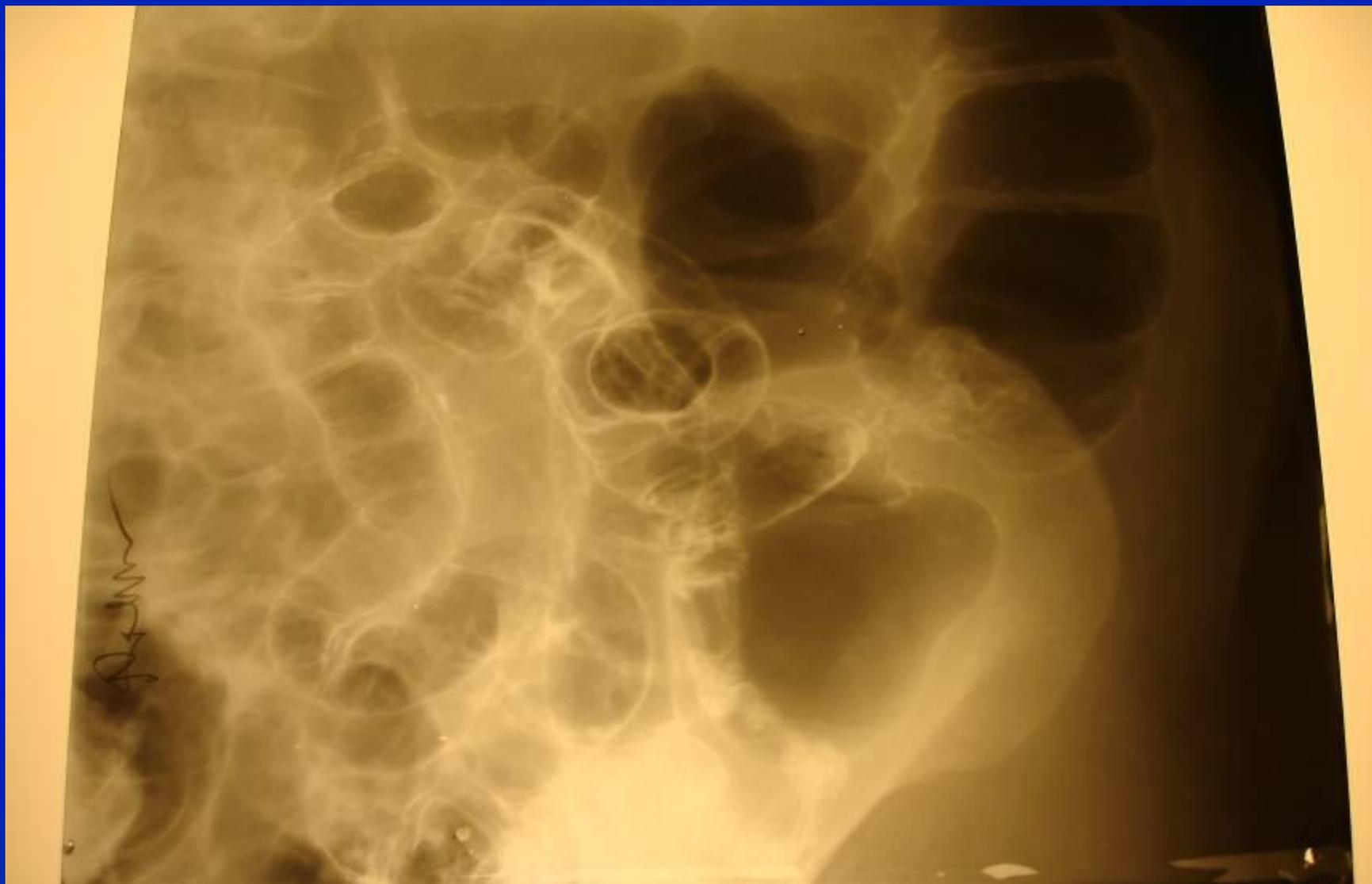
# Ирригоскопия ( 1 фаза – тугое наполнение)



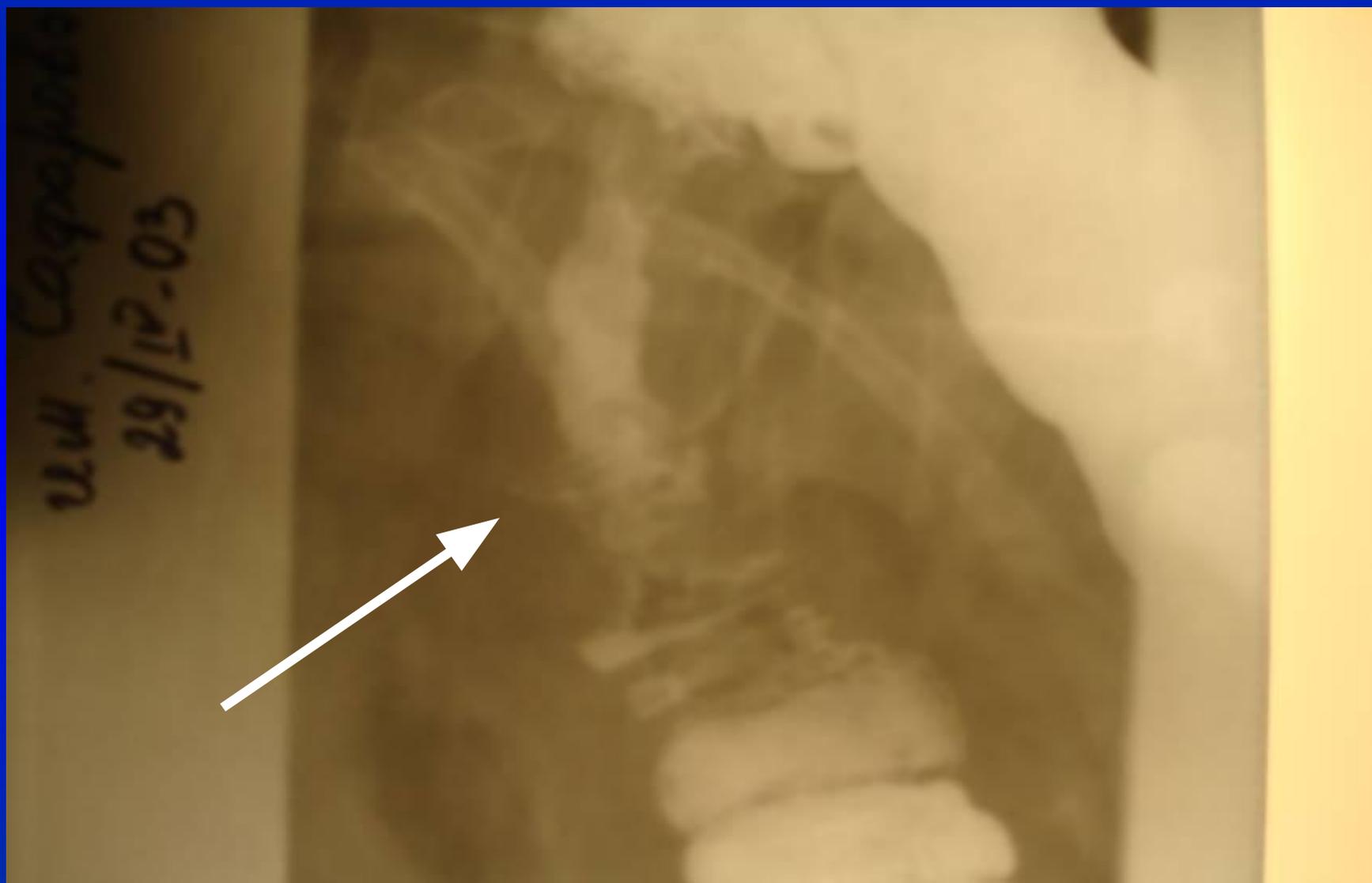
# Ирригоскопия (2 фаза – опорожнения)



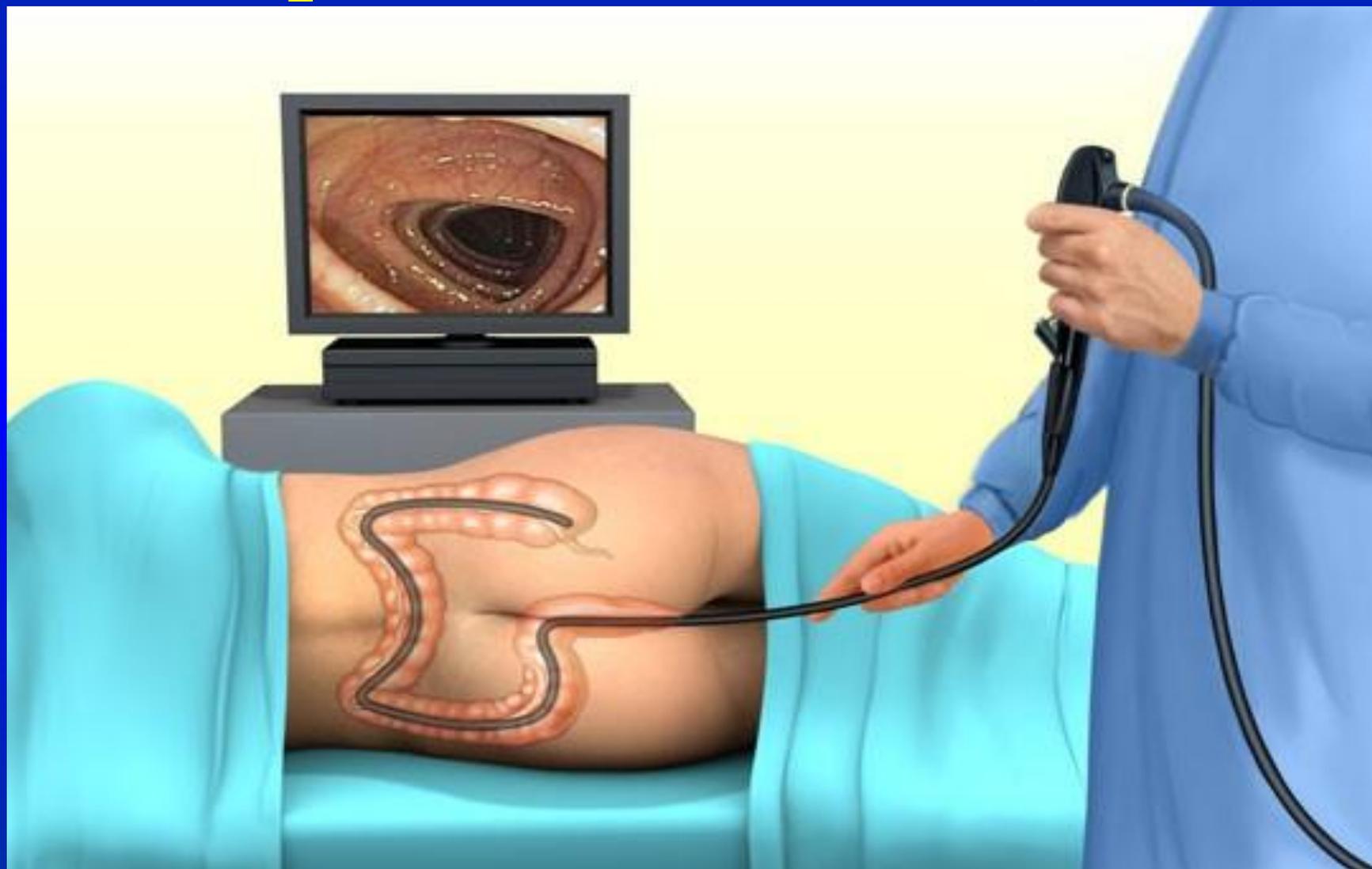
# Ирригоскопия (3 фаза – двойного контрастирования)



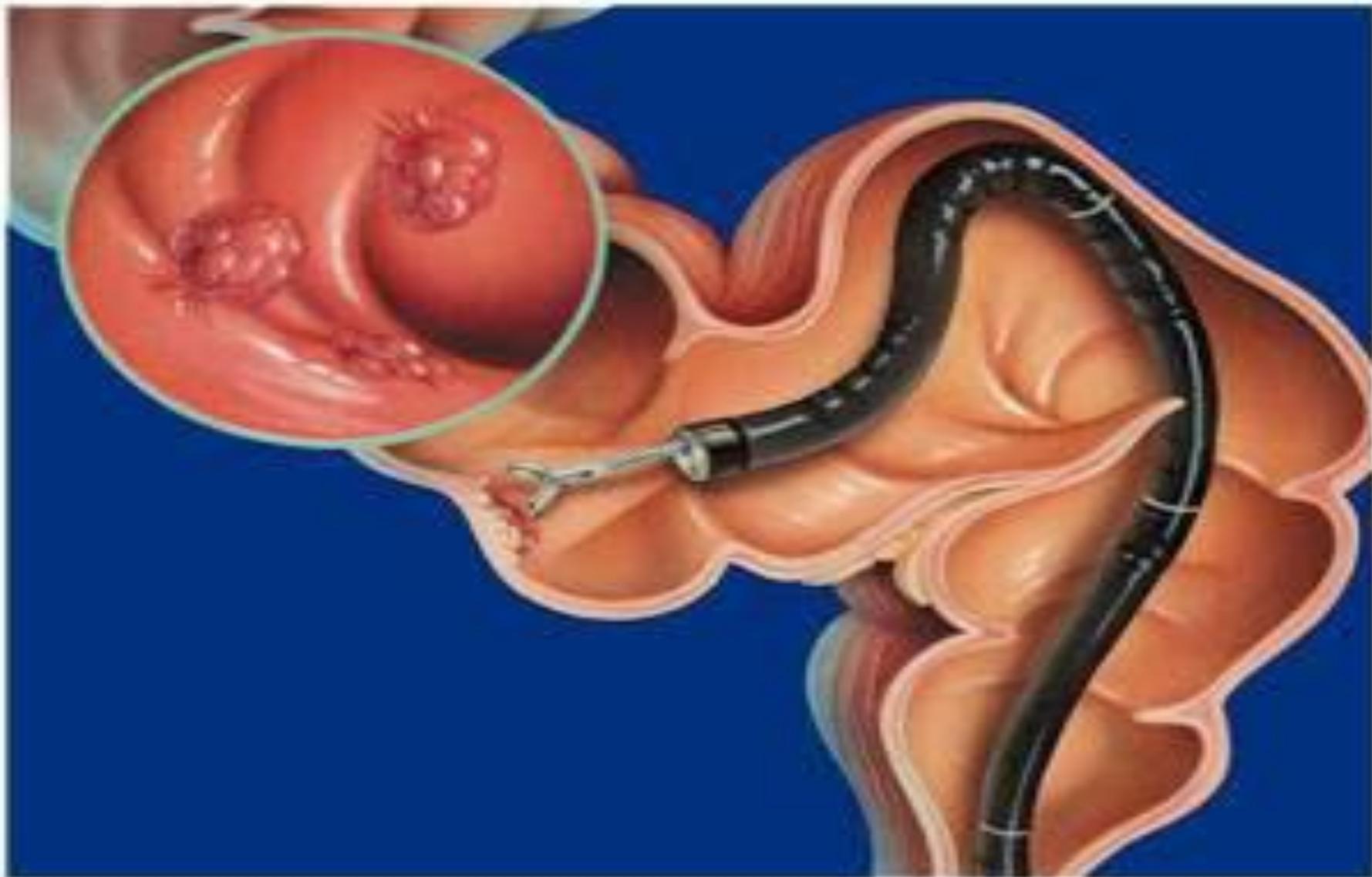
# Ирригоскопия – опухоль печеночного угла ободочной кишки



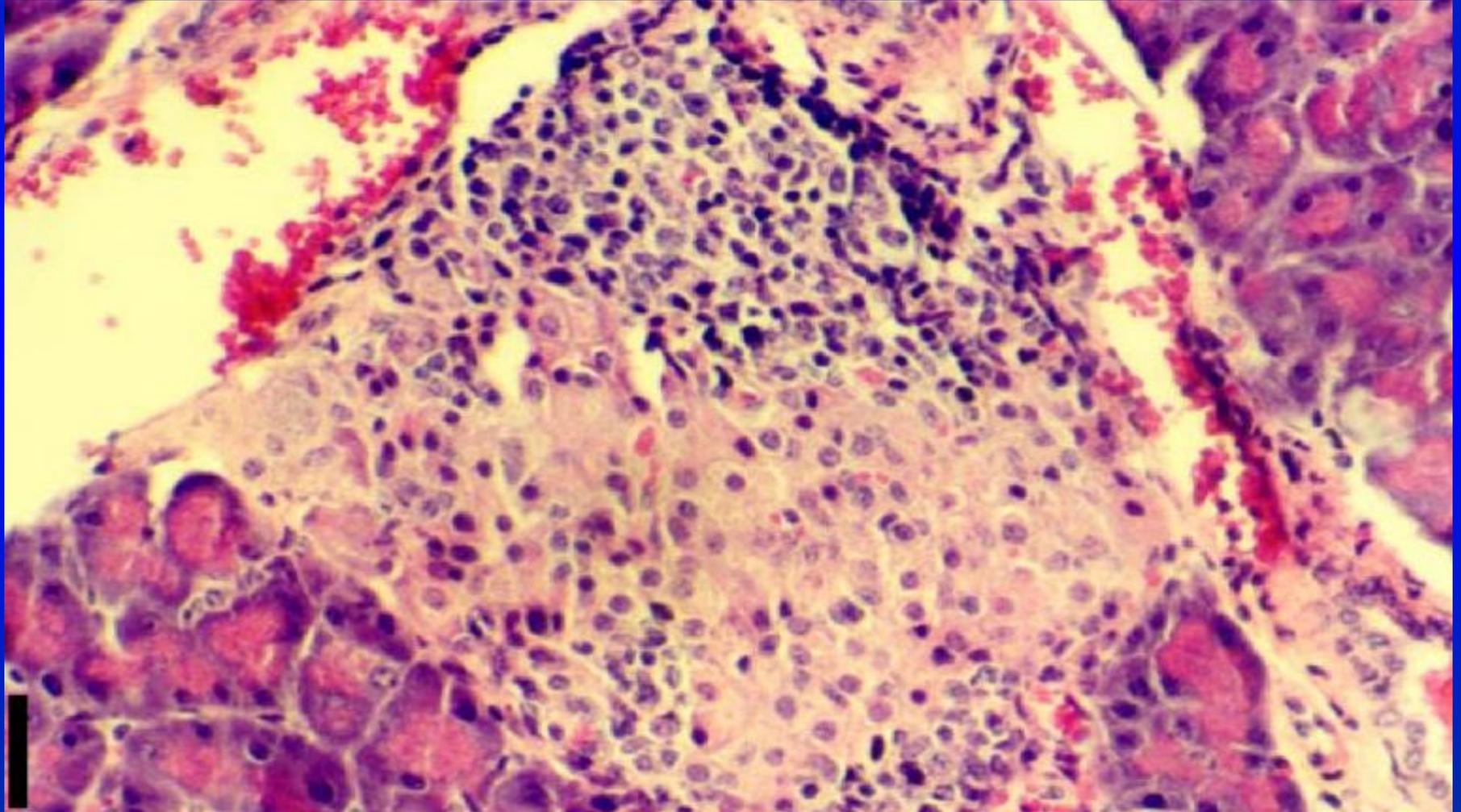
# Фиброколоноскопия (ФКС)



# Биопсия



# Патогистология.



# Классификация колитов (часть I)

## I По характеру течения

- 1) Острый
- 2) Хронический

## I По этиологии

### 1. Причинно-обусловленные

#### А. Первичные

- а) Инфекционные
- б) Паразитарные
- в) Токсические
- г) Аллергические

#### Б. Вторичные

### 2. Неспецифические

- А Неспецифический язвенный  
Б Гранулематозный (б. Крона)  
В Ишемический

### 3. Функциональные поражения толстой кишки

- А Синдром раздраженной толстой кишки  
Б Спастический запор  
В Атонический запор  
Г Функциональная диарея

## I По распространенности поражения

1. Тотальный
2. Правосторонний
3. Левосторонний
4. Проктит, проктосигмоидит

## V По характеру морфологических изменений

1. Катаральный
2. Эрозивный
3. Язвенный
4. Атрофический
5. Смешанный

## V По тяжести заболевания

1. Легкая форма
2. Среднетяжелая форма
3. Тяжелая форма

# Классификация колитов (часть II)



## По стадии заболевания

1. Обострение
2. Ремиссия
  - а) частичная;
  - в) полная



## По характеру течения

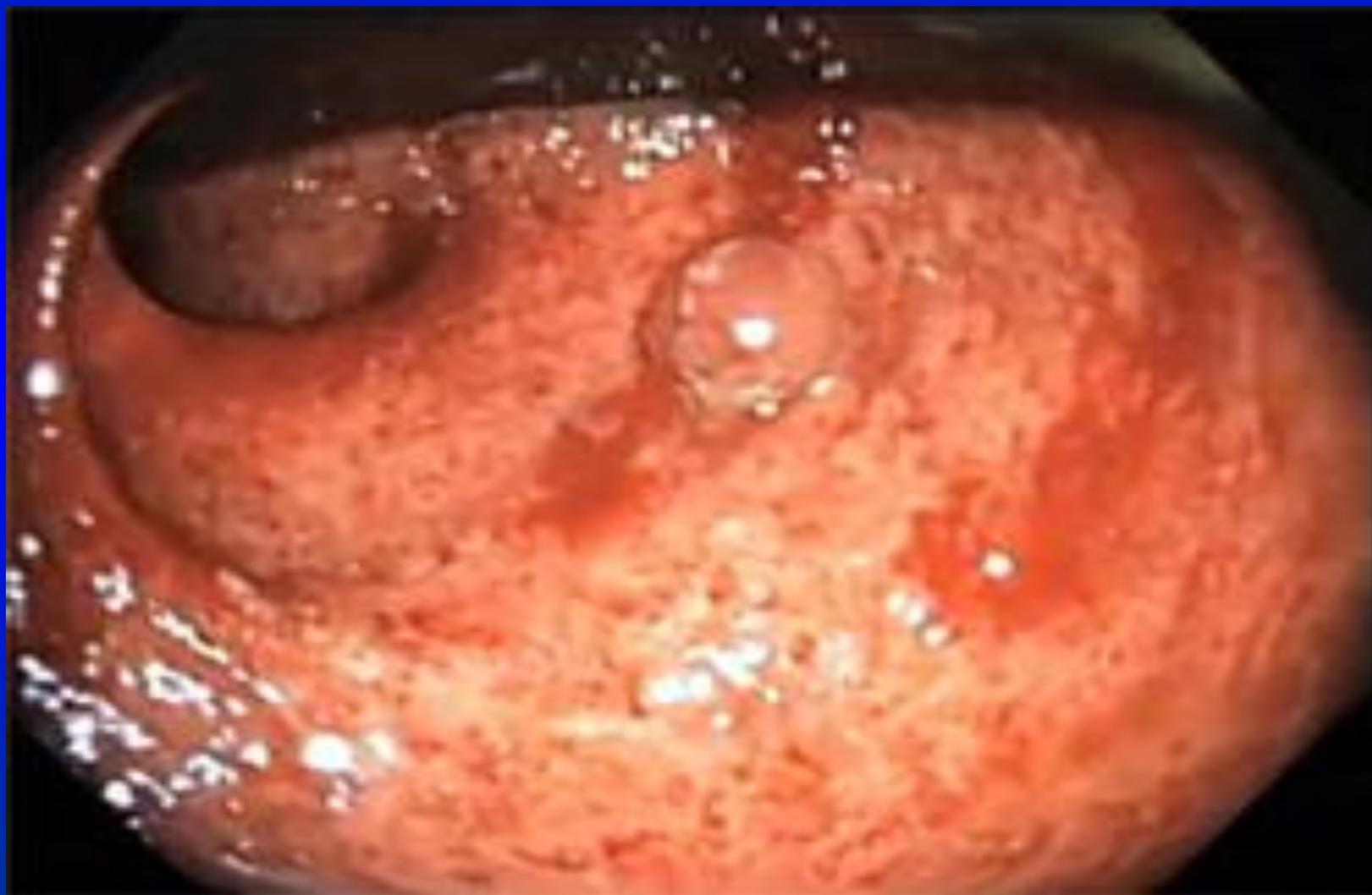
1. Рецидивирующий
  - А Ремиттирующий
  - Б Интермиттирующий
  - В С регулярным обострением
2. Хронический непрерывный



## По развитию заболевания

1. Прогрессирующий тип
2. Регрессирующий тип
3. Стационарный тип

# Неспецифический язвенный колит



# Неспецифический язвенный КОЛИТ

хроническое рецидивирующее заболевание ТК неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений.

# Неспецифический язвенный колит

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – наиболее распространен в Скандинавских странах, Германии, странах Восточной Европы. Частота среди населения 1 : 10 000. В России 7 больных на 1 тысячу госпитализированных.

Впервые НЯК описал в 1842 году К. Рокитанский. Официальный термин введен в 1913 году А.С. Казаченко.

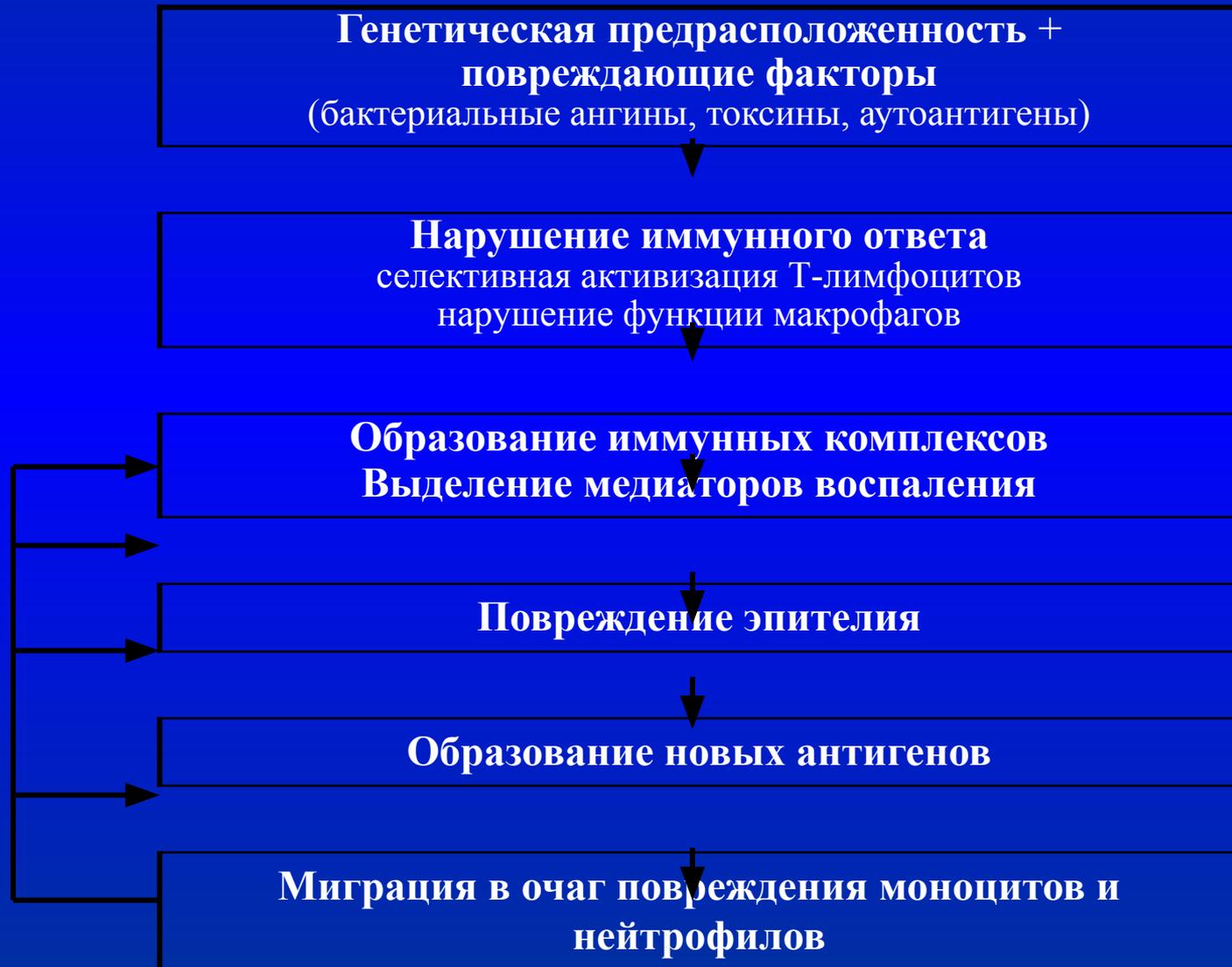
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ — заболевание полиэтиологично. Теории: инфекционная, ферментативная, алиментарная, сосудистая, неврогенная. Более привлекательная аутоиммунная теория.

Выделяют предрасполагающие факторы:

- стрессовые ситуации
- поражения вегетативной нервной системы
- нарушение биоценоза
- ферментативные сдвиги в кишечнике
- изменения реактивности слизистой оболочки толстой кишки
- дисбактериоз

# Этиология.

## Патогенез ВЗК.



## Патологоанатомическая характеристика НЯК

- 1 – начинается НЯК с поражения прямой кишки и распространяется в проксимальном направлении, возможно тотальное поражение
- 2 – НЯК всегда начинается со слизистой оболочки: гиперемия, отек, мелкие язвы, эрозии, сливающиеся иногда в обширные язвенные поля. Важно знать, что язва может поражать все стенки кишки вплоть до перфорации. Обнаруживаются псевдополипы – разрастания грануляционной ткани у края язвы – улавливаются при ирригоскопии, колоноскопии
- 3 – поражение носит диффузный характер
- 4 – одновременно с деструкцией слизистой оболочки наблюдаются дистрофические изменения ганглиозных клеток стенки кишки

# Классификация НЯК

---

## I По стадии заболевания:

- Молниеносная
  - Острая
  - Хроническая (непрерывная)
  - Хроническая (рецидивирующая)
- 

## II По степени тяжести:

- Легкая (прямая и сигмовидная кишка, дефекация до 4 раз в сутки)
- Средняя (дефекация до 4 – 6 раз в сутки)
- Тяжелая (дефекация более 6 раз в сутки;  
температура выше 38°C;  
анемия и т.п)

## II по локализации

1 Проктит

2 Левосторонний

3 Тотальный

## I V Специфические осложнения:

- Артриты
- Дерматит
- Сепсис
- Флебит
- Нейродермит
- Конъюнктивит
- Сакроилеит

## V Хирургические осложнения:

- Свищи
- Перфорация
- Кровотечения
- Стриктуры
- Анальные трещины
- Токсический мегаколон
- Рак толстой кишки

# Клиника НЯК

## Клиника зависит от формы НЯК

1 – острая и молниеносная формы – самые тяжелые, поражение носит тотальный характер. Частота: острая – 16%, молниеносная – 5 - 10%. Заболевание разворачивается бурно: изнуряющие поносы с кровью и гноем, глубокая интоксикация, тошнота, рвота, заторможенность вплоть до сумеречного сознания, температура до 39 гр., одышка, акроцианоз, тахикардия, гиповолемия, гипотония.

Местно – отек стенок заднепроходного канал, обострение геморроя, образование трещин, свищей, развитие острой токсической дилатации, перфорация кишки, со стороны кожи и слизистой – пиодермия, стоматиты, уевиты, поражение суставов

2 – хронический рецидивирующий НЯК – характеризуется периодами обострения и ремиссий до 6 месяцев. Рецидив протекает как острая форма НЯК

3 – хронический непрерывный НЯК – намного тяжелее, чем рецидивирующий. При нем на фоне постоянных признаков текущего процесса, характеризующихся в основном учащенным жидким стулом с небольшой примесью крови до 6 – 10 раз в сутки, отмечаются периоды ухудшения. Длится годами.

# ДИАГНОСТИКА

–полное проктологическое обследование.

Дифференцировать: болезнь Крона, ишемический колит, геморрой, псевдомембранозный колит, амёбная дизентерия, аллергический колит, рак толстой кишки.

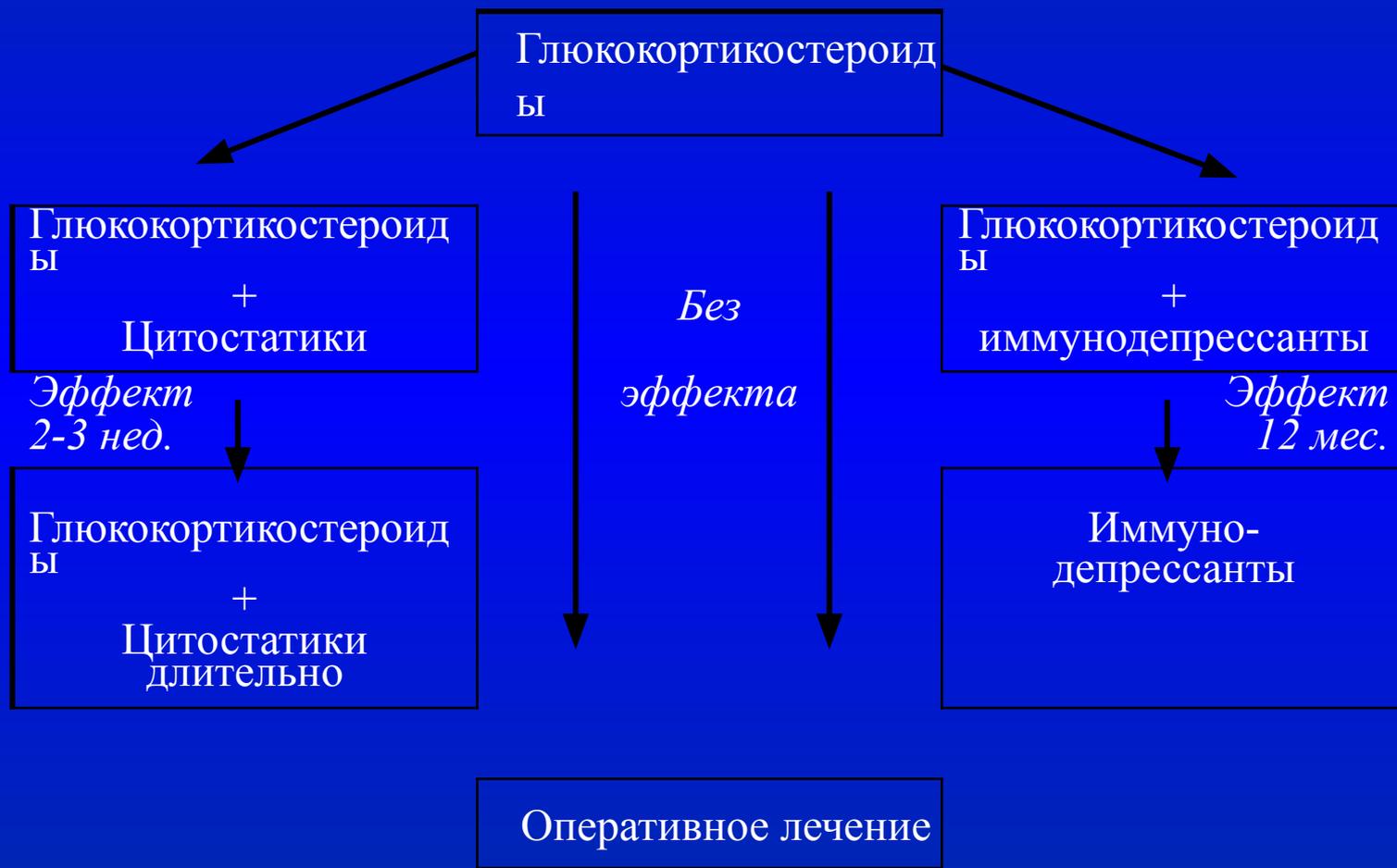
# Дифференциальная диагностика ишемической болезни толстой кишки, язвенного колита и болезни Крона.

Признак	Ишемическая болезнь ТК	Язвенный колит	Болезнь Крона
Начало	острое	Часто постепенное	Постепенное
Возраст 50 лет и старше	80%	Менее 10%	Менее 5%
Кровотечение из прямой кишки	Единичные	Регулярные	Нехарактерны
Формирование стриктуры	Характерно	Нехарактерно	Характерно
Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы	Характерны	Редки	Редки
Течение заболевания	Быстро меняющееся	Хроническое, реже острое	Хроническое
Сегментарность поражения	Характерна	Нехарактерна	Характерна
Характерная локализация	Селезеночный изгиб, нисходящая, сигмовидная, поперечно-ободочная кишка	Прямая кишка, в ряде случаев поражение более проксимальных сегментов ТК	Терминальный илеит, правая половина ТК, тотальный колит
«Пальцевые вдавливания» на рентгенограммах	Характерны	Очень редки	Нехарактерны
Гистологическая картина	Макрофаги, содержащие гемосидерин	Крипт-абцессы	Саркоидные гранулемы

# Лечение ЯК.Базисная терапия.

Распространенность поражения	Тяжелая форма	Среднетяжелая форма	Легкая форма
Тотальное поражение	Преднизолон в/в 120 мг/сут или гидрокортизон в/м 500мг/сут (по 125 мг 4 раза в сутки) в теч. 5-7 дней, затем преднизолон 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки перорально. При резистентности циклоспорин 2-4 мг/кг в/в	Гидрокортизон в/м 250-375 мг/сут (по 125 мг 2-3 раза в сутки) или преднизолон 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки перорально. При резистентности азатиоприн 2-2,5 мг/кг или 6-меркаптопурин 1-1,5 мг/кг	Месалазин (салофальк)1,5-2 г/сут (в упорных случаях 3-4 г) или сульфасалазин 4 г/сут; при отсутствии эффекта преднизолон 0,5-1,0 мг/кг массы тела в сутки
Левостороннее поражение	Гидрокортизон в/м 500 мг/сут (по 125 мг 4 раза в сутки) в течение 5-7 дней или преднизолон 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки	Преднизолон 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки, или месалазин (салофальк) 4 мг/сут перорально, или одновременный прием таблеток и ректальное введение кортикостероидов или месалазина.	Месалазин 2-3 г/сут, или сульфасалазин 4мг/сут + гидрокортизон ректально 65-250 мг/сут, или месалазин ректально 1 г/сут
Дистальное поражение (проктит, проктосигмоидит)	Преднизолон 0,5-1 мг/кг массы тела в сутки	Ректально месалазин 1г/сут в виде суспензии или свечей или гидрокортизон по 125мг 2 раза в сутки. Возможна комбинация месалазина 2-3г перорально с ректальным введением месалазина или гидрокортизона	Ректально месалазин 1г/сут или гидрокортизон по 125 мг 2 раза в сутки. Возможна комбинация месалазина 2-3г перорально с ректальным введением месалазина или гидрокортизона.

# Алгоритм лечебной тактики при НЯК



# Хирургическое лечение НЯК

## Показания к операции:

1 – **абсолютные** – перфорация кишки, острая токсическая дилатация толстой кишки, не купирующаяся в течение 6 – 24 часов, профузные кишечные кровотечения, инфильтраты, стриктуры, вызывающие непроходимость, рак, острые формы без положительного эффекта от консервативной терапии в течение 7 – 10 дней, тяжелая рецидивирующая форма без положительной динамики в течение 3 – 4 недель

2 – **относительные** – хроническое тяжелое течение болезни с многолетним анамнезом ( более 10 лет), без тенденции к нормализации со стороны слизистой оболочки толстой кишки с выраженными клиническими проявлениями.

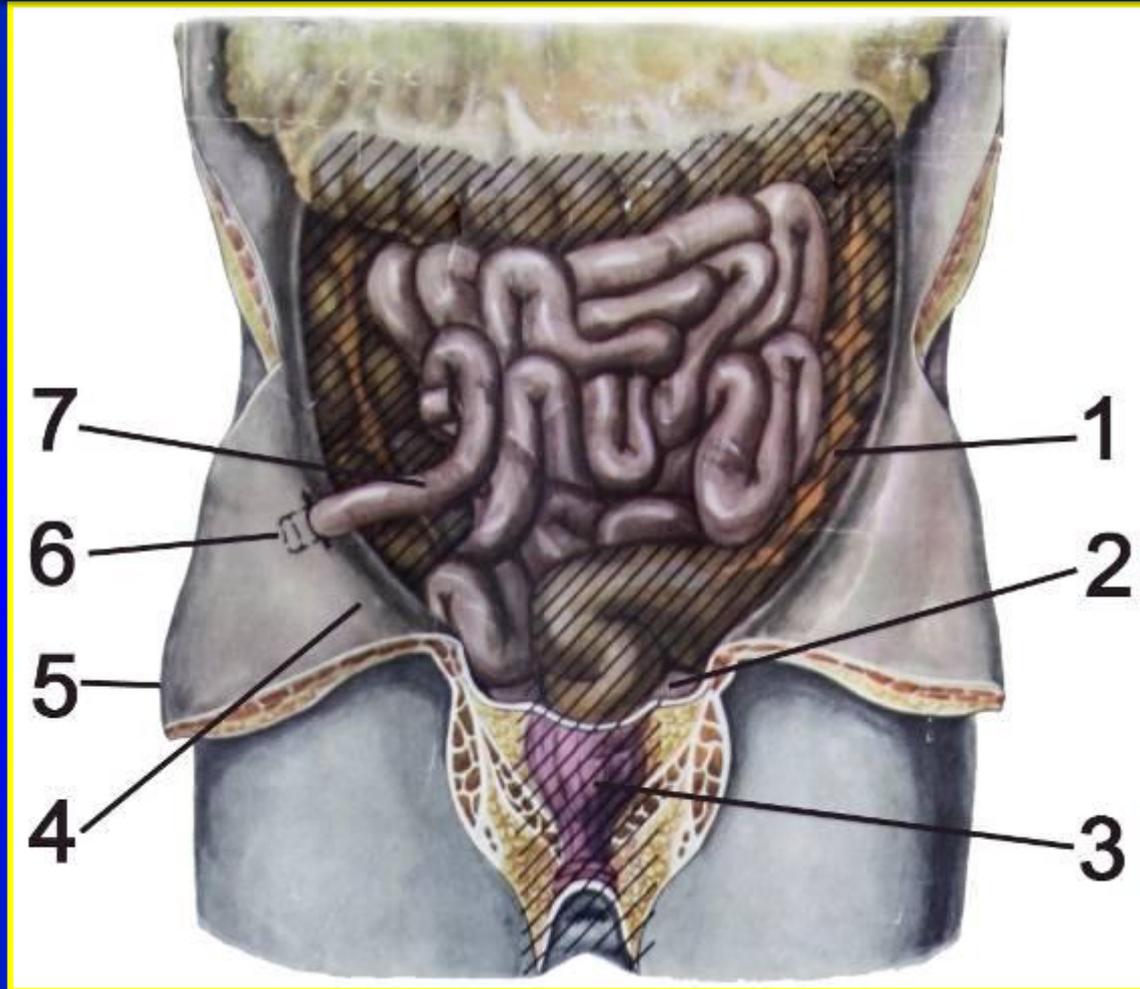
## **3 группы операций при НЯК:**

1 – паллиативные – операции на отключение (илео-колостомы)

2 – радикальные – тотальное удаление ободочной кишки с демуконизацией прямой кишки, колпроктэктомия

3 – реконструктивно- восстановительные ( закрытие колостом с восстановлением пассажа, формирование илеоанального резервуарного анастомоза)

# Колпроктэктомия

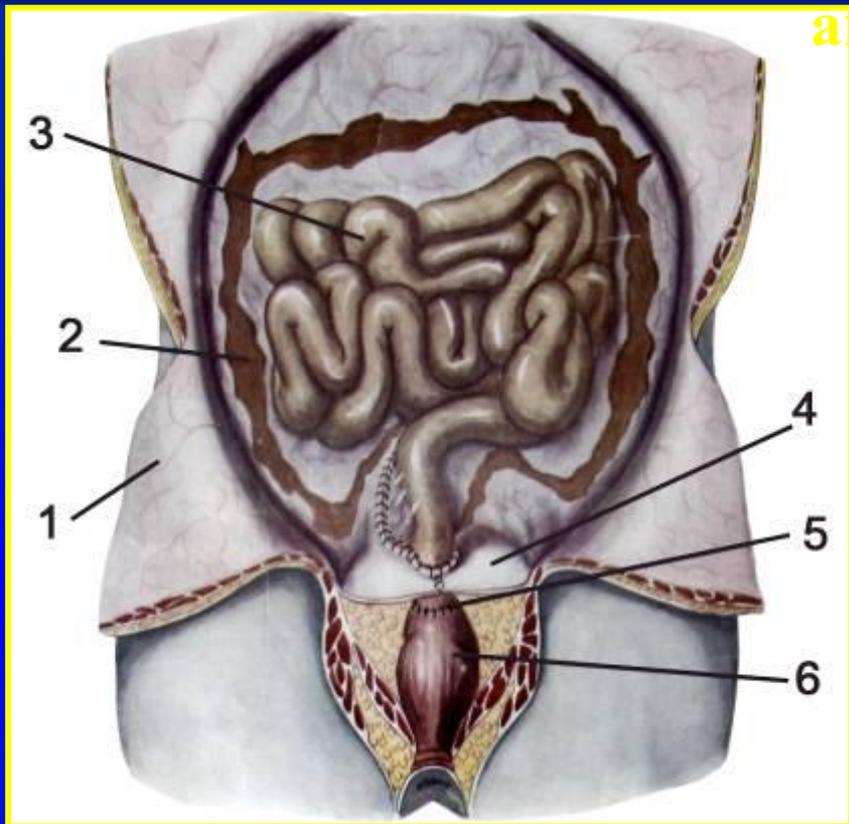


1. Толстая кишка, подлежащая удалению
2. Тазовая брюшина
3. Прямая кишка
4. Pariетальная брюшина

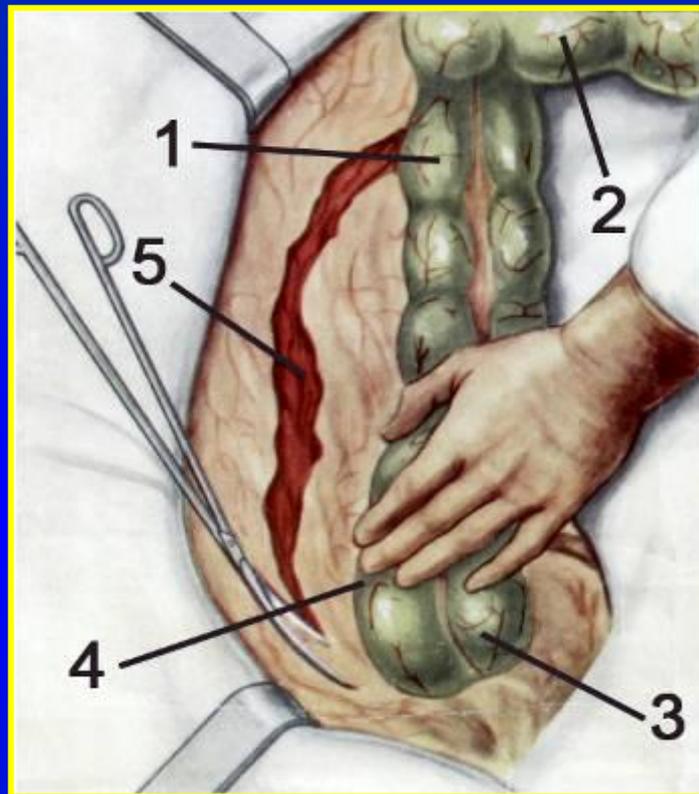
5. Передняя брюшная стенка
6. Илеостома
7. Тонкая кишка

# Субтотальная резекция толстой кишки с илео-ректальным

## анастомозом

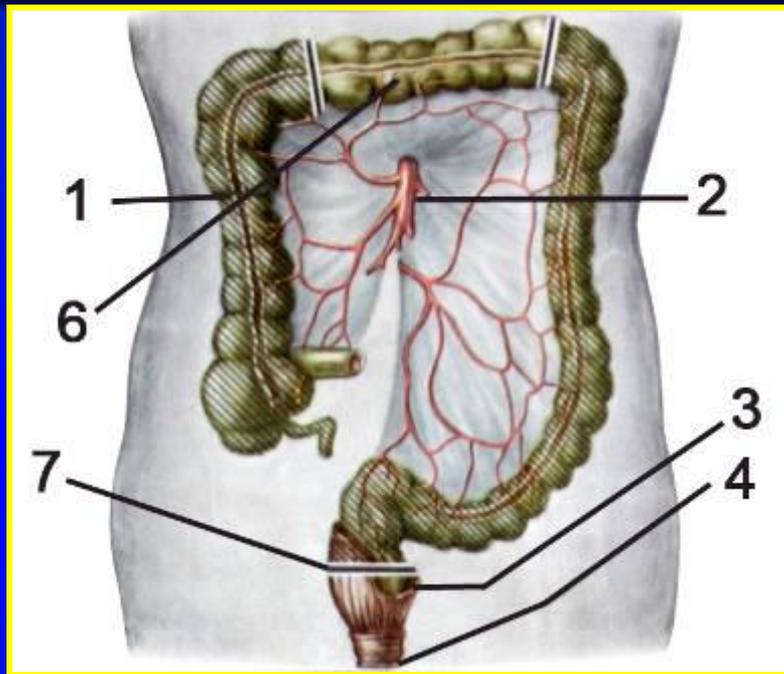


- 1 Передняя брюшная стенка
- 2 Остатки удаленной брыжейки толстой кишки
- 3 Восстановленная тазовая брюшина
- 4 Илео - ректальный анастомоз
- 5 Прямая кишка
- 6



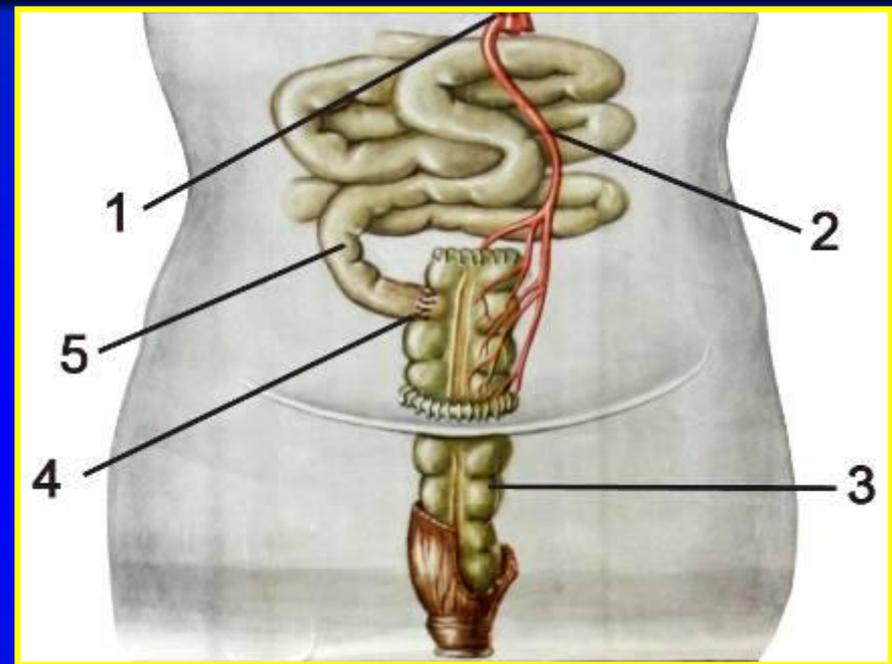
- 1 Восходящая кишка
- 2 Поперечная ободочная кишка
- 3 Слепая кишка
- 4 Купол слепой кишки
- 5 Линия разреза париетальной брюшины в правом боковом канале

## Право- левосторонняя гемиколэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки



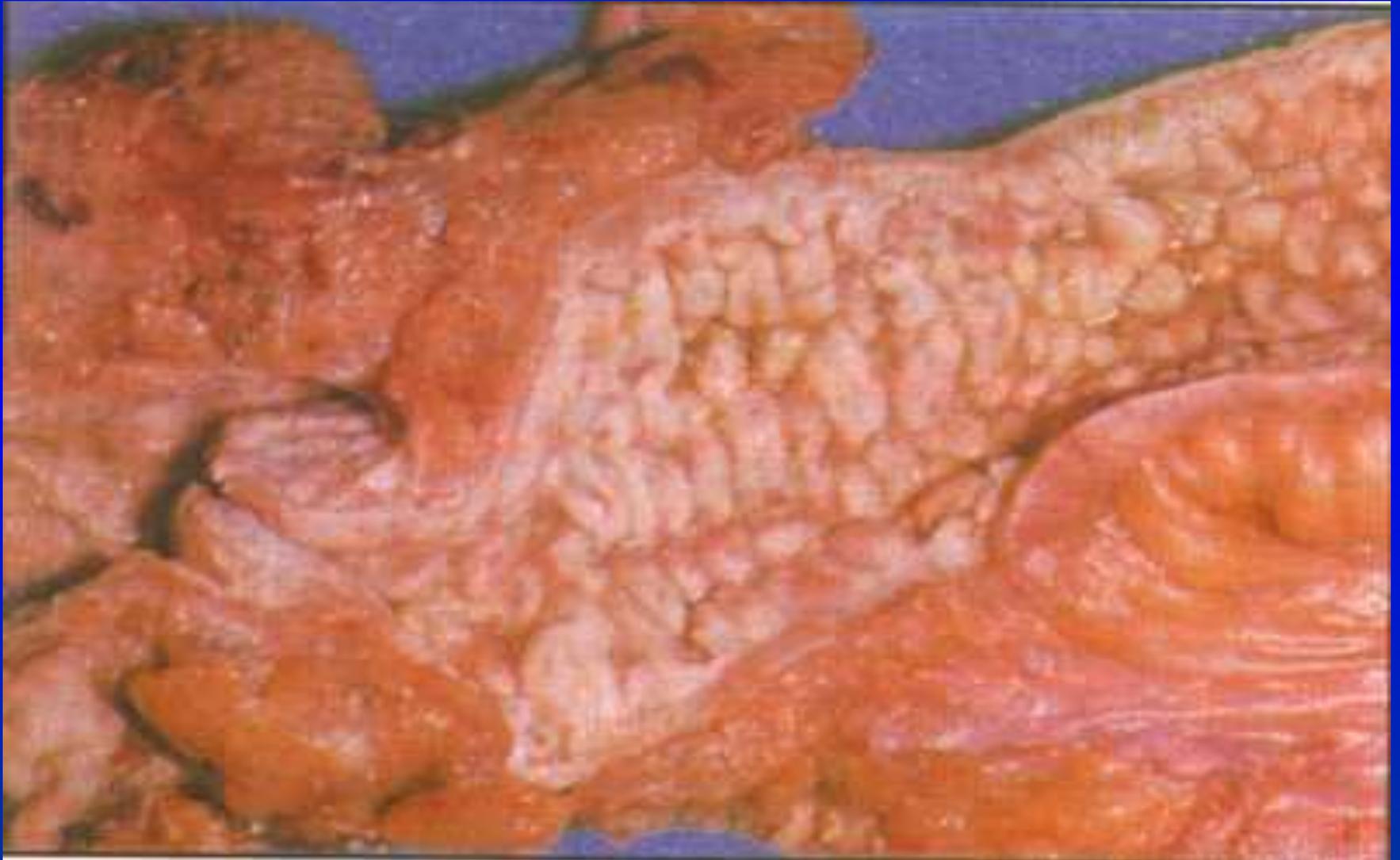
- 1 Сегменты толстой кишки, подлежащие удалению
- 2 Верхняя брыжеечная артерия
- 3 Мышца, поднимающая задний проход
- 4 Культя прямой кишки
- 6 Сохраняемый сегмент толстой кишки
- 7 Линия резекции прямой кишки

## Низведение поперечной ободочной кишки с илеотрансверзоанастомозом



- 1 Верхняя брыжеечная артерия
- 2 Левая ветвь правой толстокишечной артерии
- 3 Низведенный сегмент поперечной кишки
- 4 Илео-трансверзоанастомоз
- 5 Подвздошная кишка

# Болезнь Крона



## Гранулематозный колит (болезнь Крона)

---

Болезнь Крона (БК) - сравнительно недавно стала нозологически очерченной формой. В 1932 году Крон описал его как терминальный илеит. Однако выяснилось, что воспалительный процесс, описанный Кроном, может встречаться во всех отделах ЖКТ.

Встречается реже, чем НЯК, 40 – 60 случаев на 100 000 населения, чаще в Европе, Северной Америке. Женщины болеют несколько чаще мужчин.

**Этиопатогенез** – единой теории нет. Существуют: вирусная, поражение лимфатической системы, травматическая. Более современное понимание патогенеза – триада патогенетических факторов:

- 1 – нервно-психические
- 2 – иммунологические
- 3 – дисбиотические

В качестве триггерных механизмов развития БК можно считать доказанной роль курения (риск развития болезни повышается в 1,8 – 4,2 раза), к ним относят также некоторые жиры, повышенное потребление сахара.

**Патанатомия** – патологический процесс может распространяться от пищевода до ануса, может в виде очага либо в виде множественных, либо носить тотальный характер. В отличие от НЯК воспалительный процесс начинается с подслизистого слоя кишки, поэтому язвы на слизистой не носят сливного характера, не занимают большой поверхности, чаще в виде трещин, щелей, проникая глубоко, порой на всю глубину стенки, в ряде случаев значительно суживается просвет. Язвы-трещины обычно имеют продольную и поперечную направленность, а при взаимном перекрещивании создают картину «булыжной мостовой».

**Микроскопия** – обнаруживаются характерные и патогномоничные гранулемы, содержащие клетки Пирогова-Лангханса. Трудно дифференцировать с саркоидозом и туберкулезом. При БК гранулемы небольших размеров, при саркоидозе – более крупные, при туберкулезе имеют зону казеозного распада в центре.

# Классификация болезни Крона



## Клинические стадии течения:

- 1 – Острая
- 2 - Язвенная (энтерит)
- 3 - Стенозирование (кишечная непроходимость)
- 4 – Инфильтративно-фистулезная



## Клинические формы:

- 1 - Молниеносная
- 2 -Острая
- 3 -Первично-хроническая
- 4 -Хроническая рецидивирующая



## Анатомические формы

- 1 – язвенная
- 2 – склеротическая
- 3 - свищевая

# Клиника болезни Крона

Клиника БК схожа с клиникой НЯК – расстройство стула, кал с примесью крови, боли в животе. Отдифференцировать от других колитов на основании жалоб практически невозможно. Более важные признаки: анальные трещины, свищи прямой кишки, инфильтраты в брюшной полости, наличие различных внутренних свищей (межкишечных, кишечно-пузырных, желудочно–кишечных) и наружных, исходящих из различных участков ЖКТ. В отличие от НЯК течение более торпидное хроническое, редко острое.

Внешние проявления БК: 1 – осложнения, связанные с активностью процесса: артрит, некротизирующая пиодермия, афтозный стоматит, узловая эритема, эписклерит; 2 – осложнения, несвязанные с активностью процесса: сакроилеит, анкилозирующий спондилит; 3 – осложнения, связанные мальабсорбцией вследствие поражения тонкой кишки: нефролитиаз, амилоидоз органов.

ЛЕЧЕНИЕ – 6 направлений: 1 – антибактериальный; 2 – стероидные препараты; 3 – антидиарейные; 4 – трансфузионные среды; 5 – общеукрепляющая терапия; 6 – иммуномодуляторы.

# Хирургическое лечение .

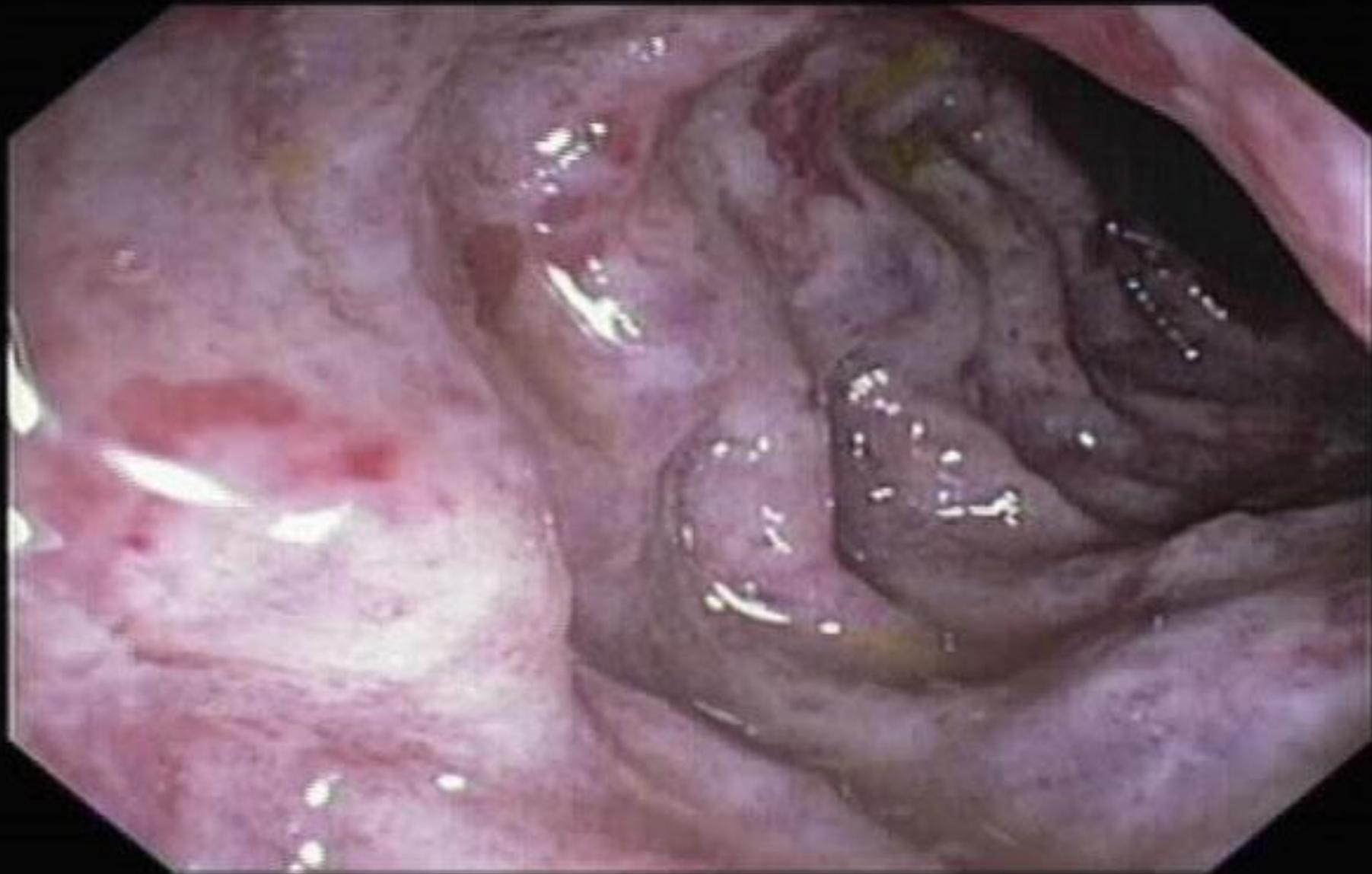
- резекция пораженного отдела или стриктурапластика (БК тонкой кишки);
- межкишечные обходные анастомозы (обширные инфильтраты);
- резекция сегмента при поражении ТК (возможно в 2 этапа с формированием стомы);
- операция отключения (при наличии перианальных свищей и гнойных затеков);
- колпроктэктомия с наложением илеостомы (тотальное поражение ТК + перианальной области).

# Ишемический колит

---

Ишемический колит (ИК) – у части больных развитие колита того или иного участка ободочной кишки связано с нарушением кровообращения. Чаще всего (80%) наблюдается в левом изгибе ободочной кишки. Заболевание чаще у людей старше 60 – 70 лет, особенно у больных с ИБС, нарушением мозгового кровообращения, длительной гипотензией, при частых кровотечениях.

# Ишемический колит



# Ишемический колит

## Этиология и патогенез.

1. Тромбозы и эмболии нижней брыжеечной артерии.
2. Травма сосудов.
3. Аллергическая реакция.

Развитие ишемии толстой кишки в этих случаях связано с окклюзией сосудов, и, как правило, сопровождается развитием гангрены, хотя не исключается переход в хроническую форму с развитием стриктуры. (состояние коллатерального кровообращения, диаметр повреждаемого сосуда, длительность окклюзии).

### 4. Гиповолемические процессы:

- хронические заболевания сердца с ХСН;
- аневризмы брюшной аорты;
- шок;
- инсульт;
- массивные кровотечения.

# Ишемический колит

- Патанатомия – патоморфологические изменения начинаются со слизистой оболочки, являющейся конечной точкой кровоснабжения. При тяжелом течении поражение кишечника по типу артериального, венозного или смешанного инфаркта.
- Клиника – отечественные проктологи выделяют это заболевание как ишемическая болезнь толстой кишки (ИБТК).
  - Классификация ИБТК
  - А. Обратимая ИБТК: 1 – без воспалительных проявлений; 2 – в виде ишемического колита
  - Б. Необратимая ИБТК: 1 – с формированием стриктуры; 2 – с развитием гангрены

**Для обратимой формы** характерна боль в животе через 30 минут и позже после еды или физической нагрузки. Боль носит определенный ритм: покой – прием пищи – боли – покой. Боль длится 1 - 2 часа. Если боли носят выраженный характер, то может сопровождаться учащением стула в виде поноса с примесью крови, может подниматься температура, нарастает интоксикация.

**Необратимая форма** – клиника хронической кишечной непроходимости с задержкой стула, вздутием живота и схваткообразными болями.

**Гангренозная форма** – высокий риск для жизни, сопровождается выраженным болевым синдромом, картина присоединяющегося колита и нарастающей интоксикации.

**Диагностика:** ирригоскопия (ригидность стенок, сглаженность гаустраций, овоидные дефекты наполнения в виде симптома «отпечатка большого пальца»); 2 – ФКС; 3 – селективная ангиография.

**ЛЕЧЕНИЕ** – спазмолитики, сосудорасширяющие препараты, дезагреганты, при воспалении антибиотики + сульфаниламиды, парабиотики.

При гангрене, стриктуре – оперативное лечение. Возможны реконструктивные вмешательства при выявленной сосудистой патологии.

## Дивертикулез толстой кишки (дивертикулярная болезнь)

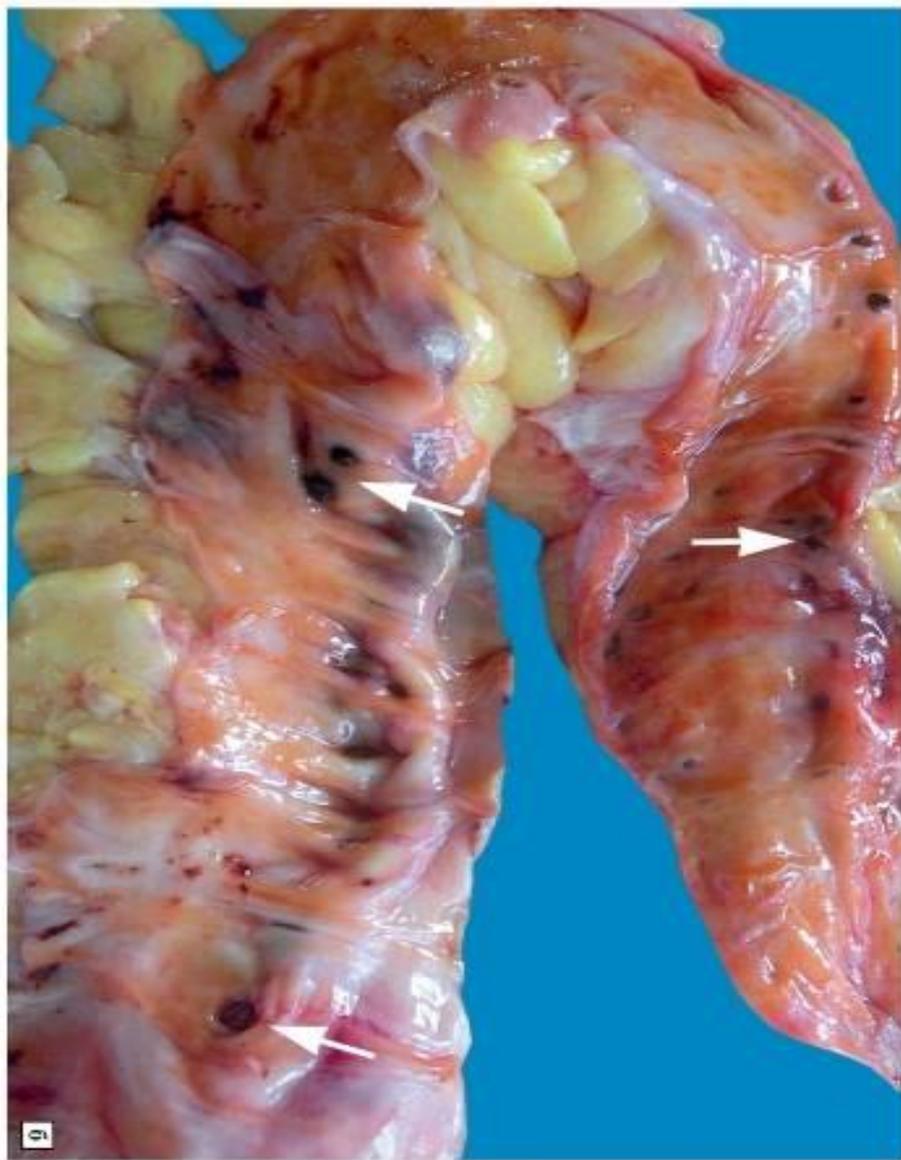
Дивертикулез толстой кишки (ДТК) – заболевание с образованием единичных или множественных грыжеподобных выпячиваний слизистой оболочки наружу за пределы кишечной стенки. Частота 24%. Возраст 50 – 60 лет, чаще у женщин, чем у мужчин.

**ПАТОГЕНЕЗ** – слабость соединительнотканного аппарата кишечной стенки, которая развивается по мере старения организма. В стенке преобладает жировая клетчатка, особенно в местах перфорации кишечной стенки сосудами. Нарушение пропульсионной функции толстой кишки приводит к повышению внутрикишечного давления, что в конечном итоге приводит к выпячиванию слизистой оболочки в местах наименьшего сопротивления.

# Колоноскопия: дивертикулёз толстой кишки



# Дивертикулёз ободочной кишки: удалённый препарат.



# Классификация

1

Без клинических проявлений  
(бессимптомная форма)

2

С клиническими проявлениями  
(хронический дивертикулит)

3

С осложненным течением  
(острый дивертикулит)

Околокишечный абсцесс

Перфорация

Перитонит

Кровотечение

Рак

Кишечные свищи и т.п.

# Осложнения дивертикулов

Осложнения	%
Дивертикулит	85,2
Кишечная непроходимость	6,5
Кровотечение	4,3
Перфорация или пенетрация	3,2
Развитие опухоли	0,8

# Клиника и диагностика дивертикулеза толстой кишки

**КЛИНИКА** – БОЛЬ В ЖИВОТЕ ОТ ЛЕГКОГО ПОКАЛЫВАНИЯ ДО СИЛЬНЫХ КОЛИКООБРАЗНЫХ ПРИСТУПОВ, ЧАЩЕ ПО ЛЕВОМУ ФЛАНГУ, ОТМЕЧАЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА В ВИДЕ ЗАПОРОВ, ИНОГДА СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ТОШНОТОЙ ИЛИ РВОТОЙ.

**Дивертикулит** – боли в животе, повышение температуры тела, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, могут появиться симптомы раздражения брюшины, напряжение мышц передней брюшной стенки. При распространении процесса в виде параколита отмечается образование инфильтратов, абсцедирование с угрозой прорыва в брюшную полость.

**Перфорация** – клиника острого живота, образование псевдоопухоли, кишечной непроходимости.

**Кровотечения** – как правило профузным не бывает, но больные обращают внимание на появление свежей алой или темной крови

Диагностика – полное проктологическое обследование

**Лечение** – консервативное: диета (богатая растительной клетчаткой – картофель, яблоки, сырая морковь, капуста; нельзя – лук, citrusовые, крепкий чай, кофе, острые блюда, алкоголь) спазмолитики, противовоспалительные средства, регуляция стула. Назначают пшеничные и ржаные отруби. При остром дивертикулите – а/б, анальгетики.

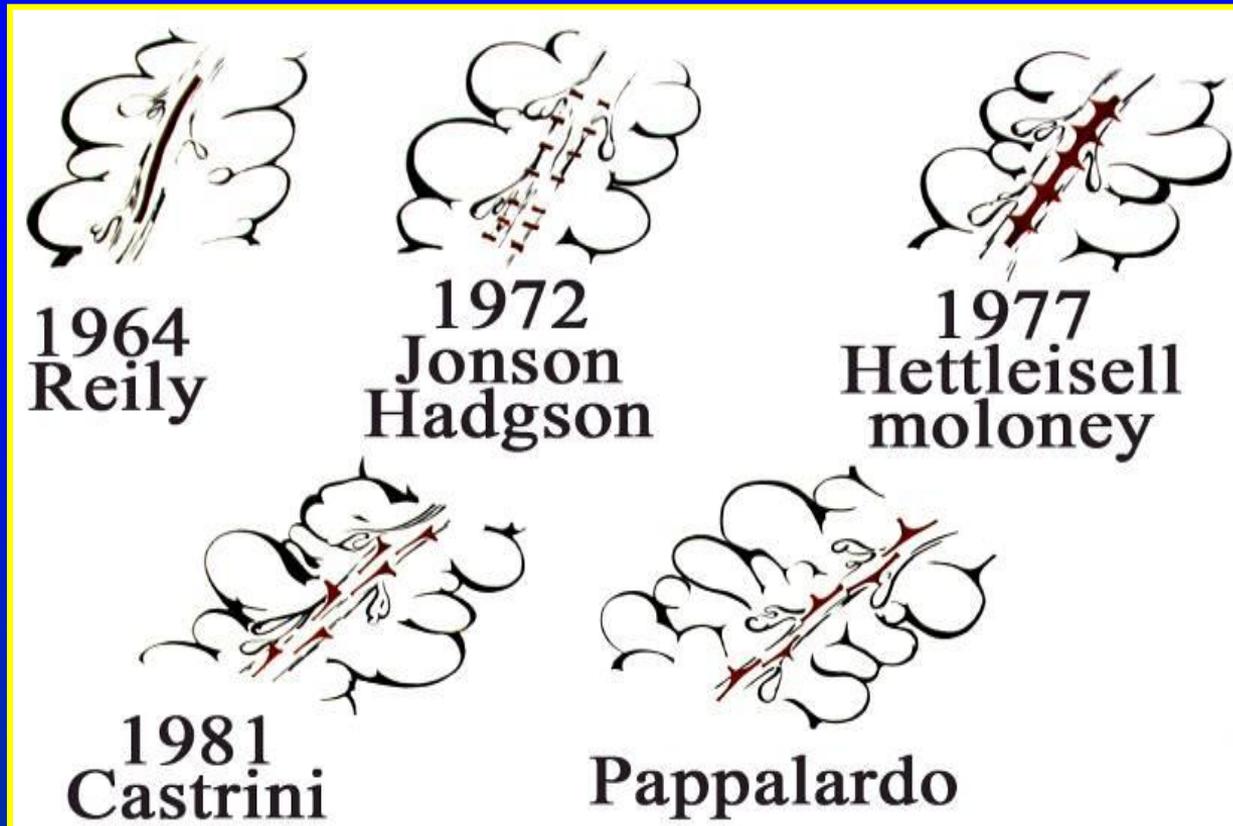
# Ирригоскопия – дивертикулез ободочной кишки



# Методы хирургического лечения

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ** – необходимость в нем возникает у 10 -20% больных дивертикулезом.

Перфорация дивертикула или прорыв абсцесса – срочная операция, при этом выполняются многоэтапные операции с наложением колостом. При кровотечениях – бариевая клизма как лечебная процедура, при неэффективности – резекция участка кишки возможна в один этап. Операции, направленные на устранение мышечного спазма: продольная серозомиотомия, поперечная тениотомия, комбинированная тенио-миотомия.



## Доброкачественные опухоли ободочной кишки

---

Доброкачественные опухоли ободочной кишки чаще всего протекают бессимптомно.

Основное социальное и клиническое значение их определяется большой вероятностью малигнизации.

# Классификация доброкачественных опухолей ободочной кишки (Н. А. Яицкий, В. М. Седов, 1995 г.)

## I Эпителиальные доброкачественные опухоли.

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

## II Неэпителиальные доброкачественные опухоли.

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

# Характеристика полипов ободочной кишки

Гиперпластические полипы - чаще всего мелкие до 0,5 см в диаметре, мягкой консистенции и обычного цвета

Аденоматозные полипы – размеры более 0,5 см до 2 – 3 см в диаметре, имеют ножку или широкое основание, окраска близка к окружающей слизистой оболочки кишки, но более плотные, редко изъязвляются и кровоточат

Аденопапилломатозные (железисто-ворсинчатые) полипы – более 1 см в диаметре, имеют бархатистую поверхность с матовым оттенком. Могут эрозироваться и изъязвляться, в дне часто фибрин, из под которого выделяется в небольшом количестве кровь

Ворсинчатые (виллезные) полипы и опухоли – больших размеров от 2 до 5 – 6 см в диаметре с толстой ножкой (полипы) или распластываются по слизистой оболочке (опухоли), характерна бархатистость и матовый оттенок поверхности. Наличие эрозий и изъязвлений – признаки малигнизации, могут приводит к сужению кишки

# Характеристика полипов ободочной кишки

## Диффузный полипоз:

- 1 форма – диффузный полипоз с преобладанием в полипах пролиферации
- 2 форма – ювенильный диффузный полипоз с преобладанием в полипах секреторного эпителия желез
- 3 форма – гамартромный полипоз (синдром Пейтца-Егерса)

**Все диффузные полипозы предраки и требуют оперативного лечения.**

Диагностика – полное проктологическое обследование.

## Хирургическое лечение:

- 1 – полипэктомия с помощью ректороманоскопа, фиброколоноскопа через электроэксцизию
- 2 – трансанальное иссечение полипов с ушиванием раны
- 3 – удаление опухоли путем колотомии или резекции кишки чрезбрюшинным доступом

# Диффузный полипоз.



# Полип ободочной кишки.



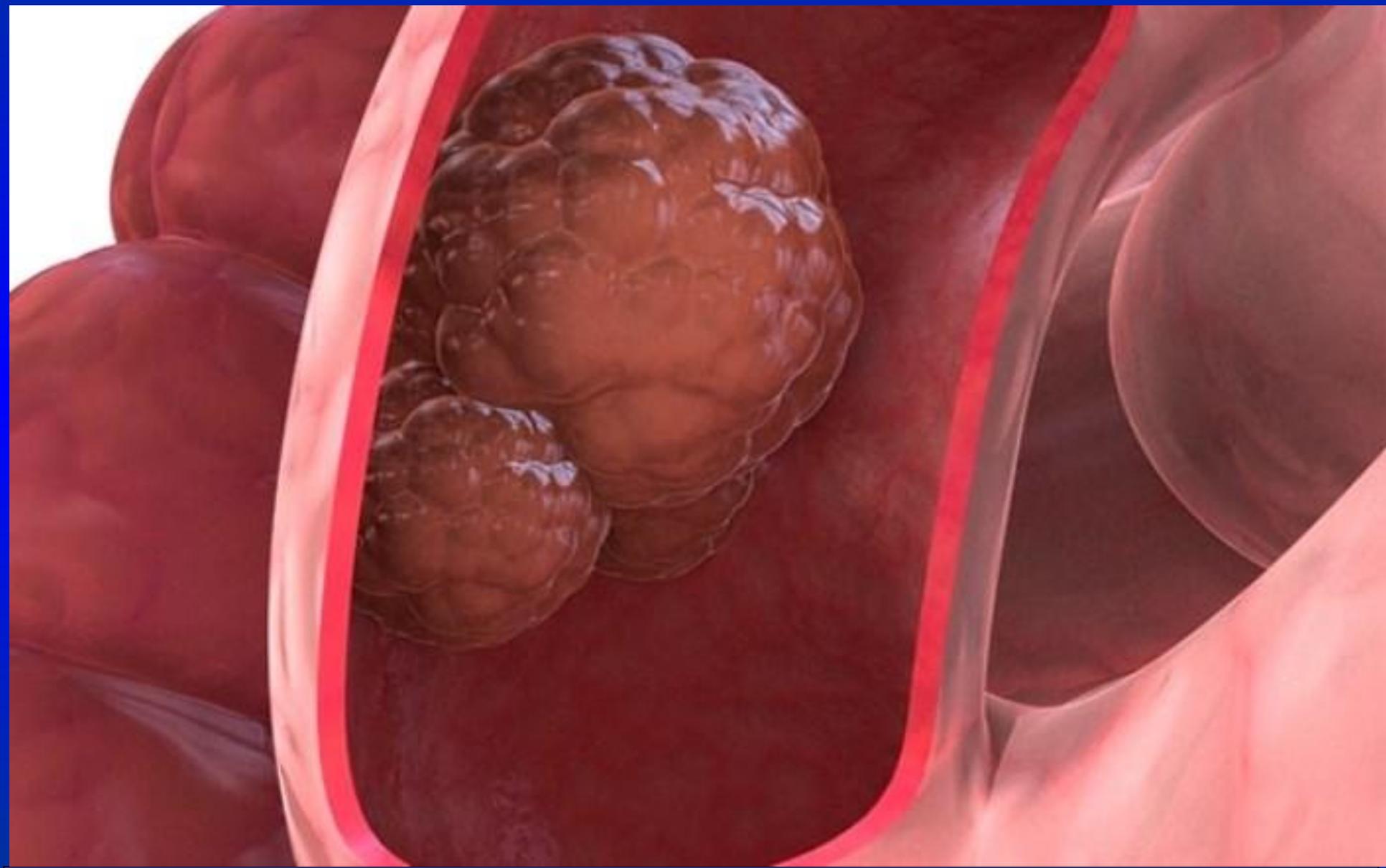
# Ворсинчатая опухоль прямой кишки.



# Анальный полип.



## Карциноид ободочной кишки

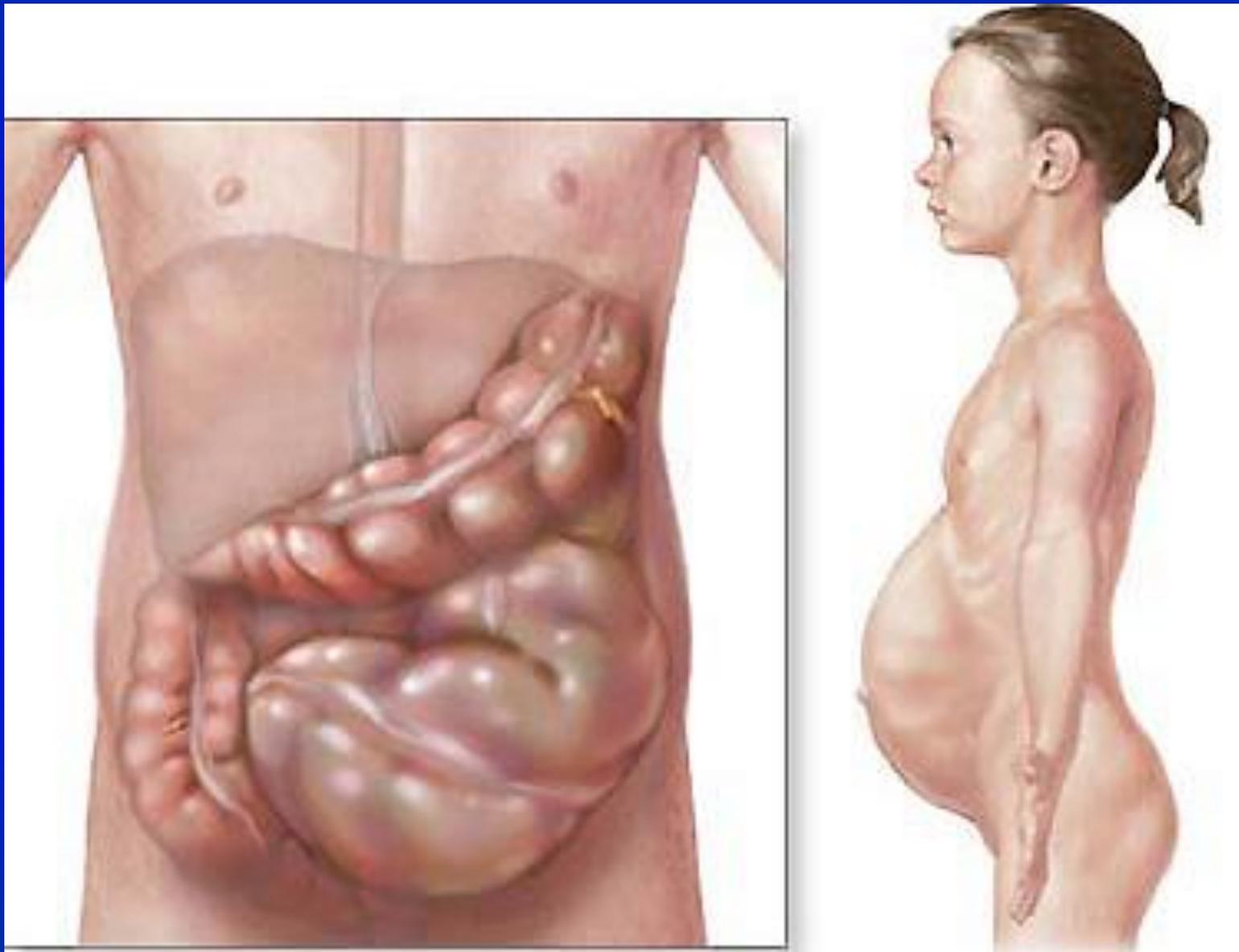


# Карциноиды ободочной кишки

Карциноиды возникают из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин в глубоких слоях слизистой оболочки, размеры 1 – 1,5 см, растут медленно, плотные с гладкой поверхностью, покрыты железистым эпителием. Клинически обычно бессимптомны, но иногда вызывают карциноидный синдром с выраженными сосудистыми кризами, обусловленными выбросом серотонина. Редко имеют злокачественное течение с метастазами.

**ЛЕЧЕНИЕ** – хирургическое как при полипах ободочной кишки, иногда как при раках прямой и ободочной кишки.

# Долихоколон. Долихосигма. Мегаколон.



# Долихоколон. Долихосигма. Мегаколон.

Долихоколон и долихосигма имеют стадии развития:

1 – стадия компенсации

2 – стадия субкомпенсации

3 – стадия декомпенсации

Проявляются упорными запорами до нескольких недель, в конечном итоге развивается энцефалопатия.

Лечение - консервативное и хирургическое( чаще всего удаление сигмовидной кишки).

Мегаколон – хроническое расширение и утолщение стенки части или всей толстой кишки. Впервые сообщил о мегаколон детский педиатр Гиршпунг в Берлине в 1886 году – тогда речь шла о врожденном мегаколон

# Классификация причин мегаколон

## 1 Врожденные заболевания

- а) Аномалии развития интрамуральной нервной системы толстой кишки (болезнь Гиршпунга)
- б) Аноректальные пороки

## 2 Приобретенные заболевания

- а) Обструктивный мегаколон, обусловленный механическими причинами
- б) Психогенный мегаколон, развивающийся в результате расстройства психики или неправильных привычек
- в) Эндокринный мегаколон (гипотиреоз)
- г) Токсический мегаколон, формирующийся в результате воздействия каких-либо препаратов, инфекций.
- д) Нейрогенный мегаколон, причинами являются различные заболевания ЦНС

## 3 Идиопатический мегаколон

# Анатомические формы болезни Гиршпруга

## 1 Супраанальная форма

Зона поражения занимает нижний ампулярный отдел прямой кишки

## 2 Ректальная форма

Недоразвитие интрамурального нервного аппарата всей прямой кишки

## 3 Ректосигмоидальная форма

Зона поражения занимает всю прямую кишку, часть или всю сигмовидную кишку

## 4 Субтотальная форма

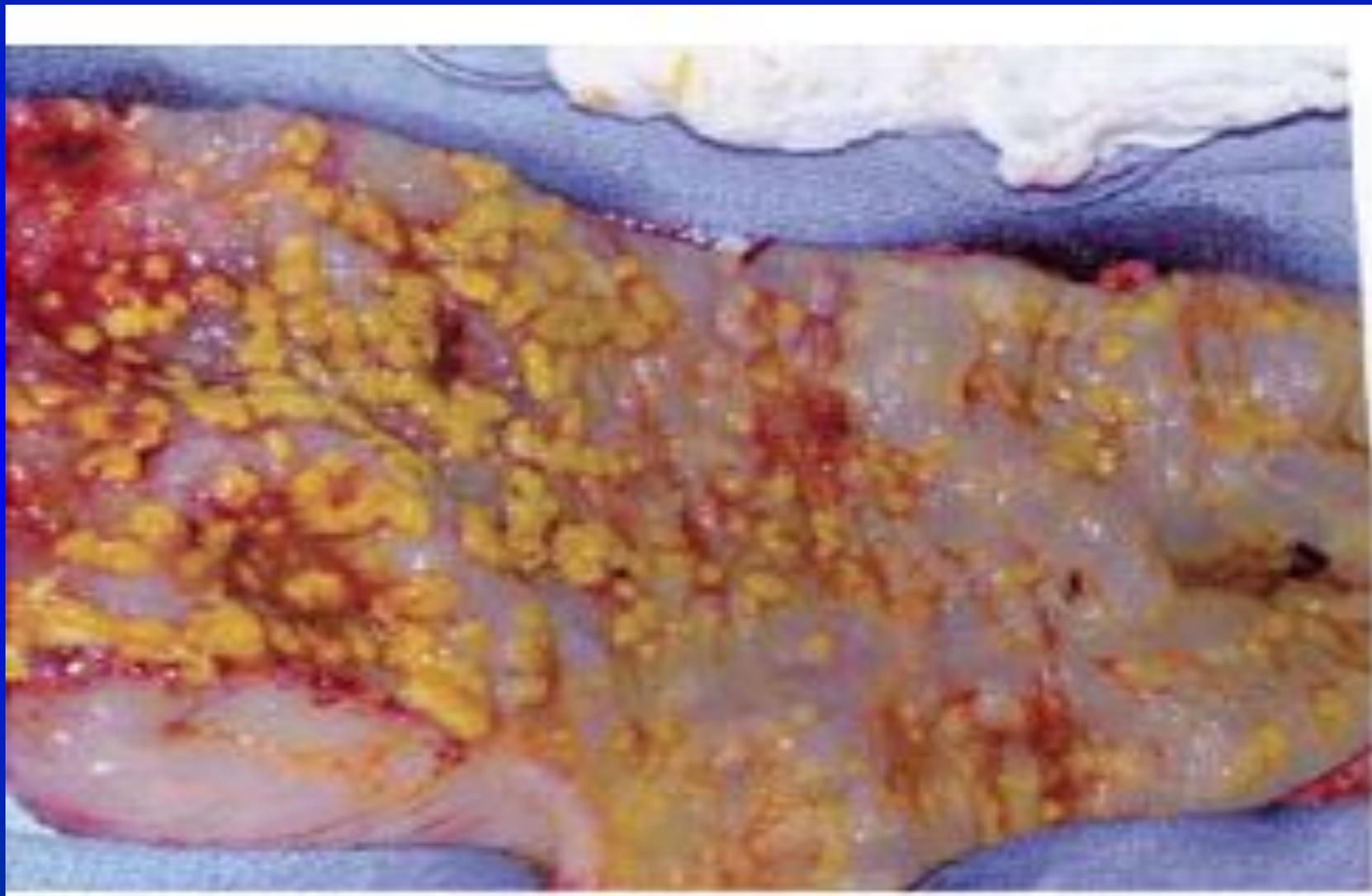
Поражение распространяется на поперечную ободочную кишку

## 5 Тотальная форма

Поражение всей толстой кишки

## 6 Сегментарная форма

# Псевдомембранозный колит



# Псевдомембранозный колит

Применение больших доз антибиотиков приводит к дискоординации внутренней экологической системы организма, изменению микробного пейзажа. Возможен вариант преобладания *Clostridium difficile* – микроорганизма, токсинообразующие штаммы которого являются основными возбудителями госпитальных колитов и наиболее грозного из них – псевдомембранозного колита (ПМК). Летальность при ПМК достигает 30%. Может возникать сразу при назначении а/б и вплоть до 4 недель после их отмены. Чаще при применении линкомицина, цефалоспоринов, полусинтетических а/б.

ПАТАНАТОМИЯ – формируются фибриновые пленки на участках некроза клеток эпителия слизистой оболочки кишки в виде бледных серовато-желтых бляшек 0,5 – 2 см на слегка приподнятом основании.

ГИСТОЛОГИЯ - отек подслизистого слоя толстой кишки, круглоклеточная инфильтрация собственной пластинки и фокальные экстравазаты эритроцитов.

КЛИНИКА – заболевание начинается остро, боли в животе, подъем температуры до 40 гр., жидкий стул со слизью, гноем и кровью до 15 – 20 раз в сутки. Нарастание лейкоцитоза до  $50 \times 10^9$ /л. Возможна клиника «острого живота» вплоть до клиники «кишечного сепсиса» с серьезными водно-электролитными нарушениями.

**ДИАГНОСТИКА** – УЗИ объективно фиксирует утолщение стенок толстой кишки, ФКС с биопсией. Специфические тесты: латекс-агглютинации для определения антител к токсину А - исследование в течение 1 часа – чувствительность – 80%, специфичность более 86%.

**Посев кала** – позволяет выявить специфический энтеротоксин А, что свидетельствует о нарушении экологии в толстой кишке и поражении колоноцитов, объясняющих имеющуюся диарею. Выявление цитотоксина В объясняет наличие энцефалопатии.

### **ЛЕЧЕНИЕ:**

1 – полная отмена а/б

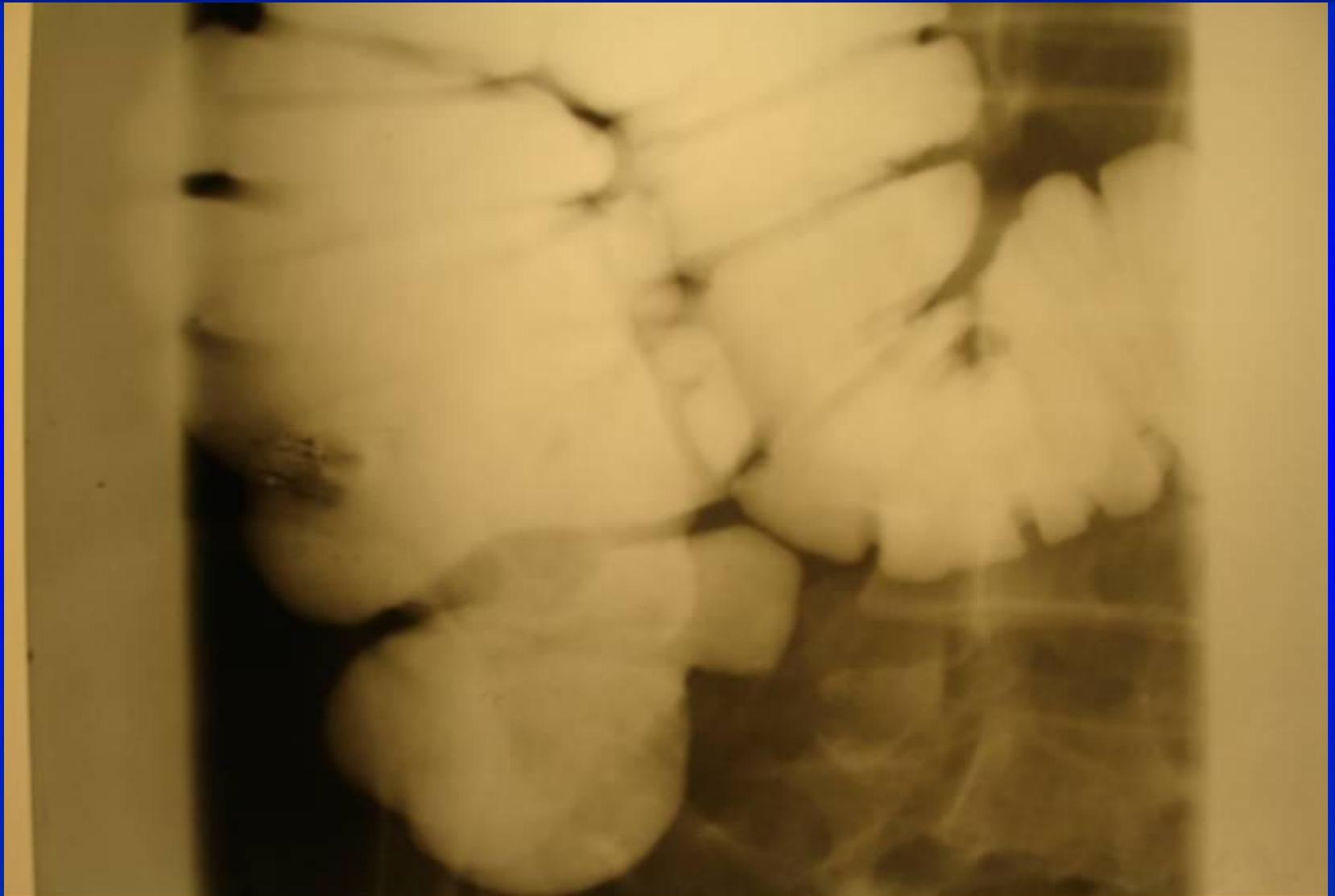
2 – метронидазол per os по 500 мг x 3 раза до 14 дней либо ванкомицин

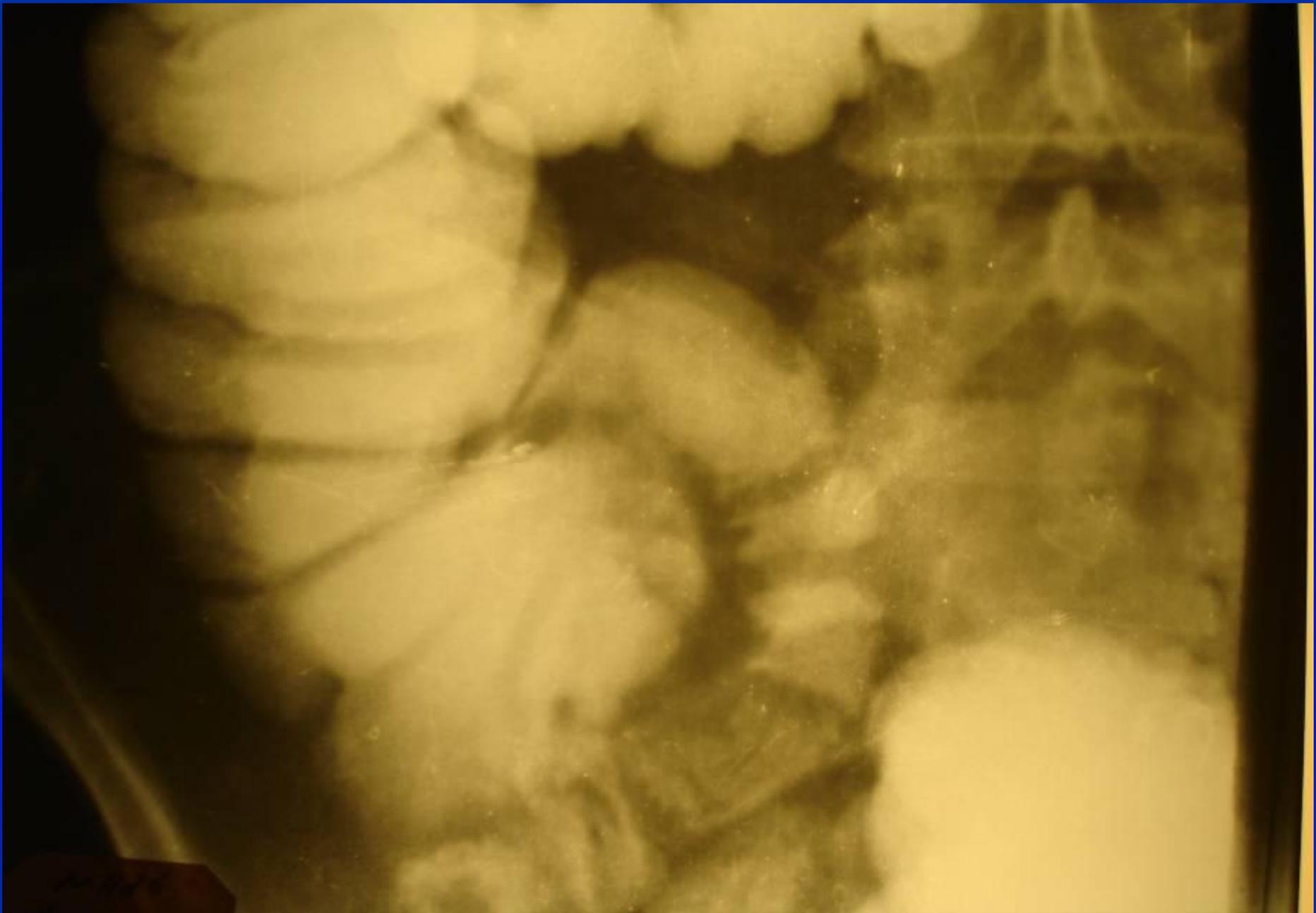
3 – энтеросорбенты (полифекан, холестерамин) по 1 ст. ложке в 100 мл кипяченной воды

4 – эубиотики – обладают способностью проходит транзитом по ЖКТ, ликвидируя метаболические ниши для энтерогенных микроорганизмов

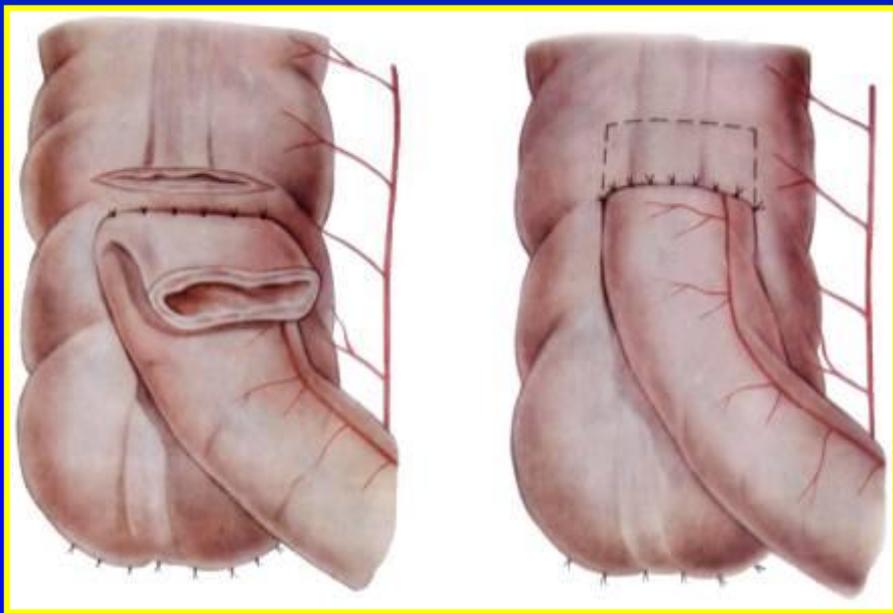
5 – параббиотики – естественные обитатели кишечника, создающие благоприятные условия для восстановления резистентности микрофлоры (колибактерин, энтерол, бактисубтил) прием от 3 – 5 дней до 3 месяцев.

# Недостаточность баугиниевой заслонки





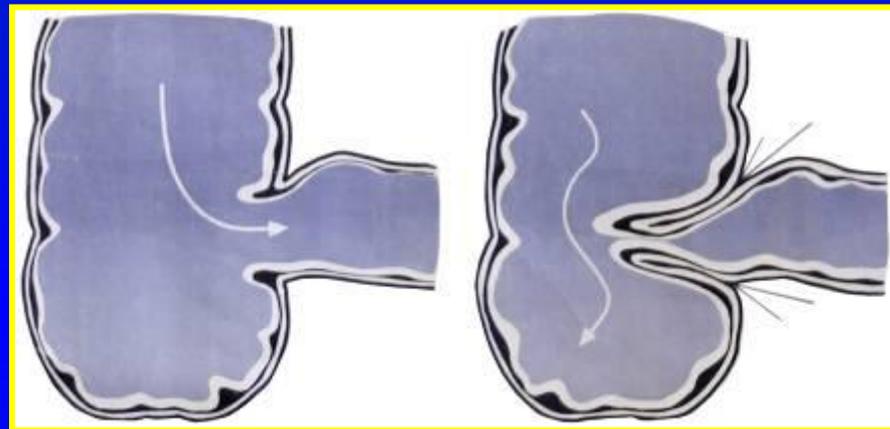
## Инвагинационный анастомоз



Поперечный разрез  
толстой кишки  
Наложение серо-  
серозных швов  
между толстой и  
тонкой кишками

Погружение тонкой  
кишки в просвет  
толстой

## Баугинопластика



Недостаточность  
баугиновой  
заслонки

Состояние после  
операции

# ЛИТЕРАТУРА

- Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. - М.; ГЭОТАР -Медицина, 2001.
- Блохин Н.Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. -М., 1981.
- Геворкян П. Х., Мирза Авакян Г. П. Подвижная слепая кишка. -М., 1969.
- Дарьялова С.Л., Чисов В.И. Диагностика и лечение злокачественных опухолей. – М.: Медицина, 1993.
- Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт СИ. (ред). Краткое руководство по гастроэнтерологии. - М.: М-Вести, 2001.
- Ивашкин В.Т., Шепцлин АА. Синдром диареи. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.
- Митькова В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. - М.; 1997.
- Ривкин В.Д., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктолопш. – М., 2001.
- Семионкин Б.И. Колопроктология. - М.: 2004.
- Стирнс М.В. Колоректальные новообразования. - М.: Медицина, 1983.
- Федоров В.Д. (ред.) Клиническая оперативная колопроктология. – М., 1994.
- Федоров В.Д., Никитин А.М. Диффузный полипоз толстой кишки. – М., 1985.
- Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых. – М., 1986.
- Юдин И.Ю. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита. - М., 1976.
- Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки. -М.: Медицина, 1978.
- Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев СВ. Опухоли толстой кишки. - М.; МЕДпресс-информ, 2004.

