



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Заболевания ободочной кишки.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

Продолжительность занятия: 3,5 часа, из них 1 час самостоятельной работы.

Цель занятия: Ознакомить студентов с разделом медицины колопроктология. Научить студентов правильно диагностировать колопроктологические заболевания, правильно и полно собирать жалобы пациентов, анамнез заболевания, назначать соответствующее обязательное, дополнительное и специальное обследования пациентам с колопроктологическими заболеваниями. Ознакомить студентов с современными подходами к консервативному и оперативному лечению, техникой хирургического лечения, мерами профилактики у данной группы пациентов.

Задачи:

- 1) Повторить со студентами анатомию и физиологию толстой кишки и анального канала. Разобрать со студентами методы обследования толстой кишки, анального канала и промежности, принципы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям.
- 2) Научить студентов грамотному сбору анамнестических сведений для оценки длительности течения заболевания, общего состояния, тяжести заболевания, выявления сопутствующей патологии.
- 3) Добиться усвоения студентом правильной техники проведения осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, пальцевого ректального исследования, ректороманоскопии колопроктологических больных.
- 4) Научить студентов составлению адекватного плана обследования и лечения колопроктологических больных.
- 5) Научить студентов правильной дифференциальной диагностике колопроктологических заболеваний.
- 6) Научить студентов правильно выявлять показания к консервативному и хирургическому видам лечения, учитывая длительность заболевания, тяжесть течения заболевания, тяжесть общего состояния, возраст, пол, наличие сопутствующей патологии и данных обязательного, дополнительного и специального видов обследования.
- 7) Научить студентов назначать адекватный объем консервативной терапии. Научить студентов правильно выбирать метод хирургического лечения, объем операции и срочность выполнения.
- 8) Научить студентов правильному ведению послеоперационного периода колопроктологических больных, правильно оценивать показания к диспансерному учету.

МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дивертикулез толстой кишки - это заболевание, при котором происходит образование единичных или множественных грыжепо-добных выпячиваний слизистой оболочки и подслизистого слоя наружу за пределы кишечной стенки между волокнами циркулярных мышц толстой кишки.

Этиология и патогенез. Заболевание преимущественно встречается в экономически развитых странах. В возрасте до 50 лет заболевание преимущественно встречается у мужчин, в возрасте 50-65 лет с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин, у лиц старше 65 лет дивертикулез в 2 раза чаще встречается у женщин. В настоящее время теория развития дивертикулеза толстой кишки представляется следующим образом: резкое нарушение пропульсивной функции толстой кишки ведет к повышению внутрикишечного давления, что вызывает компенсаторное выпячивание слизистого и подслизистого слоев за пределы кишечной стенки в местах наименьшего сопротивления. Такими являются околососудистые пространства стенки толстой кишки, т. е. туннели в мышечной оболочке кишки с особым устройством стенки, которые пропускают с поверхности кишки прямо в подслизистую основу сосудисто-нервные пучки. Статистически достоверно доказана большая частота перфораций в левой половине толстой кишки по сравнению с правой в 2,5-3 раза.

В свою очередь, нарушение пропульсивной функции толстой кишки связано с дискоординацией в деятельности проксимальных и дистальных отделов толстой кишки.

Проксимальный и дистальный отделы толстой кишки являются анатомически разными частями толстой кишки, объединенными лишь общностью функций - концентрацией и эвакуацией пищеварительных шлаков. Граница между проксимальным и дистальным отделами толстой кишки находится между средней и дистальной третями поперечной ободочной кишки.

Проксимальный и дистальный отделы толстой кишки имеют различное эмбриологическое происхождение, различный источник вегетативной иннервации и по-разному реагируют на действие биологически активных веществ и ряд фармакологических препаратов.

Установлено, что в проксимальном отделе толстой кишки преобладает действие парасимпатической иннервации (наклонность к усилению двигательной активности толстой кишки), в дистальном - преобладает симпатический контроль двигательной активности (наклонность к длительным тоническим спазмам), т. е. типичный вариант нарушения пропульсивной функции толстой кишки, встречаемый при дивертикулезе, - усиление двигательной активности проксимального отдела при длительном тоническом сокращении дистального отдела толстой кишки.

Наиболее частой локализацией выявленных дивертикулов являлась левая половина толстой кишки - 90,7%, из них 54% приходится на сигмовидную кишку, в 12,3% изолированно поражалась нисходящая ободочная кишка, в 24,4% отмечалось сочетанное поражение нисходящей и сигмовидной кишок. Изолированное поражение поперечной ободочной кишки встречалось в 1% наблюдений, поражение слепой кишки и восходящего отдела ободочной кишки в 1,2%. Распространение дивертикулеза по всей толстой кишке отмечалось в 6%, в 1,1% дивертикулезом поражался весь желудочно-кишечный тракт.

195

Классификация дивертикулеза толстой кишки (Всесоюзный симпозиум, Саратов, 1979).

I. Дивертикулез без клинических проявлений.

II. Дивертикулез с клиническими проявлениями.

III. Дивертикулез с осложненным течением. 1) дивертикулит, 2) перфорация дивертикула, 3) кровотечение, 4) острая кишечная непроходимость, 5) внутренние или наружные кишечные свищи.

Клиника и диагностика. Дивертикулез толстой кишки представляет симптомокомплекс, включающий в себя боли в животе и различные нарушения функции кишечника. Боли носят самый разнообразный характер по интенсивности, локализации, иррадиации - от незначительного покалывания до коликообразных приступов. В меж-приступный период боли могут принять тупой, ноющий характер. Боли могут уменьшаться или полностью исчезать после стула. Болевой синдром (болевая атака) может быть спровоцирован у больного психологическими и эмоциональными конфликтами, приемом слабительных, употреблением жареной и жирной пищи. Так как болевой синдром при неосложненном течении дивертикулеза связан не с воспалительным процессом, а вызывается спазмом кишечника, резким повышением внутрикишечного давления, то при осмотре живота отмечается несоответствие между характером болей и отсутствием болезненности при пальпации. Нарушение функции кишечника у 85% больных связано с запорами, у 15% - диареей. Болевая атака часто сопровождается тошнотой, рвотой.

У больных с неосложненным течением дивертикулеза толстой кишки в 76,3% наблюдается сочетание дивертикулеза с другими заболеваниями. Выделяют две основные группы таких заболеваний. Первая - это заболевания, косвенно характеризующие врожденную или приобретенную неполноценность соединительной ткани (грыжи передней брюшной стенки, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулы других отделов желудочно-кишечного тракта). Эти заболевания в сочетании с дивертикулезом толстой кишки встречаются в 32%.

Вторая группа заболеваний, встречающаяся в сочетании с дивертикулезом и составляющая 44,3%, включает в себя заболевания желудочно-кишечного тракта, влияющие на функцию толстой кишки (заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, заболевания желудка и 12-перстной кишки).

Таким образом, можно выделить группы патологических состояний, способствующих формированию дивертикулов в толстой кишке: системное или локальное ожирение, врожденная или приобретенная неполноценность соединительной ткани, нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

Отсюда возможны различные клинические варианты течения дивертикулеза толстой кишки. Наиболее частые сочетания, дивертикулез и грыжи различной локализации, дивертикулез и язвенная болезнь желудка, дивертикулез в сочетании с сахарным диабетом и ожирением. Ведущим методом прижизненного распознавания дивертикулеза толстой кишки является ирригоскопия с двойным контрастированием. Основным рентгенологическим признаком дивертикулеза и дивертикулов являются стойкие «депо» контрастного вещества за контуром кишки. «Депозиты» эти имеют, как правило, округлую или овальную форму, четкие, ровные контуры. В условиях двойного контрастирования дивертикул, расположенный на передней или задней стенке кишки, дает дополнительную тень и симптом «кольца». После опорожнения контрастной массы из толстой кишки в дивертикулах задерживается большее или меньшее количество бариевой взвеси, и поэтому на рельефе они образуют контрастные пятна различных размеров. Определенные трудности могут быть при дифференциальной диагностике дивертикулита, в результате которого может развиваться сужение кишки. В случаях дивертикулита сужение может иметь значительную протяженность, переход в относительно неизменные отделы плавный, около сужения при двойном контрастировании нет дополнительной тени экзифитного образования. В соседних с воспалительным сужением участках кишки отмечается измененная гаустрация, видны дивертикулы.

При эндоскопическом исследовании - фиброколоноскопии (ФКС) - выделяются прямые и косвенные признаки дивертикулеза. К первым относят наличие устьев дивертикулов, которые у половины больных диаметром до 0,3 см. При воспалении можно обнаружить ободок гиперемии вокруг устья и на дне дивертикула. При отсутствии прямых признаков косвенными признаками дивертикулита являются выраженный спазм или ригидность кишечной стенки и физиологических сфинктеров.

Ректороманоскопия (РРС) также используется в инструментальной диагностике дивертикулеза толстой кишки, т. к. при этом можно увидеть устья дивертикулов, но при этом методе невозможно получить представление о распространенности процесса. Вместе с тем диагностическая ценность эндоскопических методов (ФКС и РРС) в ряде случаев довольно ограничена, т. к. почти у 90% больных имеется типичная для дивертикулеза перестройка рельефа складок слизистой оболочки. Складки были грубыми, широкими, и обнаружить среди них устье дивертикула, нередко прикрытое кусочком слизи, каловыми частицами, практически невозможно. В связи с чем выполнение РРС и ФКС нередко сводится только к выявлению сопутствующих заболеваний прямой и ободочной кишок.

Осложнения, встречаемые при дивертикулезе толстой кишки, являются результатом чрезмерного, резкого повышения внутри-кишечного давления, спазма мышечной стенки с нарушением ее кровоснабжения, застоя каловых масс с образованием копролитов, истончения слизистой в результате травматических или дегенеративных изменений и обнажения сосуда, перфорирующего стенку кишки. Осложнения дивертикулеза встречаются у 40-42% больных.

Наиболее частое осложнение - дивертикулит, составляющий среди всех осложнений 60%. Пусковыми механизмами воспаления дивертикулов являются не только трофические расстройства под влиянием копролитов, но в большей степени микро- и макроперфорации дивертикулов с развитием периколического воспалительного процесса. Основные признаки дивертикулита - боли в животе, повышение температуры, лейкоцитоз, изменения в лейко-

цитарной формуле, симптомы раздражения брюшины, напряжение мышц передней брюшной стенки, инфильтрат в брюшной полости.

Внутренние свищи как осложнение дивертикулита встречаются в 7-8% среди осложнений и являются, как правило, исходом в развитии дивертикулитов, инфильтратов, периколических абсцессов. Чаще встречаются кишечно-мочевые свищи. Основными симптомами этого осложнения являются дизурия, пневматурия, выделение кала через мочевые пути, пиурия, гематурия. Осложнение чаще встречается у мужчин. Ведущим методом диагностики при этом осложнении является контрастная клизма.

Перфорация дивертикулов наблюдается у 3,3% больных дивертикулитом толстой кишки как при клинически выраженном, так и при бессимптомном варианте заболевания. Клиническая картина перфорации - перитонит, не отличающийся от такового при других заболеваниях.

Кишечная непроходимость, наблюдаемая при дивертикулезе, в 4-5% носит двоякий характер. Она может быть обтурационного характера в результате сдавления извне кишки псевдоопухолью, являющейся проявлением гнойно-воспалительных осложнений дивертикулеза и, кроме того, при дивертикулезе толстой кишки наблюдается специфический вариант толстокишечной функциональной непроходимости, которая обусловлена нарушением моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, связанными с этим морфологическими изменениями кишки, фиброзом кишечной стенки, стенозирующим просветом.

Кровотечения из дивертикулов диагностируются у 6,8-38,4% больных дивертикулитом. Кровотечения из дивертикулов наблюдаются преимущественно у больных при сочетании дивертикулеза толстой кишки с гипертонической болезнью или атеросклерозом. Кровотечение чаще возникает при генерализованном дивертикулезе. Выделяют три варианта кровотечения из дивертикулов толстой кишки. Макроскопически видимые кровотечения (связанные или не связанные с дефекацией) наблюдаются наиболее часто (55,3%). Мелена диагностирована у 20,7% больных. По данным литературы, кровоточащий дивертикул чаще локализуется в правой половине толстой кишки.

Скрытая кровопотеря из дивертикулов, являющаяся причиной постгеморрагической анемии, встречается у 24% больных. Особенностью кровотечений при дивертикулезе является то, что они практически никогда не носят профузный характер, не сочетаются с воспалительным процессом в дивертикуле и чаще всего появляются на фоне гипертонического криза.

Основными заболеваниями, с которыми необходимо дифференцировать дивертикулез и его осложнения, являются рак толстой кишки, болезнь Крона и синдром раздраженной толстой кишки.

Клинические проявления рака и болезни Крона весьма сходны с клиникой дивертикулеза, поэтому ведущую роль в дифференциальной диагностике должны играть инструментальные методы обследования, биопсия.

Дифференциация дивертикулеза и синдрома раздраженной толстой кишки носит академический характер, а не принципиальный, т. к. при неосложненной форме дивертикулеза и при синдроме раздраженной толстой кишки лечение одинаковое.

Лечение. Консервативное лечение не влияет на факторы, вызывающие повышение внутрикишечного давления, т. е. не устраняет причину образования дивертикулов и не является профилактикой осложнений, тем не менее применение ее является эффективным у 82% больных.

Дивертикулез без клинических проявлений не требует лечения, но можно рекомендовать больным прием большого количества клетчатки - до 200 г овощей и фруктов, прием отрубей по схеме.

Дивертикулез с клиническими проявлениями требует проведения 2-3 раза в год курсов консервативной терапии продолжительностью по 2-6 недель. Лечение включает в себя постоянную диету, предусматривающую обильный питьевой режим (6-8 стаканов жидкостей, соков в день), прием большого количества клетчатки, прием отрубей по следующей схеме: в

течение первой недели прием пшеничных отрубей по одной чайной ложке, вторую-третью неделю - по одной столовой ложке, четвертую неделю - по две столовые ложки, в дальнейшем необходимо перейти на поддерживающую дозу, определяемую индивидуально. Отруби способствуют уменьшению запоров за счет улучшения микробного пейзажа кишечника, усиления оттока желчи, ускорения передвижения пищевых масс, их увеличения и разрыхления в связи с задержкой в кишечнике воды. Наличие болевого синдрома является показанием к применению спазмолитиков и анальгетиков. Уменьшению болевого синдрома и нормализации стула способствует применение кишечных антисептиков (мексаформ, мексаза, интестопан, энтеросептол). Курс лечения 8- 14 дней. При запорах рекомендуется прием вазелинового и оливкового масла внутрь или в клизме. При диарее необходимо применение вяжущих препаратов (карбонат кальция, висмут, белая глина), может быть использован реасек, представляющий комбинацию дифенокси-лата кодеина и сульфата атропина. При выявленном дисбактериозе показано применение бактериальных препаратов (колибактерин, би-фидумбактерин, бификол) в виде курса лечения в течение 3-5 недель под контролем микробной флоры. Также этой группе больных показано применение седативной терапии (фенобарбитал, седуксен и т.д.).

Консервативная терапия дивертикулита включает в себя следующие мероприятия: постельный режим в первые сутки, холод на живот, стол № 1, массивную антибактериальную терапию препаратами широкого спектра, дезинтоксикационную терапию. Но при прогрессировании процесса, т.е. при появлении признаков абсцедирования или перитонита, показана срочная операция.

Кровотечения на фоне дивертикулеза, как правило, удается остановить консервативными мероприятиями путем введения ге-мостатиков - желатиноль, аминокaproновая кислота, хлористый кальций, викасол. По показаниям переливается кровь, нативная и сухая плазма. Показано введение бариевой клизмы, которая в данном случае оказывает лечебный эффект - играет роль тампонады.

Хирургическому лечению подлежат 10-20% больных. Показания к оперативному лечению подразделяются на абсолютные и относительные:

Абсолютные.

Подозрение на опухоль толстой кишки.

Перфорация дивертикула.

Перитонит.

Профузное кровотечение.

Острая кишечная непроходимость.

Относительные:

1. Хронические осложнения: а) рецидивирующий дивертикулит; б) инфильтраты, в) наружные и внутренние свищи, г) рецидивные кровотечения.

2. Дивертикулез с клиническими проявлениями, резистентный к консервативной терапии.

Выбор метода операции в каждом конкретном случае определяется характером осложнения, распространенностью дивертикулеза, наличием перитонита или спаечного процесса, а также сопутствующей патологией.

Перфорация дивертикула ведет к развитию прогрессирующего перитонита. Характер оперативного вмешательства при этом будет определяться в зависимости от времени перфорации, выраженности перитонита, распространенности дивертикула, локализации перфорированного дивертикула, общего состояния больного. С учетом вышеперечисленных обстоятельств возможны следующие операции: операция Гартмана с адекватным дренированием брюшной полости; резекция кишки с перфорированным дивертикулом по Микуличу; выведение на кожу зоны перфорации толстой кишки с формированием здесь же колостомы и, наконец, при невозможности выведения кишки на переднюю брюшную стенку (верхнеампулярный отдел прямой кишки, ректосигмоидальный отдел) возможно послойное ушивание места перфорации с наложением проксимальной колостомы и адекватным дренированием брюшной полости.

Наложение цекостомы в качестве разгрузочного свища не рекомендуется, т. к. не обеспечивает полного прекращения кишечного пассажа по ушитому отделу кишки. Также категорически не рекомендуется в подобных оперативных ситуациях накладывать первичный анастомоз.

Развитие профузного кровотечения, не поддающегося консервативной терапии, является серьезной проблемой, т. к. практически никогда не удается установить, из какого дивертикула кровотечение. В связи с чем резецированы должны быть все отделы толстой кишки, несущие дивертикулы.

Вопрос о возможности наложения первичного анастомоза здесь решается индивидуально, в зависимости от анемизации больного и степени его подготовленности к операции.

Оперативная тактика при острой кишечной непроходимости будет определяться характером патологического процесса, вызвавшего непроходимость, и чаще всего включает в себя резекцию кишки, но опять-таки без первичного анастомоза, т. к. даже наложение проксимальной колостомы не гарантирует его состоятельности. Выполнение операции в срочном порядке, без знания степени распространенности процесса может привести к нерадикальной операции, то есть оставлению дивертикулов, и в случае наложения первичного анастомоза возможно попадание дивертикула в зону шва, что чревато развитием несостоятельности шва.

Наличие рецидивирующих инфильтратов, свищей является относительным показанием к оперативному лечению, и операцией выбора в этих случаях будет резекция кишки с иссечением свища. Наложение первичного анастомоза возможно при условиях хорошей механической очистки толстой кишки в предоперационном периоде.

У больных без осложнения, но с клинически выраженным дивертикулёзом толстой кишки основой патогенеза заболевания и его клинических проявлений является повышенная двигательная активность дистальных отделов ободочной кишки с генерацией высокого внутрикишечного давления. При преобладании механизмов диско-ординации моторики с выраженным повышением внутрикишечного давления возможно применение органосохраняющей операции - серозомиотомии.

В 1964 году английским хирургом M. Reilly для хирургического лечения больных дивертикулёзом была предложена малотравматичная и относительно безопасная операция - продольная серозомио-томия сигмовидной кишки. В дальнейшем в клиническую практику были внедрены модификации серозомиотомии - поперечная множественная тениотомия (Hodgson W., 1972) и комбинированная серозомиотомия (Kettlewell M., 1979).

Техника операции заключается в продольном разрезе серозного и продольного мышечного слоев сигмовидной кишки строго по средней линии противобрыжечного края кишки на 4-5 см выше переходной складки тазовой брюшины. Протяженность разреза 20-25 см. Выше продольного разреза производят поперечную тениотомию. Миотомические разрезы не прикрывают ни сальником, ни брюшиной. Кишка при этом не вскрывается, дренажи не устанавливаются. Увеличивая радиус кишки, получаем (по закону Лапласа) уменьшение давления в ней (Чубаров Ю. Ю., 1986). Таким образом, выполнение серозомиотомии ведет к снижению внутрикишечного давления сразу после операции на 57%, что позволяет больному полностью избавиться в послеоперационном периоде от болевого синдрома.

По данным отечественных авторов и данным мировой литературы, послеоперационный период после таких операций протекал без осложнений, в последующем отмечались хорошие функциональные результаты.

При выполнении реконструктивных операций на этапе хирургического лечения осложненного дивертикулёза толстой кишки следует по возможности стремиться не только к восстановлению естественного пассажа кишечного содержимого, но и к полному излечению пациентов от основного заболевания путем резекции пораженных дивертикулёзом отделов ободочной кишки.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Назовите ведущие патофизиологические факторы развития дивертикулёза толстой кишки.

Перечислите методы диагностики дивертикулеза толстой кишки.
Назовите наиболее частую локализацию дивертикулов толстой кишки.
Перечислите основные клинические симптомы дивертикулеза.
Перечислите осложнения дивертикулеза и расскажите об их клинике.
Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать дивертикулез толстой кишки.
Перечислите все консервативные мероприятия в лечении неосложненного дивертикулеза.
Перечислите основные принципы лечения таких осложнений, как кровотечение, дивертикулит, перфорация.
Назовите показания к оперативному лечению.
Что является показанием к серозомии толстой кишки?

БОЛЕЗНЬ ФАВАЛЛИ - ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мегаколон, или гигантизм ободочной кишки, у взрослых до настоящего времени еще мало изучен.

Встречаются различные виды гигантизма толстой кишки, в частности гигантизм отдельных ее частей: мегацекум, мегасигма, мегаколон, мегаректум. Любой из этих диагнозов всегда связан с хроническими запорами.

Были выделены следующие причины развития мегаколон у взрослых;

врожденные аномалии периферической нервной системы,

аганглиоз, гипоганглиоз (медленно прогрессирующее течение болезни Фавалли - Гиршпрунга - врожденный мегаколон);

инертная прямая или вся толстая кишка (идеопатический мегаколон),

непроходимость на фоне рубцового или опухолевого происхождения (органический или симптоматический мегаколон);

отсутствие регуляции при нарушении психического состояния.

поражение центральной нервной системы;

эндокринные расстройства (гигантизм, микседема, кретинизм).

Этиология и патогенез. В настоящее время признана аганглиозная теория происхождения болезни Фавалли - Гиршпрунга.

Имеются случаи заболевания, не связанного с наследственностью, что может указывать на нарушение внутриутробного развития межмышечного нервного сплетения. Изменения, обнаруживаемые при болезни Фавалли - Гиршпрунга у взрослых в нервном аппарате толстой кишки, колеблются от полного отсутствия межмышечного (Ауербаховского) и подслизистого (Мейсснерова) нервных сплетений до различной степени гипоганглионизма. В последнем случае отмечается значительное уменьшение числа ганглиев, особенно интрамурального сплетения. На месте ганглиев заметны только пучки безмякотных нервных волокон. Нервные стволы чаще крупные, не образуют сплетений и имеют обычный ход в соединительной ткани. Иногда нервные стволы все же обнаруживают подобие сплетений, однако клетки в них не выявляются. Наряду с этим отмечается гипертрофия мышечного слоя с развитием дегенеративных процессов, подслизистый слой склерозирован. Наблюдается, как правило, склероз клетчатки, окружающей аганглионарную зону. В расширенных отделах наряду с резко выраженной гипертрофией всех мышечных слоев отмечается относительное уменьшение ганглиев межмышечного нервного сплетения, заметны значительные склеротические изменения всех слоев кишечной стенки. Таким образом, патологические изменения локализуются не в расширенной части толстой кишки, а в узком отделе ободочной кишки. Следовательно, аганглионарная зона является причиной клинической картины при болезни Фавалли -- Гиршпрунга. Патогенез заболевания выражается в нарушении пропульсивной способности пораженного отдела толстой кишки, что приводит к постепенному прогрессированию хронической толстокишечной непроходимости, расширению и гипертрофии вышележащих отделов толстой кишки.

Выделяются следующие анатомические формы поражения толстой кишки:

супраанальная - аганглиоз находится в нижеампулярном отделе прямой кишки - 14,3%;
ректальная - юна поражения занимает всю прямую кишку - ректосигмоидальная - аганглиоз
отмечается на протяжении всей прямой и части сигмовидной кишок - 44,1%;
субтотальная - поражена вся левая половина толстой кишки и часть поперечно-ободочной
- 5,2%;

тотальная - аганглиоз определяется на протяжении всей толстой кишки - 0,5%;
сегментарная форма - 0,7%.

У взрослых преимущественно встречаются короткие формы поражения.

Клиника и диагностика. Ведущий симптом заболевания - отсутствие самостоятельного стула (от 5-6 дней до 1 месяца). У взрослых чаще стул вызывается с помощью очистительной клизмы, реже отмечается самостоятельный стул 1 раз в 3-4 дня.

Постоянным симптомом является также метеоризм. Вздутие живота больные переносят даже тяжелее, чем отсутствие стула, так как оно приводит к значительному нарушению дыхания. Метеоризм и расширение ободочной кишки вызывают постепенное изменение конфигурации живота и грудной клетки. Живот значительно увеличивается в размерах, сквозь перерастянутую и истонченную брюшную стенку можно легко видеть крупно волновую перистальтику и отдельные раздутые петли кишечника. Реберный угол развернут, как при выраженной эмфиземе легких. Экскурсия диафрагмы ограничена. Большинство больных отмечают боли в животе, нарастающие по мере увеличения продолжительности задержки стула. При длительной задержке стула появляются тошнота, иногда рвота. Нередко при пальпации определяются каловые камни, расположенные над аганглионарной зоной. Иногда имеют место парадоксальные поносы, обусловленные воспалительным процессом в ободочной кишке, изъязвлениями слизистой оболочки, нарастающим дисбактериозом.

Болезнь Фавалли - Гиршпрунга может иметь компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии.

Особенности клинического течения болезни Фавалли - Гиршпрунга находятся в определенной зависимости от длины аганглионарной зоны, но, главное, от степени недоразвития интрамурального нервного аппарата толстой кишки.

Осложнения при болезни Фавалли - Гиршпрунга разнообразны: удлинение и расширение ободочной кишки может приводить к заворотам различных ее отделов, в связи с застоем каловых масс образуются каловые камни, изъязвления и перфорации стенки кишки, развитие перитонита, явления интоксикации.

Диагностика болезни Фавалли - Гиршпрунга основывается на тщательном изучении анамнестических данных, клинической симптоматики, результатах рентгенологического и эндоскопических исследований. Важное место в дифференциальной диагностике принадлежит функциональным исследованиям. Решающее значение принадлежит рентгенологическим исследованиям с помощью контрастной взвеси (клизмы). На ирригограммах отчетливо видны расширенные, удлиненные отделы толстой кишки, занимающие часто всю брюшную полость. Диаметр этих отделов колеблется от 8-10 до 12-15 см и более. Толстая кишка образует много дополнительных петель. Гаустры в расширенных отделах не определяются, иногда можно видеть несколько суженных зон, представляющих собой спазмированные участки, которые при динамическом наблюдении расправляются. Наибольшие изменения определяются в сигмовидном и нисходящем отделах. Правая половина чаще не изменена, в ней хорошо выражена гаустрация, Вся ободочная кишка расширена лишь у некоторых больных.

Если у детей при ирригоскопии аганглионарная зона почти всегда представляется истинным суженным участком толстой кишки, то у взрослых это сужение часто относительное. У большинства взрослых больных прямая кишка имеет нормальный диаметр, и только резкое отличие ее от расширенных вышележащих отделов заставляет заподозрить болезнь Фавалли - Гиршпрунга. Для постановки диагноза, кроме разницы в размерах, имеют значение и контуры прямой кишки. Аганглионарная прямая кишка теряет характерную для нее ампулярность, приобретает цилиндрическую форму, что относится и к ректосигмоидному

отделу. Переход в расширенную часть толстой кишки всегда конусовидный и резкий. Наиболее трудна для диагностики сегментарная форма заболевания, поскольку спазмированный участок может прикрываться расширенными отделами, а расправление кишки под экраном не всегда возможно. В отличие от других форм мегаколон при болезни Фавалли - Гиршпрунга бариевая взвесь при исследовании пассажа не доходит до дистальных отделов толстой кишки и скапливается над аганглионарной зоной.

В сомнительных случаях для дифференциальной диагностики следует использовать биопсию прямой кишки, предложенную Свенсон. Целью биопсии является определение состояния интрамурального нервного сплетения, поэтому необходимо иссекать оба мышечных слоя. Отсутствие или значительное уменьшение ганглиев межмышечного нервного сплетения в препарате свидетельствует в пользу болезни Фавалли - Гиршпрунга.

Лечение. Консервативная терапия при мегаколон у взрослых показана при незначительном нарушении моторной деятельности кишечника и включает.

диету (фрукты, большое количество клетчатки - до 50-60% дневного рациона);

стимуляцию перистальтики кишечника массажем, лечебной гимнастикой, электрическими методами;

применение различных очистительных клизм, в том числе по Огневу (30 мл 3% раствора перекиси водорода, 30 мл 2% глицерина чистого, 40 мл 10% хлорида натрия. Состав готовят в определенной последовательности, в перекись вливают медленно глицерин, затем добавляют хлорид натрия);

внутривенное введение белковых препаратов, солевых растворов; витаминотерапию.

Оперативное лечение показано при запущенных и осложненных формах мегаколон. Характер оперативного вмешательства различный, в зависимости от причины, вызвавшей развитие мегаколон (рассечение спаек, тяжей, удаление калового камня, удаление опухоли, резекция кишки). При запущенных и осложненных формах мегаколон нередко выполняют двухэтапные оперативные вмешательства.

Болезнь Фавалли - Гиршпрунга у взрослых является абсолютным показанием к операции. Но использование комплекса консервативных мероприятий, описанных выше, можно рассценивать как предоперационную подготовку.

Главной целью оперативного лечения при болезни Фавалли - Гиршпрунга \ взрослых является полное удаление аганглионарной зоны с резекцией декомпенсированных отделов толстой кишки.

У ослабленных, истощенных больных операцию расчленяют на 2 или 3 этапа. 1-й - колостомы, 2-й - радикальная операция с сохранением колостомы, 3-й - реконструктивно-восстановительная операция с ликвидацией колостомы.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Что является патоморфологической причиной развития болезни Фавалли - Гиршпрунга?

Перечислите анатомические формы болезни Фавалли - Гиршпрунга.

Перечислите ведущие клинические симптомы болезни Фавалли - Гиршпрунга у взрослых.

Назовите основные инструментальные методы диагностики.

Каковы рентгенологические и эндоскопические симптомы болезни Фавалли - Гиршпрунга?

Назовите ведущий метод лечения болезни Фавалли - Гиршпрунга у взрослых.

Каковы критерии выбора 1- и 2-этапных операций?

В чем заключается 2-этапность оперативного лечения при болезни Фавалли - Гиршпрунга.

Перечислите основные операции, применяемые при болезни Фавалли - Гиршпрунга у взрослых.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК) И БОЛЕЗНЬ КРОНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

НЯК - это тяжелое общее заболевание с преимущественным разлитым поражением толстой кишки.

Этиология и патогенез. Этиопатогенез окончательно не выяснен. В настоящее время сложилось впечатление о **НЯК** как об аутоиммунном заболевании, где в роли пускового механизма выступает поражение кишки (дизентерийное или другое микробное, т. е. дисбак-териоз). Ранее выдвигаемые теории патогенеза **НЯК** - ферментативная, алиментарная, авитаминозная, эндокринная, неврогенная и т. д. в настоящее время самостоятельного значения не имеют. Но следует обратить внимание на генетический фактор в развитии **НЯК**, т. е. наследственную неполноценность системы иммунологического гомеостаза, при котором все вышеперечисленные факторы (ферментативные, алиментарные и т. д.) могут явиться звеньями в патогенезе заболевания.

Частота **НЯК** составляет 4,9-10,9 больных на 1000 госпитализированных в различные стационары. В последние десятилетия отмечено увеличение частоты заболеваний **НЯК**. Это связано с увеличением числа больных с психоневрозами, т. к. установлено, что у 2/3 больных с хроническим, рецидивным течением **НЯК** обострения связаны с нервно-психическим перенапряжением или стрессовой ситуацией.

В воспалительный процесс при **НЯК** всегда первоначально вовлечена прямая кишка с постепенным распространением поражения на всю толстую кишку до терминального отдела подвздошной кишки. Воспалительный процесс всегда начинается со слизистой оболочки. Первоначально на слизистой появляются гиперемия, отек, затем мелкие язвы, эрозии, сливающиеся между собой в обширные язвенные поля. При тяжелом течении язвы проникают до мышечного и серозного покровов с наступлением перфорации стенки кишки. Частый морфологический признак - псевдополипы, представляющие собой разрастание грануляционной ткани - от единичных до множественных.

Клиника и диагностика. Выделяют триаду симптомов, характерных для **НЯК**; понос, выделение крови с калом, боли в животе.

Учащенный жидкий стул (от 2-3 раз в сутки до 20-30 раз) - первый признак заболевания.

Кровь в кале может быть в виде прожилок до 200-300 мл одновременно при дефекации.

Боли в животе (встречаются у 60-70% больных) - ноющего характера, преимущественно в левой половине живота, стихают после дефекации. При острой форме заболевания боли распространяются по всему животу.

У 30% больных отмечается похудание. Больной может терять до 40% всей массы тела.

Лихорадка, снижение аппетита, эмоциональная лабильность, патологические сдвиги лабораторных показателей - все это свидетельствует о глубине метаболических расстройств и различных осложнениях.

Выделяют 2 формы заболевания:

1. Острая или молниеносная форма. Встречается с частотой 2-5%. Клиническая картина развивается в течение 1-2 суток. У больного появляется клиника гемоколита (напоминает дизентерию, реже - пищевую токсикоинфекцию); изнуряющий понос с кровью и гноем, тошнота, рвота, глубокая интоксикация, сумеречное состояние, стремительная потеря массы тела, подъем температуры до 39-40°C, одышка, тахикардия. В результате дегидратации, потери белков и солей развивается гипотоническая волемия, уменьшается онкотическое и осмотическое давление, падает артериальное давление, ухудшается микроциркуляция, развивается острая почечная недостаточность. Одновременно появляются анальные и перианальные расстройства (отек стенок анального канала, обострение геморроя, образование трещин и свищей), развивается острая токсическая дилатация толстой кишки и перфорация кишки, отмечается поражение кожи, суставов (пиодермия, стоматит, увеит и т. д.). Прогноз при острой или молниеносной форме **НЯК** неблагоприятный. Летальность составляет 80-100%.

2. Хроническая форма под разделя ется . а) на хроническую рецидивирующую; ремиссии при этой форме длятся до 6 месяцев; б) хроническую непрерывную - на фоне постоянных признаков **НЯК**. (стул до 6-10 раз в сутки с примесью крови) отмечаются периоды ухудшения. Следует отметить, что при хронических формах **НЯК** общее состояние больных существенно не страдает, больные испытывают лишь брюшной дискомфорт. При этой форме

отмечается длительное самолечение больных.

Ведущим диагностическим методом при НЯК является ректоро-маноскопия (РРС). Эндоскопически выделяют три степени активности процесса:

1-я - небольшой отек слизистой, гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, контактная кровоточивость.

2-я - появляются поверхностные изъязвления, в просвете кишки гнойевидная или кровянистая слизь, слизистая оболочка кишки имеет зернистый вид.

3-я - в просвете прямой кишки кровь, слизь. На стенках гнойно-фибринозный налет, после его удаления обнажается кровоточащая поверхность, глубокие язвы.

Следует подчеркнуть, что абсолютного параллелизма между клиническими и ректоскопическими данными не существует.

Фиброколоноскопия является обязательным методом исследования, т. к. позволяет определить протяженность процесса, при этом обращают внимание на следующие характеристики: цвет и блеск слизистой оболочки, характер сосудистого рисунка, контактная кровоточивость, степень расправления стенок, характер складок.

Рентгенологическая картина НЯК (ирригоскопия с тугим или двойным контрастированием) складывается из следующих признаков; 1) сглаженность или полное отсутствие гаустрации; 2) равномерность просвета прямой и ободочной кишок на всем протяжении; 3) укорочение толстой кишки; 4) перемещение печеночного и селезеночного изгибов книзу и медиально; 5) неравномерность структуры бариевого столба; 6) наличие различных по величине и форме плоских дефектов наполнения, обусловленных псевдополипами.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Болезнь Крона - грануломатозный колит - была впервые описана Кроном с соавт. в 1932 г. как воспаление дистального отдела тонкой кишки.

Этиология и патогенез. В настоящее время о болезни Крона сложилось четкое представление как о заболевании, поражающем любой отдел желудочно-кишечного тракта с образованием единичных или множественных очагов.

Заболевание распространено меньше, чем НЯК, соотношение с ним составляет 1:5-1:10.

В этиопатогенезе болезни Крона на настоящий момент окончательной ясности нет. Но несомненна роль следующей триады патогенетических факторов: нервно-психических, иммунологических, дисбиотических.

В 52% всех наблюдений патологический процесс развивается в дистальном отделе подвздошной кишки. В остальных 48% процесс может развиваться в других отделах пищеварительного тракта - от пищевода до заднего прохода.

Воспалительный процесс начинается с подслизистого слоя. Идет поражение лимфатического, кровеносного, нервного аппаратов в стенке кишки с развитием гранулем и фиброзной ткани в подслизистом и мышечных слоях.

Гранулема представляет собой скопление лимфоцитов по типу фолликулов. Они обнаруживаются на фоне рассеянной инфильтрации всей стенки кишки лимфоцитами, нейтрофилами. Кроме этих гранулем в 58-87% обнаруживаются гранулемы, содержащие клетки Пирогова-Лангханса и носящие название саркоидных гранулем.

Клиника и диагностика. Для болезни Крона, как и для НЯК, характерна триада симптомов: расстройство стула, кровь в кале, боли в животе.

При этом заболевании чаще встречается общая слабость, лихорадка. У 80% больных имеются анальные поражения (анальные трещины, свищи прямой кишки), инфильтраты брюшной полости, внутренние свищи (межкишечные, кишечно-пузырные и т. д.), сужение просвета кишки с развитием клиники острой кишечной непроходимости.

Частое развитие инфильтратов брюшной полости и внутренних свищей объясняется быстрым распространением трансмурального воспалительного процесса с вовлечением серозного покрова кишки и спаянием близлежащих органов за счет выраженного адгезивного процесса.

Болезнь Крона может протекать в виде следующих форм: *илеит, колит, илеоколит, анальная форма*.

Может наблюдаться одно- или многоочаговое поражение пищеварительного тракта.

Выделяют следующие варианты поражения кишки при болезни Крона: язвенный, склеротический, свищевой.

Заболевание чаще протекает хронически.

Эндоскопически (РРС, ФКС) выделяются две стадии поражения:

I - инфильтративная, при которой нет поражения слизистого слоя кишки. Отмечается отек подслизистого слоя, в результате чего слизистая приобретает бледный, тусклый вид со сглаженной складчатостью. Слизистая покрыта слизью, фибринозным налетом, могут отмечаться петехии.

II - деструктивная, при которой отмечается деструкция слизистого слоя - на слизистой появляются глубокие продольные трещины, т. е. линейные язвы, разделяющие слизистую на отдельные участки, островки - рельеф «булыжной мостовой». Просвет кишки сужен, стенки кишки ригидны. В области трещин, язв - некроз, гной.

Рентгенологические признаки болезни Крона: 1) нечеткие отчетливых границ поражения; 2) ригидность, неправильность контура кишки в сочетании с участками нормальной слизистой и гаустрации; 3) неровный волнистый контур кишки, внутренняя поверхность кишки имеет вид «булыжной мостовой»; 4) наличие суженных участков, свищевых ходов.

Все осложнения при НЯК и болезни Крона подразделяются на общие и местные.

Общие: 1) поражение кожи и слизистых (дерматиты, пиодермии, язвы нижних конечностей, стоматиты и др.); 2) поражение глаз, суставов (иридоциклиты, увеиты); 3) поражение печени (жировой гепатоз, цирроз, гепатит токсико-аллергического генеза) и т. д.

Местные: 1) массивные кровотечения - к массивным кровотечениям относится кровопотеря в 300-500 мл в сутки в результате арозии сосудов стенки кишки, 2) острая токсическая дилатация толстой кишки, наступающая в результате дегенеративных изменений нервно-мышечного аппарата в стенке кишки. Клинически дилатация проявляется выраженным парезом кишечника (поперечник кишки достигает 18-20 см); 3) перфорация язв - при НЯК перфорация чаще наблюдается в сигмовидной и поперечно-ободочной кишках и носит множественный характер. При болезни Крона чаще наблюдаются пенетрации в соседние органы с образованием инфильтратов и абсцессов, 4) инфильтраты, абсцессы брюшной полости, кишечные свищи встречаются преимущественно при болезни Крона, 5) стриктуры - встречаются при болезни Крона; для НЯК - нехарактерны; 6) рак - перерождение пораженной стенки кишки в рак чаще наблюдается при НЯК. Частота перерождения зависит от длительности заболевания. При длительности заболевания более 10-15 лет частота перерождения достигает 10%.

Дифференцировать НЯК и болезнь Крона необходимо со следующими заболеваниями: рак толстой кишки; диффузный полипоз; пивертикулез и дивертикулит толстой кишки, ишемический колит; лимфогрануломатоз, гемангиомы толстой кишки; актиномикоз кишечника.

Лечение подразделяется на консервативное и хирургическое.

Консервативная терапия:

Охранительный режим.

Диета (стол 4, 4б, 4в - исключить цельное молоко, фрукты, овощи, пшеничный и ржаной хлеб).

3. Медикаментозная терапия: а) антибактериальные средства (группа препаратов сульфаниламидного ряда - сульфасалазин, салазопиридазин и др.); стероидные гормоны - гидрокортизон внутривенно по 50 мг 2 раза 5-7 дней; в) антидиарейные препараты (фосфат коде-

ина, висмут, белая глина, карбонат кальция); г) общеукрепляющая терапия - сердечно-сосудистые препараты, витамины; д) трансфузионная терапия - кровь, белки, электролиты - 35-50 мл/кг; е) иммунодепрессивная терапия - азатиоприн, 6-меркаптопурин.

Хирургическое лечение. Операбельность при болезни Крона составляет 40,6%, при НЯК 8,6%. Все показания к операции подразделяются на абсолютные и относительные.

Абсолютные показания:

1. Осложнения, опасные для жизни:

перфорация кишки или подозрение на нее;

острая токсическая дилатация толстой кишки, не поддающаяся комплексному лечению в течение 6-24 часов;

профузные кровотечения:

а) 250-350 мл крови ежедневно на протяжении 3 суток;

б) 500-600 мл крови в течение 2 суток;

в) 1000 мл и более одномоментно.

инфильтраты и стриктуры с явлениями кишечной непроходимости;

рак.

2. Состояния, обусловленные тяжелым течением процесса и интоксикацией:

острые формы болезни и остропротекающие рецидивы при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 7-10 дней;

тяжелая рецидивная форма заболевания без положительной динамики от консервативной терапии на протяжении 3-4 недель.

Относительные показания. 1) хроническое тяжелое течение с многолетним анамнезом (более 10 лет) без тенденции к нормализации; 2) рецидив воспалительного процесса в оставшейся кишке после радикальной операции.

213

на радикальные - субтотальные и тотальные колпроктэктомии,

паллиативные - наложение проксимальных колостом и илеостом,

реконструктивно-восстановительные - при стихании воспалительного процесса восстанавливается непрерывность кишечника

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Каковы особенности патоморфологических изменений в кишечной стенке при НЯК и болезни Крона?

Назовите эндоскопические критерии активности процесса воспаления при НЯК и болезни Крона

Перечислите рентгенологические признаки заболевания при НЯК и болезни Крона

Назовите основные клинические симптомы при НЯК и болезни Крона

Каковы особенности клинического течения НЯК и болезни Крона

Перечислите основные осложнения в клиническом течении заболевания при НЯК и болезни Крона

Перечислите основные заболевания, с которыми необходимо дифференцировать НЯК и болезнь Крона

Перечислите основные мероприятия консервативной терапии НЯК и болезни Крона

Перечислите абсолютные и относительные показания для оперативного лечения при НЯК и болезни Крона

Назовите основные операции при болезни Крона и НЯК,

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Рак ободочной кишки занимает четвертое место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и составляет от 4 до 6% среди всех опухолей.

Этиология и патогенез. Причина возникновения рака ободочной кишки, как и других локализации, до сих пор неизвестна. Но следует выделить несколько моментов, которые, несомненно, способствуют развитию рака в определенных отделах ободочной кишки: 1) запоры, 2) предраковые заболевания - полипы кишки, семейный полипоз, ворсинчатые опухоли, неспецифически и язвенный колит и т.д., 3) характер питания - наличие в пище большого количества животных жиров, при разложении которых могут образовываться канцерогенные вещества.

Для рака ободочной кишки характерно относительно позднее метастазирование. Эндофитные формы рака ободочной кишки дают метастазы в более ранние сроки и значительно чаще, чем экзофитные. Прорастание рака через все оболочки кишечной стенки при эндофитной форме рака происходит в 4 раза чаще, чем при экзофитной. Но прорастание опухоли в соседние ткани и органы часто не сопровождается метастазированием в отдаленные органы.

Первыми поражаются лимфатические узлы, располагающиеся около стенки ободочной кишки у брыжеечного ее края (параколические), вторая группа узлов располагается между кишкой и артериальной аркадой, третья - у начала главных стволов брыжеечных артерий, четвертая - главные и центральные лимфатические узлы находятся у начала отхождения верхних и нижних брыжеечных сосудов.

У людей молодого и среднего возраста метастазы в лимфатические узлы встречаются чаще, чем у пожилых людей, и у женщин чаще, чем у мужчин.

Метастазирование рака ободочной кишки возможно и по венозным сосудам, и если это происходит, то прогноз у больного возникает неблагоприятный, т.к. раковые клетки проникают в венозные сосуды из первичного ракового очага.

Отдаленные метастазы рака ободочной кишки, которые наблюдаются приблизительно у 17-20% больных, наиболее часто обнаруживаются в печени, менее часто происходит поражение лимфатических узлов центральной мезентериальной и парааортальной групп, и еще менее часто отмечается обсеменение брюшины и органов брюшной полости, поражение костей, легких и других органов.

Рак ободочной кишки имеет более благоприятное течение по сравнению с раком других локализации желудочно-кишечного тракта, т.к. сравнительно медленно метастазирует, но в то же время дает большое количество тяжелых осложнений (непроходимость, перфорация, кровотечения), которые могут послужить причиной смерти больных.

Классификация рака ободочной кишки. Широкое распространение получила Международная классификация по системе T, N, M с выделением гистопатологической категории - P и делением по степени клеточной дифференцировки - Q:

T - первичная опухоль;

N - регионарные лимфатические узлы;

M - отдаленные метастазы;

MO - нет отдаленных метастазов;

M1 - имеются отдаленные метастазы;

P - гистопатологические формы (определяемые после операции),

P1 - рак, инфильтрирующий только слизистую оболочку толстой кишки;

P2 - рак, инфильтрирующий подслизистый слой,

P3 - рак, инфильтрирующий мышечный слой;

P4 - рак, инфильтрирующий серозную оболочку или выходящий за ее пределы;

Q - деление по степени клеточной дифференцировки;

Q1 - рак с высокой степенью дифференцировки опухолевых клеток;

Q2 - рак со средней степенью дифференцировки клеток;

Q3 - анапластическая карцинома.

Преобладающей формой рака толстой кишки является аденокарцинома, менее часто встречается солидный и слизистый рак.

Клиника и диагностика рака ободочной кишки весьма разнообразна. Для этого заболевания нет ни одного патогномичного симптома, и поэтому проблема раннего распознавания рака ободочной кишки остается актуальной до настоящего времени.

Трудности диагностики заключаются в том, что опухоль правой половины ободочной кишки вызывает одни симптомы, а левой половины - другие. Это связано с тем, что в правой половине в основном осуществляется всасывание, а в левой - формирование кала, в правой половине чаще наблюдаются экзофитные формы рака, а в левой - эндофитные, которые циркулярно стенозируют просвет и ведут к непроходимости.

Рак слепой и восходящей ободочной кишки. Самым первым и наиболее частым симптомом являются боли в животе разной интенсивности и локализации, в эпигастральной области, правом подреберье, по всему животу и в правой паховой области, но наиболее часто в правой подвздошной области. Боли самостоятельные, не связаны с приемом пищи, иногда иррадируют в спину. Причиной болей является воспалительный процесс, который присоединяется к опухоли и распространяется в кишечной стенке и забрюшинной клетчатке. В связи с этим каждое обострение воспаления может сопровождаться, помимо болей, напряжением мышц в правой подвздошной области, субфебрильной температурой, другими признаками воспаления. Такая клиническая картина напоминает острый аппендицит и служит причиной ошибочного диагноза.

Начальным симптомом может быть слабость и ухудшение общего состояния. Боли в животе появляются при этом значительно позже. Слабость и ухудшение общего состояния часто сопровождается анемией, которая сама по себе может быть первым признаком заболевания. На третьем месте по частоте первых проявлений болезни - нарушение кишечных отпращиваний - поносы, запоры или их чередование, урчание в животе, тошнота, чувство переполнения и тяжести после еды.

Характерным признаком рака слепой и восходящей кишок является плотный инфильтрат с бугристой поверхностью и небольшой болезненностью в правой подвздошной области.

Кишечное кровотечение (явная кровь в кале), непроходимость - эти признаки считаются нетипичными для рака данной локализации.

По мере роста опухоли гипохромная анемия нарастает, больные худеют, температура иногда достигает 38 °С, но чаще держится на уровне 37-37,5°С, боли усиливаются. К этому времени у многих пальпируется опухоль.

Рак правого изгиба ободочной кишки. Основными симптомами рака этой локализации являются боли в правом подреберье, запоры, урчание в правой половине живота, гипохромная анемия.

Боли носят ноющий характер, часто отдают в поясницу и в правую лопатку, иногда распространяются в эпигастральную область.

Пальпировать опухоль удастся только в запущенных стадиях. Кишечный дискомфорт проявляется в виде упорных запоров, чередующихся с поносами, урчанием в правой половине живота. Все эти явления сопровождаются гипохромной анемией, но падение гемоглобина никогда не достигает таких низких цифр, как это бывает при раке слепой кишки.

Рак поперечной ободочной кишки. Основными симптомами являются боли в эпигастральной области, слабость, похудение, ухудшение общего состояния, в дальнейшем лихорадка, иногда анемия, при стенозирующих формах рака - запоры, перемежающиеся с поносами.

Боли постоянные, ноющего характера, не связаны с приемом пищи, иногда приступообразные. Рак поперечной ободочной кишки может прорасти в желудок. При прорастании рака в желудок развивается сложный симптомокомплекс, когда сочетаются симптомы рака желудка и рака поперечной ободочной кишки.

Как и при раке других отделов ободочной кишки, в кале обнаруживается скрытая кровь. Манифестирующие кровотечения бывают редко.

Рак левого изгиба ободочной кишки. Первыми симптомами рака этой локализации явля-

ются боли в левом подреберье и явления непроходимости кишечника. Боли иногда распространяются по всему животу, иногда отдают в левую лопатку и поясничную область. Они могут носить приступообразный характер за счет явлений непроходимости.

Непроходимость кишечника при этой локализации рака наступает достаточно рано, т. к. сама кишка в этом месте более узкая, чем в правой половине, угол острее, а рак почти всегда имеет эндофитную форму и быстро циркулярно суживает просвет.

Характерно чередование длительных, упорных, не поддающихся медикаментозной терапии запоров и поносов. В кале обнаруживаются заметные на глаз кровь и слизь. В поздних стадиях рака у истощенных больных иногда удается прощупать опухоль в левом подреберье. Общее состояние в начальном периоде обычно страдает мало. Лишь после появления признаков кишечной непроходимости отмечается слабость, недомогание, похудение.

Рак нисходящей и сигмовидной ободочной кишки. В большинстве случаев рак этой локализации имеет эндофитный рост и постепенно приводит к полному циркулярному сужению просвета кишки и непроходимости.

Рак нисходящей и сигмовидной ободочной кишки, как и в других отделах, имеет длительный скрытый период. Ранним проявлением рака этой локализации является примесь кровянистых выделений в виде отдельных капель или прожилок темного или яркого цвета, которые обволакивают кал.

Достаточно часто первым проявлением заболевания бывает нарушение привычных кишечных отпавлений, когда неожиданно появляются запоры или запоры сменяются частым стулом.

В ряде случаев заболевание начинается с тупых ноющих болей в левой подвздошно-паховой области, пояснице или в области крестца. Чаще боли появляются после появления крови в кале и после явлений кишечного дискомфорта.

При частичной кишечной непроходимости кал имеет лентовидную форму или бывает в виде овечьего кала. В более поздних стадиях в кале появляются примеси слизи и гноя, связанные с распадом опухоли и присоединением воспаления.

Повышение температуры сопровождает распад опухоли, который характеризуется частыми позывами и обильным зловонным стулом с примесью гноя.

Больные с локализацией рака в нисходящей и сигмовидной ободочной кишке обычно не страдают плохим аппетитом, не худеют, только в поздних стадиях отмечают слабость. Иногда бывают тошнота отрыжка, чувство переполнения после еды. Анемия наблюдается редко. Типично увеличение СОЭ.

В начале заболевания опухоль не пальпируется, но по мере роста и при более высоком ее расположении удается пальпировать плотное образование, малоблезненное, в ряде случаев подвижное.

Таким образом, рак ободочной кишки в начальных стадиях развития протекает скрытно. Патномоничных симптомов нет. Для рака правой половины характерно нарушение общего состояния и анемия. Для рака левой половины - нарушение функционально-моторной деятельности кишечника.

Большое значение в диагностике имеют:

Ректороманоскопия - этим методом можно обнаружить опухоль в ректосигмоидном отделе или дистальном отделе сигмовидной кишки.

Ирригоскопия - это основной и достаточно достоверный метод выявления рака ободочной кишки. При ирригоскопии удается обнаружить опухоль в 80-85% случаев.

Рентгенологическими признаками рака ободочной кишки являются; 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 является следующим ценным методом в

диагностике рака ободочной кишки. Только сочетание ирригоскопии с фиброколоноскопией позволяет поставить правильный диагноз почти в 100% случаев.

Биопсия и цитологическое исследование обязательно должны быть выполнены во всех случаях колоноскопии.

Рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости позволяют определить наличие отдаленных метастазов.

Дифференцировать рак ободочной кишки необходимо со следующими заболеваниями:

1) воспалительные процессы: воспалительный инфильтрат на почве острого аппендицита или после аппендэктомии, опухолевидный туберкулез, актиномикоз, дивертикулит, язвенный и спастический колит, сифилис;

другие опухоли ободочной кишки: полипы, ворсинчатая опу-

холь, карциноид, саркома, липома, миома, эндометриоз;

опухоли и заболевания близко расположенных органов: опухоль

почки, подвижная почка, опухоль или воспаление желчного пузыря,

опухоль печени, опухоль желудка, опухоль поджелудочной железы,

опухоль брыжейки тонкой кишки, заболевания придатков матки и

другие.

Осложненные формы рака ободочной кишки:

Первичные осложнения, острая кишечная непроходимость, перфорация опухоли, параколические флегмоны и абсцессы, профузные толстокишечные кровотечения.

Вторичные осложнения: перфорация стенки кишки, перитонит, сепсис, острая анемия.

Рак ободочной кишки, осложнившийся обтурационной кишечной непроходимостью, наблюдается с частотой до 69% случаев. Быстрота развития клинической картины кишечной непроходимости зависит от локализации опухоли, формы роста и степени сужения просвета кишки.

Перфорация кишечной стенки является очень тяжелым осложнением, которое влечет за собой развитие тяжелого перитонита и часто заканчивается летальным исходом. Частота перфорации опухоли или стенки кишки колеблется в пределах от 1,9 до 18,2%.

Перфорация опухоли в напратствии забрюшинного пространства приводит к развитию забрюшинной флегмоны, а иногда и образованию кишечного свища. Перфорация опухоли и стенки кишки в свободную брюшную полость приводит к развитию калового перитонита, смертность при котором достигает 58,3-90%.

Рак ободочной кишки часто сопровождается воспалительным процессом (параколический абсцесс или флегмона), который наблюдается в 20,6 случаев и более.

В зависимости от остроты клинических проявлений и от особенностей клинической картины по сравнению с неосложненным раком ободочной кишки выделяют две разновидности течения рака, осложненного нагноительным процессом.

а) присоединение воспалительного процесса к раку ободочной кишки не меняет основных симптомов, присущих раку этой локализации; присоединение воспаления проявляется в повышении температуры тела и соответствующих сдвигах в картине крови;

б) присоединение воспалительного процесса к раку, который до этого мало чем себя проявлял, вызывает острое начало процесса, характерного для острого хирургического заболевания органов брюшной полости.

Рак ободочной кишки, осложнившийся острым профузным кровотечением, встречается в 13-17% случаев. Острыми или профузными считаются те кровотечения, которые сопровождаются выраженными гемодинамическими нарушениями и гематологическими изменениями с последующим развитием острой постгеморрагической анемии. Основной причиной массивных кровотечений при раке ободочной кишки является распад опухоли с арозией сосудов стенки кишки и краевых сосудов брыжейки.

Выбор метода операции при неосложненном раке ободочной кишки зависит от локализации опухоли:

Рак правой половины ободочной кишки - выполняется правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Рак средней части поперечной ободочной кишки – имеется 2 варианта операции: резекция средней части поперечной ободочной кишки с анастомозом (при ограниченной небольшой опухоли);

расширенная правосторонняя гемиколэктомия (при распространенной опухоли этой локализации).

Рак левой трети поперечной ободочной кишки или левого изгиба - резекция от средней трети поперечной ободочной кишки до средней трети сигмовидной ободочной кишки с анастомозом.

Рак нисходящей и сигмовидной ободочной кишки – левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом.

Выбор метода операции при осложненных формах рака ободочной кишки:

1. Острая обтурационная кишечная непроходимость (ОКН):

а) рак правой половины, осложнившийся ОКН: правосторонняя гемиколэктомия с концевой или подвесной илеостомией;

б) рак поперечной ободочной кишки: первым этапом выполняется обструктивная резекция ободочной кишки с выведением обоих концов кишки на переднюю брюшную стенку, а во втором этапе наложение межкишечного анастомоза;

У больных в крайне тяжелом состоянии первым этапом выполняют наложение разгрузочной колостомы, а по мере стихания перитонита и улучшения состояния больного - резекция кишки;

в) рак левой половины ободочной кишки:

обструктивная резекция левой половины ободочной кишки с колостомой;

у тяжелых и пожилых больных на первом этапе выполняют разгрузочную колостомию, а во втором этапе - радикальную операцию.

2. Перфорация опухоли и кишечной стенки.

Операцией выбора здесь является выведение перфорированной кишки или опухоли из брюшной полости или паллиативное удаление опухоли с выведением концов кишки на брюшную стенку. При невозможности вывести перфорированную опухоль или кишку из брюшной полости показано ушивание перфорационного отверстия с наложением разгрузочной коло- или илеостомы.

3. Профузное кровотечение - при кровотечениях из неоперабельных опухолей обосновано расширение показаний к паллиативным резекциям.

Результаты пятилетних наблюдений за радикально оперированными больными по поводу рака правой или левой половины ободочной кишки приблизительно одинаковы и составляют около 59%. Значительно худшие отдаленные результаты операции отмечены при раке поперечной ободочной кишки (около 10%). Плохие отдаленные результаты во многом связаны с ограниченной резекцией поперечной ободочной кишки.

Отмечено, что пятилетняя выживаемость среди женщин несколько выше, чем у мужчин.

При аденокарциноме выживаемость выше, чем при других гистологических формах рака.

Паллиативные операции продлевают жизнь до 5 лет у 15% больных, поэтому целесообразность их при соответствующих показаниях не вызывает сомнения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Какова распространенность рака ободочной кишки?

Перечислите пункты Международной классификации рака ободочной кишки.

Назовите основные гистологические формы рака ободочной кишки.

Назовите основные эпидемиологические характеристики рака ободочной кишки.

Перечислите основные клинические симптомы рака ободочной кишки в зависимости от его локализации.

Назовите клинические особенности рака правой и левой половины ободочной кишки.

Перечислите основные заболевания, с которыми необходимо дифференцировать рак ободочной кишки.

Перечислите основные методы диагностики рака ободочной кишки.

Назовите основные осложнения рака ободочной кишки.

Перечислите основные радикальные операции в зависимости от локализации рака.

Назовите операции, используемые при осложненном раке ободочной кишки.

Каковы отдаленные результаты хирургического лечения рака ободочной кишки?

В результате проведенного занятия

Студент должен знать:

- определение понятия «колопроктология»;
- анатомию и физиологию толстой кишки;
- методы обследования толстой кишки, анального канала и промежности;
- принципы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям;
- определение неопухолевых заболеваний (дивертикулярная болезнь толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, парапроктит, геморрой,), этиологию, патогенез, современные классификации, клиническую картину, дифференциальный диагноз, показания к консервативному и хирургическому лечению, виды и техника хирургического лечения, ведение послеоперационного периода, меры профилактики, показания к диспансерному учету.
- определение опухолевых заболеваний (рак толстой кишки), этиологию, патогенез, современные классификации, клиническую картину, дифференциальный диагноз, показания к консервативному и хирургическому лечению, виды и техника хирургического лечения, ведение послеоперационного периода, меры профилактики, показания к диспансерному учету.

Студент должен уметь:

- правильно собрать анамнез жизни и заболевания, жалобы;
- правильно выполнять объективное исследование, пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопию;
- назначать соответствующее обследование, тактику лечения, показания к различным видам и объему лечения, меры профилактики, правильно определять показания к диспансерному учету.

Методика проведения практического занятия:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

Основные вопросы темы:

1. Анатомия и физиология толстой кишки.
2. Методы обследования толстой кишки, анального канала и промежности. Принципы подготовки толстой кишки к обследованию и операциям.
3. Неспецифический язвенный колит. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, методы

- лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
4. Болезнь Крона. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
 5. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
 6. Парапроктит. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
 7. Геморрой. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.
 8. Рак слепой кишки, ободочной и прямой кишки, анального канала. Определение, этиопатогенез, современная классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, виды лечения, показания к хирургическому лечению, виды операций, послеоперационное ведение, диспансеризация, профилактика.

Методическое обеспечение: методическое пособие «Методические разработки по курсу частной хирургии», таблицы, набор Ro-грамм по разбираемой теме, патологоанатомические препараты, схемы операций, макеты, муляжи, слайды, видеофильмы, хирургические инструменты, ситуационные задачи.

Рекомендуемая литература:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / [Под редакцией М.И. Кузина](#) / Издательство: [Медицина](#) 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / [Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко](#) / Издательство: [ГЭОТАР-Медиа](#) 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / [Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина](#) / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) клиника, диагностика и лечение / [Халиф И.Л., Лоранская И.Д.](#) – М.: «Миклош». – 2004, 88 с.
2. Колопроктология (Учебное пособие) / [Под ред. Е.И. Семионкина](#) – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. - 2004, 224с.
3. «Методические разработки по курсу частной хирургии» [под ред. Г.И. Жидовинова.](#) - Волгоград, 1999. - 248 с.
4. Неотложная колопроктология / [Под ред. В.К. Ан, В.Л. Ривкина](#) - М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. - 2003, 114 с.
5. Опухоли толстой кишки / [Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев](#)-М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 376 с.
6. Основы колопроктологии / [Под ред. Академика РАМН, профессора Воробьева Г.И.](#) - Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 2001. - 416 с.: ил.

7.Рак прямой кишки / Под ред. Академика АМН СССР, профессора В.Д. Федорова – М.: Медицина. – 1987, 320 с., ил.