

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургических болезней № 3

**Утверждено на заседании кафедры
протокол № ___ от «___» _____ 2002г.**

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**Учебно-методическая разработка для студентов VI курса
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лызиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

ГОМЕЛЬ, 2002

I. ВВЕДЕНИЕ.

Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона - хронические воспалительные заболевания кишечника, этиология и патогенез которых до настоящего времени остаются неясными. Проблема этих заболеваний постоянно привлекает к себе внимание исследователей в связи с ростом заболеваемости. Увеличение заболеваемости, преимущественное поражение лиц молодого, трудоспособного возраста, серьезные осложнения, приводящие к ранней инвалидности, делают эту проблему не только медицинской, но и социальной. Все это объясняет актуальность углубленного изучения НЯК и болезни Крона.

По данным литературы, в настоящее время отмечается рост заболеваемости раком толстой кишки среди раковых опухолей различной локализации. Среди заболеваний прямой и ободочной кишок, на фоне которых достоверно чаще, чем у здоровых людей, возникает рак, ведущее место занимают полипы. Поэтому вопросы своевременной диагностики и лечения полипов толстой кишки приобретают все большую значимость.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Научить студентов:

- вопросам диагностики, клинического течения, выбора оптимальной лечебной тактики и хирургического лечения у больных с язвенным и гранулематозным колитом, доброкачественными опухолями, полипами и дивертикулами ободочной кишки.

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Варианты клинического течения язвенного и гранулематозного колита, полипов и дивертикулов ободочной кишки и их осложнения.
2. Методы обследования (инструментальные, лабораторные) больных с заболеваниями ободочной кишки.
3. Современные подходы к выбору лечебной тактики при данных заболеваниях, способы оперативных вмешательств и их исходы.
4. Вопросы реабилитации колостомированных больных.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больного с подозрением на заболевание толстой кишки.
2. Провести дифференциальную диагностику различных заболеваний ободочной кишки.
3. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.
4. На основании клинико-anamnestических и дополнительных методов исследования поставить и правильно сформулировать диагноз при язвенном и гранулематозном колите, полипах и дивертикулах толстой кишки.
5. Определять тактику лечения больных при данных заболеваниях и их осложнениях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Глубокая и поверхностная пальпация живота.
2. Пальцевое исследование прямой кишки.
3. Методика и техника выполнения ректороманоскопии.
4. Чтение рентгенограмм.

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Хронический неспецифический язвенный колит. Этиология и патологоанатомическая картина. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Осложнения НЯК: кровотечение, перфорация, токсическая дилатация кишки, стеноз, малигнизация. Показания и методы оперативных вмешательств при НЯК. Прогноз.
3. Гранулематозный колит. Этиопатогенез, патоморфологические изменения толстой кишки. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Осложнения болезни Крона: стеноз, перфорация, абсцессы брюшной полости, свищи, поражения аноректальной области, кровотечение, малигнизация. Лечебная тактика и методы операций. Прогноз заболевания.
5. Полипы и полипоз ободочной и прямой кишки. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика и способы операций.
6. Дивертикулы и дивертикулез ободочной кишки. Этиопатогенез, классификация. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций.
7. Осложнения: дивертикулит, параколические абсцессы, перитонит, обструкция ободочной кишки, кровотечение. Клиника, диагностика, лечение.
8. Экспертиза временной и постоянной утраты трудоспособности при заболеваниях толстой кишки. Реабилитация колостомированных больных.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

Хроническое воспалительное заболевание слизистой и подслизистой оболочки толстой кишки. Относится к группе тяжелых воспалительно-деструктивных поражений ЖКТ. В патологический процесс вовлекается дистальная часть (всегда вовлечена прямая кишка) или вся толстая кишка (15-20% случаев).

Эпидемиология:

Частота возникновения (первичная заболеваемость): 4-10 на 100 000 жителей в год. Встречаемость (численность больных) 40-117 на 100 000 жителей.

Этиопатогенез:

1. Генетические влияния (напр. повышенная семейная предрасположенность).
2. Диетический фактор? (пищевые аллергены).
3. Инфекции? (бактерии, вирусы).
4. Вредные факторы окружающей среды.
5. Иммунологический дефект? (нарушение регуляции, патологическая иммунотолерантность).
6. Психические факторы? (способствуют манифестации, провоцируют обострения).

Клиническая картина. Обострения, сменяющиеся бессимптомными интервалами; очень редко хроническая непрерывно текущая форма.

1. Кишечные симптомы:

- понос, содержащий макроскопически видимые кровь и слизь;
- боли в животе, иногда тенезмы;
- боли при надавливании, при пальпации, особенно в левом нижнем отделе живота.

2. Внекишечные симптомы:

- анемия, лихорадка;
- снижение веса, чувство болезни;
- артрит;

- узловатая эритема;
 - глазная симптоматика.
3. Сопутствующие заболевания:
- первично склерозирующий холангит;
 - амилоидоз, заболевания печени;
 - сочетание с болезнью Бехтерева.

Лабораторная диагностика.

1. Определение активности:
 - повышены СОЭ, лейкоциты крови, протеины острой фазы, С-реактивный протеин, орозомукоид (кислый α-гликопротеин);
 - понижены гемоглобин, общий белок.
2. Дефициты: понижено содержание альбумина, гемоглобина, ретикулоцитов, железа, ферритина, электролитов.
3. Исключение инфекционной этиологии: серологическое выявление возбудителя (титр антител), прямое выявление возбудителя в кале, в мазке со слизистой оболочки, путем биопсии слизистой оболочки.

Инструментальная диагностика:

Эндоскопия.

Активная стадия:

- покраснение, утрата сосудистого рисунка;
- зернистость слизистой оболочки;
- ранимость при контакте, петехии, кровоточивость;
- слизь, гной;
- плоские, сливные, поверхностные изъязвления слизистой оболочки;
- псевдополипы (воспалительного характера);
- непрерывное распространение от прямой кишки в проксимальном направлении, "возвратный илеит".

Неактивная стадия:

- бледная, атрофическая слизистая оболочка с единичными псевдополипами.

Рентгенологическая картина:

- слизистая оболочка покрыта грануляциями, спиккулы;
- изъязвления, "пуговичные язвы";
- псевдополипы;
- потеря гаустрации, "феномен садового шланга".

Гистология:

- непрерывная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами, ограниченная слизистой оболочкой;
- абсцессы крипт;
- уменьшение числа бокаловидных клеток.

Степень тяжести обострения.

1. Легкое обострение: менее 4 опорожнений кишечника в сутки, мало крови и слизи, отсутствие лихорадки и тахикардии, в тоже время умеренная анемия, недомогание отсутствует.
2. Обострение средней тяжести: 5-8 раз в сут жидкий, кровянистый и слизистый стул, температура < 38 С, недомогание.
3. Тяжелое обострение: > 8 раз в сут кровянистый понос, температура > 38 С, анемия. Пациент тяжело болен.

Дифференциальная диагностика.

1. Микробные колиты, обусловленные сальмонеллами, шигеллами, *Campylobacter jejuni/coli*, йерсиниями, амебами, хламидиями.
2. Псевдомембранозный колит (*Clostridium difficile*).
3. Болезнь Крона толстой кишки.
4. Ишемический колит, радиогенный колит, коллагенный колит.
5. Медикаментозно индуцированный колит/проктит.
6. Карцинома толстой кишки.

Осложнения течения заболевания.

1. Перфорация (3%), часто приводит к смерти.
2. Мегаколон токсической этиологии (2-13%), может дополнительно осложняться перфорациями. Состояние обычно тяжелое, с высокой лихорадкой, болью в животе, значительным лейкоцитозом, истощением, возможен летальный исход. Лечение - интенсивная медикаментозная терапия в течении 48-72 ч. Отсутствие ответа на проводимое лечение - показание к немедленной тотальной колэктомии.
3. Массивное кровотечение из толстой кишки (кровопотеря не менее 300-500 мл/сут).
4. Стриктуры (5-20% случаев).
5. Устойчивость к медикаментозной терапии, сопровождающаяся:
 - тяжелым недомоганием;
 - септико-токсической картиной заболевания;
 - тяжелой внекишечной симптоматикой.
6. Возникновение карциномы толстой кишки (фактор риска):
 - длительность > 10 лет;
 - распространенное поражение толстой кишки, частые обострения;
 - выявление дисплазий.

Хирургическое лечение.

Показано при отсутствии эффекта от консервативной терапии и скоротечности заболевания, при развитии осложнений (кровотечение, перфорация, кишечная непроходимость, малигнизация), а также при длительно протекающем язвенном колите, при котором выявляют дисплазию слизистой оболочки. Различают следующие группы оперативных вмешательств:

1. Паллиативные (операции отключения) - наложение двухствольной илео- или колостомы.
2. Радикальные - сегментарная или субтотальная резекция ободочной кишки, колэктомия, колпроктэктомия.
3. Восстановительно-реконструктивные - наложение илеоректального или илеосигмовидного анастомоза.

Прогноз. Примерно у 10% больных не возникает повторных атак. Длительное течение наблюдается у 10% больных. Повторные ремиссии и обострения возникают примерно у 70-80% больных; в дальнейшем приблизительно у 20% подобных пациентов возникает необходимость в тотальной колэктомии.

ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ КОЛИТ (БОЛЕЗНЬ КРОНА).

Хроническое гранулематозное заболевание неясной этиологии, поражающее всю толщу стенки кишки и любой отдел ЖКТ. Впервые его описал Крон в 1932 году как терминальный илеит. В 1934 году Кольп выявил подобные же изменения в толстой кишке.

Наиболее часто поражается тонкая кишка (25% случаев), тонкая кишка в сочетании с толстой в 50% случаев, только толстая - в 25-30% случаев.

Эпидемиология:

Частота возникновения (первичная заболеваемость): 2-4 на 100 000 жителей в год;
встречаемость (численность больных): 30-50 на 100 000 жителей.

Этиопатогенез:

1. Бактерии? (микобактерии, псевдомонас).
2. Вирусы?
3. Аллергия к продуктам питания (очищенный сахар, консервирующие средства, инородные протеины и др).
4. Факторы окружающей среды (курение, промышленность).
5. Генетические факторы (семейная предрасположенность, повышенная частота в некоторых этнических группах).
6. Психические факторы? (способствуют манифестации, провоцируют обострение).
7. Патологическая иммунная реакция кишечника.

Клиническая картина.

1. Кишечная симптоматика:
 - боли в животе, особенно после еды;
 - поносы, кровь в стуле (редко);
 - симптомы нарушения всасывания;
 - повреждения в анальной области.
2. Внекишечная симптоматика:
 - анемия, лихорадка;
 - общее недомогание, снижение веса;
 - артрит;
 - узловатая эритема;
 - вторичная аменоррея;
 - афтозный стоматит;
 - глазная симптоматика.

Клинические данные:

- давящая боль / болезненность при пальпации в области пупка;
- резистентность при пальпации;
- объемное образование;
- анальная фистула, абсцедирующий перипроктит;
- желчные камни (при поражении тонкой кишки).

Лабораторная диагностика:

1. Диагностика активности:
 - повышены СОЭ, лейкоциты, С-реактивный белок, орозомиукоид, протеины острой фазы;
 - понижены гемоглобин, общий белок.
2. Дефициты:
 - альбумина, железа, ферритина, витамина В-12, фолиевой кислоты, цинка, магния.
3. Исключение инфекционной этиологии:
 - серологическое выявление возбудителя (титр антител);
 - прямое выявление возбудителя в кале, в мазке со слизистой оболочки;
 - путем биопсии слизистой.
4. Специальные исследования:
 - SeHCAT-тест (абсорбция желчных кислот);
 - дыхательный тест с H_2 ;
 - тест Гордона (чреспросветная потеря белка);

- тест Шиллинга (ресорбция витамина В-12).

Диагностика.

Эндоскопия:

- афтозные и язвенные поражения на нормальной или воспаленной слизистой оболочке;
- фиссуральные язвы;
- рельеф бульжной мостовой;
- сужение просвета, стенозирование;
- сегментарное, прерывистое распространение в кишке;
- прямая кишка не повреждена (80%).

Рентгенологическое исследование:

- изъязвления (афты);
- рельеф бульжной мостовой;
- отсутствие растяжения кишки;
- феномен дистанции (утолщение стенки);
- асимметричное сморщивание брыжейки;
- выявление фистул;
- сужение просвета, стеноз (нитевидный);
- сегментарное, прерывистое распространение в кишке.

Гистология:

- лимфоцитарная трансмуральная инфильтрация, прерывистое распространение
- очаговая лимфоидная гиперплазия;
- фиброзирование всех слоев стенки;
- трещины;
- эпителиоидные гранулемы (30-60%) в подслизистом слое;
- изредка абсцессы крипт;
- сохранение бокаловидных клеток (толстая кишка). Эхография:
- кокарды (утолщение стенки кишки);
- объемное образование;
- абсцессы в брюшной полости.

Дифференциальная диагностика:

1. Микробные колиты, обусловленные сальмонеллами, шигеллами, *Campylobacter jejuni/coli*, йерсиниями, амебами, хламидиями.
2. Псевдомембранозный колит (*Clostridium difficile*).
3. Ишемический, радиогенный, коллагенный колит.
4. Язвенный колит.
5. Медикаментозно индуцированный колит/проктит.
6. Карцинома толстой кишки.

Осложнения течения заболевания:

Частые:

1. Стенозы с последующей острой кишечной непроходимостью или хронической (частичной) кишечной непроходимостью.
2. Перфорация и перитонит.
3. Абсцесс брюшной полости, межпетельный абсцесс.
4. Септико-токсическая клиническая картина.
5. Неэффективность медикаментозной терапии.
6. Поражения аноректальной области.

Фистулы:

1. Висцеро-висцеральные.
2. Висцеро-кутанные.
4. Висцеро-везикальные (инфекции мочевыводящих путей).
5. Ректо-вагинальные.

Редкие:

1. Тяжелое кровотечение.
2. Токсический мегаколон.
3. Обструктивные уропатии.
4. Тяжелая внекишечная симптоматика и сопутствующие заболевания.
5. Карцинома кишки.

Лечение.

I. Показания к плановой операции:

1. Отсутствие эффекта от длительной консервативной терапии при тяжелом течении процесса и частых рецидивах болезни.
2. Стойкие стриктуры ободочной кишки, сопровождающиеся частичной кишечной непроходимостью, постепенно приближающейся к полной непроходимости.
3. Развитие рака на фоне болезни Крона.

II. Показания к срочной операции:

1. Повторяющееся и прогрессирующее профузное кровотечение.
2. Острая токсическая дилатация ободочной кишки, не поддающаяся консервативной терапии.
3. Перфорация кишечных язв, развитие абсцессов, свищей и перитонит.

Виды оперативных вмешательств:

1. Паллиативные (операции отключения) - наложение двухствольной илео- или колостомы при крайне тяжелом состоянии больного или внутрибрюшных инфильтратах.
2. Радикальные - сегментарная или субтотальная резекция ободочной кишки, колэктомия, а также пластические операции при рубцовых стриктурах малой протяженности.
3. Восстановительно-реконструктивные операции.

Лечение осложнений заболевания.

К оперативному лечению прибегают при развитии осложнений, которые рано или поздно возникают в большинстве случаев. Оперативное вмешательство необходимо проводить по щадящему принципу - резецировать по возможности наименьший участок кишки. Если резекцию кишки выполнять рискованно, необходимо наложить обходной анастомоз или выполнить отключение пораженного участка кишки.

Прогноз. Болезнь Крона склонна к рецидивированию, в процесс вовлекаются новые участки ЖКТ. Примерно 50% пациентов, перенесших оперативное вмешательство, в течении 5 последующих лет опять подвергаются операции. вероятность развития рецидива заболевания после каждой последующей операции - от 35 до 50%.

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Частота. Дивертикулез встречаются примерно у 50% лиц старше 60 лет. У женщин заболевание возникает несколько чаще, чем у мужчин.

Этиология и патогенез. Грыжевая теория - одна из наиболее распространенных. Согласно этой теории, причина образования выпячиваний - дегенеративные изменения соединительной ткани кишечной стенки, развивающиеся по мере старения организма. Большое значение имеет нарушение пропульсивной функции толстой кишки, ведущее к повышению внутрикишечного давления и выпячиванию слизистой оболочки в местах наименьшего сопротивления. Близость к кровеносным сосудам объясняет склонность

дивертикулов к кровотечениям.

Морфология. Дивертикулы ободочной кишки представляют выпячивание серозной, подслизистой и слизистой оболочек между отдельными пучками разволокненной мышечной оболочки (так называемые ложные или приобретенные дивертикулы).

Клиническая картина. Различают несколько клинических форм заболевания.

1. Дивертикулез толстой кишки без клинических проявлений. Заболевание в этой форме встречают у 1/3 обследованных больных, выявляют случайно.
2. Дивертикулез с клиническими проявлениями. Эта форма характеризуется абдоминальными болями, вздутием живота, неустойчивостью стула.
3. Дивертикулез с оложненным течением.
 - а. Дивертикулит встречают примерно у 25% больных с дивертикулезом. Обычны микроперфорация (редко открытая перфорация) с перидивертикулярным абсцессом. Симптомы: боли в левой нижней части живота, лихорадка и запор. Наличие характерных болей в левой нижней части живота и лейкоцитоза дает основание определять состояние как "левосторонний аппендицит". в большинстве случаев эффективны антибиотикотерапия, внутривенное введение жидкостей и разгрузка кишечника. При развитии абсцесса может возникнуть свищ в мочевой пузырь или влагалище.
 - б. Перфорация.
 - в. Кровотечение возникает в 20-25% случаев (обычно быстрое, безболезненное и не связанное с напряжением). Иногда возникает необходимость в переливании крови. В большинстве случаев проведение гемостатической терапии останавливает кровотечение. Артериография или изотопное сканирование при помощи меченных технецием эритроцитов позволяет выявить источник кровотечения и делает возможной (при необходимости) сегментарную резекцию.
 - г. Кишечная непроходимость.
 - д. Внутренние или (реже) наружные кишечные свищи.

Диагностика.

1. Контрастное рентгенологическое исследование - ирригоскопия (как в остром, так и в холодном периоде). При подозрениях на дивертикулит используют водорастворимое рентгеноконтрастное вещество.
2. КТ применяют в острой стадии заболевания для оценки состояния кишечной стенки и околокишечных тканей. В острых случаях КТ - более предпочтительный метод диагностики, чем ирригоскопия.
3. Эндоскопия (ректороманоскопия и колоноскопия). Колоноскопия может стать решающим методом выявления источника кровотечения.
4. Цистоскопия и цистография показаны для диагностики пузырно-кишечных свищей.
5. Внутривенная урография позволяет установить возможное вовлечение в воспалительный процесс мочеточников.
6. Общий анализ крови информативен при развитии острого воспаления, позволяет также определить объем кровопотери.

Дифференциальная диагностика.

1. Синдром раздраженной толстой кишки.
2. Рак толстой кишки.
3. Гранулематозный колит.

Лечение.

I. Консервативное:

1. Бессимптомный дивертикулез толстой кишки, выявляемый случайно, не требует специального лечения. Рекомендуют богатую клетчаткой диету с целью профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания.

2. При дивертикулезе с выраженными клиническими проявлениями применяют комплекс лечебных мероприятий: назначают специальную диету, спазмолитические и противовоспалительные средства, препараты, регулирующие стул, и средства, применяемые при дисбактериозе кишечника.

II. Хирургическое лечение.

При решении вопроса о необходимости хирургического лечения ориентируются на клиническую картину.

Показания:

1. Осложнения дивертикулеза, представляющие непосредственную угрозу для жизни больных: перфорация дивертикула в брюшную полость, кишечная непроходимость, профузное кровотечение.
2. Наличие колевезикальных и других свищей.
3. Образование хронического инфильтрата, симулирующего опухоль.
4. Хронические дивертикулы, сопровождающиеся частыми обострениями.
5. В настоящее время все чаще применяют и при неосложненном, но клинически выраженном дивертикулезе, не поддающимся комплексному консервативному лечению.

Выбор метода операции в каждом конкретном случае зависит от характера осложнений и распространенности процесса, изменений со стороны самих дивертикулов, кишечной стенки и окружающих тканей, наличия перифокального воспаления или перитонита. Предпочтительнее выполнять резекцию толстой кишки в плановом порядке с наложением первичного анастомоза. Такую операцию выполняют приблизительно через 6-12 нед после купирования острого приступа дивертикулита. Выбор операции при перфорации кишки при остром дивертикулите должен быть строго индивидуален.

1. Резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза. Эта операция - наиболее эффективный метод лечения при возникновении местных отграниченных абсцессов при перфорации дивертикула. Наличие отграниченного абсцесса не считают противопоказанием для наложения первичного анастомоза, если участки кишки участвующие в наложении анастомоза, не вовлечены в воспалительный процесс и сопротивляемость организма не снижена.
2. Резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза и выведением проксимальной разгрузочной колостомы для его защиты.
3. Резекция сигмовидной кишки с выведением концевой колостомы и ушиванием периферического сегмента кишки (операция Гартмана) - метод выбора в тех случаях, когда у хирурга есть сомнения в хорошем заживлении анастомоза.
4. Наложение разгрузочной трансверзостомы и дренирование полости абсцесса.

ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Полип - опухоль на ножке или широком основании, свисающая из стенок полого органа в его просвет, независимо от микроскопического строения.

Частота выявления и локализация.

1. Профилактические осмотры с использованием эндоскопической аппаратуры показывают, что в разных группах взрослого населения частота полипов ЖКТ варьирует от 1 до 80%.

2. Полипы неравномерно распределяются по разным отделам толстой кишки, чаще локализуются в левой половине (73,5%), преимущественно в прямой и сигмовидной кишках.

3. Большинство авторов отмечает преобладание полипов толстой кишки у мужчин.

Этиология. Общепринятой теории этиологии и патогенеза полипов нет. Распространена воспалительная теория: полипы - результат хронического воспаления слизистой оболочки кишечника. Сторонники эмбриональной теории считают, что при эмбриональном развитии в ряде случаев имеется избыток зародышевого материала, превращающийся в новообразование вследствие воспалительного процесса.

Классификация.

1. Воспалительные полипы - разрастания слизистой оболочки в ответ на острое воспаление. Их относят к псевдополипам (ложным), а не к неопластическим образованиям.

2. Гиперпластические полипы - опухоли маленького размера, не имеющие большого клинического значения, чаще их обнаруживают в прямой кишке (в 50% случаев полипов толстой кишки у взрослых больных). Гиперпластические полипы - наиболее часто встречаются у взрослых. Их также не относят к неопластическим образованиям.

3. Гамартомные полипы образуются из нормальных тканей в необычном их сочетании или при непропорциональном развитии какого-либо тканевого элемента. Юношеские полипы - наиболее характерные представители гамартомных полипов ободочной кишки, их также не относят к неопластическим образованиям.

4. Аденоматозные полипы - предраковое заболевание. Вероятность малигнизации аденоматозных полипов зависит от размера и типа полипов.

а. тубулярные (трубчатые) аденомы - образования характерного розового цвета с гладкой плотной поверхностью.

б. ворсинчатые аденомы характеризуются наличием множественных ветвеподобных выростов на своей поверхности. Как правило, это образования мягкой консистенции на широком основании. Обычно течение бессимптомное, но иногда могут быть водянистый стул с примесью темной крови и гипокалиемия. вследствие выраженной насыщенности ворсинчатых аденом клетками они подвержены риску малигнизации в большей степени, чем тубулярные аденомы.

в. трубчато-ворсинчатые аденомы состоят из элементов как трубчатых, так и ворсинчатых аденом.

Злокачественное перерождение. Приблизительно в 95% случаев колоректальный рак возникает из полипов. Сроки, в течении которых из полипа может возникнуть рак, колеблется от 5 до 15 лет.

Лечение.

1. Полипы, имеющие "ножку", удаляют петлевой электрокоагуляцией при колоноскопии.

2. Полипы, которые невозможно удалить эндоскопическим путем вследствие их размеров или формы, а также полипы с признаками малигнизации удаляют оперативным путем. При выборе объема резекции пораженной кишки исходят из онкологических требований к подобным операциям.

3. Карцинома, ассоциированная с аденоматозным полипозом, может быть локальной, и ее исключение требует тщательного гистологического исследования срезов всего полипа. При злокачественной трансформации "ножки" полипа показана сегментарная резекция кишки.

4. Синхронные (появляющиеся одновременно) полипы встречаются в 20% случаев, а несинхронные (разновременные) поражения - примерно в 30% случаев. Это определяет необходимость проведения ирригоскопии, полной колоноскопии или их сочетания при выявлении полипа и каждые последующие три года. Ежегодно проверяют кал на

- скрытую кровь.
5. У близких родственников больного с полипами или карциномой толстой кишки риск развития подобного поражения возрастает примерно в 4-5 раз.

СИНДРОМЫ ПОЛИПОЗА.

I. Диффузный семейный полипоз - аутосомное доминантное заболевание, характеризующееся наличием более чем 100 аденоматозных полипов в ободочной и прямой кишке. Приблизительно 50% детей у родителей, пораженных семейным аденоматозным полипозом, наследуют это заболевание. У нелеченных больных это заболевание становится фатальным, поскольку после 40 лет у 100% больных развивается рак. Полипы обычно проявляются в молодом возрасте. Приблизительно в 20% случаев их обнаруживают случайно.

Клиническая картина. Наиболее характерные жалобы больных ДСП - кровотечения, диарея и боли в животе.

Диагноз подтверждают при выполнении колоноскопии с биопсией. Если это заболевание диагностировано у одного члена семьи, необходимо провести обследование всей семьи.

Лечение семейного аденоматозного полипоза хирургическое. Оно направлено на полное удаление полипов. При этом возможно выполнение следующих операций:

1. Проктоколэктомия - удаление всех отделов толстой кишки с одновременной экстирпацией прямой кишки. Показание - тотальное поражение полипами всех отделов толстой кишки в сочетании с раковой опухолью нижней трети прямой кишки.
2. Колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки. Показание - поражение полипами всей слизистой оболочки толстой кишки, в том числе в сочетании с раковой опухолью, расположенной на 6-7 см выше края заднего прохода.
3. Субтотальная резекция толстой кишки с формированием илеоректального анастомоза показана, когда в прямой кишке полипов нет (или единичные полипы), но имеется тотальное поражение полипами всех отделов толстой кишки.
4. Субтотальная резекция толстой кишки с формированием илеосигмовидного анастомоза показана в тех случаях, когда все отделы ободочной кишки поражены полипами, а в прямой и сигмовидной кишке полипов нет или единичные полипы удалены.

Синдром Гарднера - разновидность семейного полипоза. Он наследуется по аутосомному доминантному типу с различной частотой проявления заболевания.

Клиническая картина. С-м Гарднера характеризуется полипозом ободочной и прямой кишок. При этом полипы нередко встречаются в тонкой кишке и желудке. Кроме того, при с-ме Гарднера полипозу сопутствуют следующие симптомы: остеомы (обычно нижней челюсти и костей черепа), кисты, опухоли мягких тканей, десмоидные опухоли брюшной стенки и брыжейки кишки, аномалия зубов, периампулярный рак, рак щитовидной железы.

Лечение оперативное, аналогично тому, что описано при диффузном семейном полипозе. Кроме того, необходимы постоянное наблюдение за верхними отделами ЖКТ и лечение внекишечных проявлений заболевания.

Синдром Пейтца-Еггерса - аутосомное доминантное заболевание. Клиническая картина. Гамартомные полипы по всему ЖКТ с небольшим риском малигнизации. Пигментация кожи и слизистых оболочек в области щек, губ и на пальцах. Клинические симптомы могут быть такие же, как и при кишечной инвагинации, включая коликообразные боли в животе. Возможны рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения.

Лечение - удаление полипов, проявляющихся клиническими симптомами. Резекцию

кишки необходимо выполнять как можно реже и в минимальном объеме.

Синдром Тюрко - семейный полипоз с наличием аденом толстой кишки в сочетании со злокачественными опухолями ЦНС; характеризуется высоким риском малигнизации.

Ювенильный полипоз. Кровотечения из полипов толстой, тонкой кишки и желудка. Риск развития злокачественного заболевания несколько увеличивается в более позднем возрасте.

Синдром Кронкхайта-Кэнада - редкое сочетание полипов кишечника с алопецией, гиперпигментацией и отсутствием ногтей.

VI. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки: а) рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот; б) ирригоскопия; в) колоноскопия; г) исследование кала на скрытую кровь; д) пневмоколоноскопия.
2. 66-летний больной внезапно заболел: боли в левой подвздошной области, повышение температуры. При осмотре некоторое напряжение мышц и болезненность в левой подвздошной области. Какой диагноз наиболее вероятен? а) стенозирующий рак сигмовидной кишки; б) дивертикулит сигмы; в) полипоз ободочной кишки; г) заворот сигмы; д) болезнь Крона.
3. При колоноскопии у больного 60 лет удален полип сигмовидной кишки, располагавшийся на 40 см от анального отверстия. При гистологическом исследовании удаленного полипа в области его верхушки обнаружен инвазивный рак, но в основании злокачественных клеток не найдено. Какова дальнейшая тактика у этого больного? а) лучевая терапия; б) химиотерапия; в) радикальная операция; г) наблюдение в эндоскопическом кабинете с повторными колоноскопическими исследованиями через каждые 3 мес; д) наблюдение в поликлинике по месту жительства.
4. К облигатным предракам ободочной кишки относят: а) ювенильные полипы; б) одиночный полип ободочной кишки; в) регионарный энтерит; г) терминальный илеит; д) диффузный семейный полипоз.
5. Что нехарактерно для неспецифического язвенного колита? а) чаще поражает правые отделы; б) проявляется поносами со слизью и кровью; в) развивается анемия; г) часто выявляют иридоциклит; д) имеется склонность к малигнизации.
6. Определите консервативное лечение неспецифического язвенного колита: а) диетотерапия (исключение молока и молочных продуктов); б) витаминотерапия; в) лечение сульфаниламидными препаратами; г) десенсибилизирующая терапия; д) все названное.
7. Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз болезни Крона? 1) ирригоскопия (гирляндобразное чередование расширенных и суженных участков); 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости (чаши Клойбера); 3) ирригоскопия (дефекты наполнения в подвздошной и слепой кишках); 4) колоноскопия с биопсией; 5) лапаротомия с биопсией лимфоузлов брыжейки.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1 и 4; б) 2 и 5; в) 4 и 5; г) 3 и 4; д) все верно.
8. Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность к малигнизации: а) гиперпластические; б) ворсинчатые; в) аденоматозные; г) множественные аденоматозные; д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях.

9. Чем обусловлена токсическая дилатация ободочной кишки при язвенном колите? а) дистрофией мышечных волокон; б) повреждением нервного аппарата кишки; в) электролитными нарушениями; г) ничем из названного; д) всем перечисленным.
10. Назовите осложнения неспецифического язвенного колита: а) кровотечение; б) перфорация; в) стеноз; г) малигнизация; д) все названное.
11. Назовите осложнение дивертикулеза ободочной кишки: а) кровотечение; б) псевдообструкция кишки; в) дивертикулит; г) перитонит; д) все названное.
12. Назовите осложнение токсической дилатации ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите: а) кровотечение; б) перфорация; в) кишечная непроходимость; г) интоксикация; д) все названное.
13. Когда при неспецифическом язвенном колите показано оперативное лечение? а) при профузном кровотечении; б) перфорации кишки; в) токсической дилатации; г) при неэффективности консервативного лечения; д) при всем названном.
14. Что не является осложнением при дивертикулезе ободочной кишки? а) кровотечение; б) малигнизация; в) воспаление дивертикула; г) перитонит; д) псевдообструкция кишки.
15. Определите симптоматику диффузного полипоза ободочной кишки: 1) боли без четкой локализации; 2) поносы с примесью крови и слизи; 3) нарастающие запоры; 4) анемия. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,4; б) 3 и 4; в) 2,3 и 4; г) 1,2 и 4; д) правильной комбинации нет.
16. Что не характерно для болезни Крона? а) развитие наружных и внутриорганных свищей; б) длительное течение заболевания; в) поражение только слизистой оболочки кишечника; г) развитие параректальных свищей; д) анемия при хроническом течении заболевания.
17. У больного подозревают кровотечение из дивертикула толстой кишки. При какой минимальной скорости кровотечения его можно выявить методом селективной мезентериальной ангиографии? а) 0,1 мл/мин; б) 0,5 мл/мин; в) 5 мл/мин; г) 15 мл/мин; д) 50 мл/мин.
18. Выберите наиболее подходящий метод лечения больного с первым приступом неосложненного острого дивертикулита ободочной кишки а) наложение трансверзостомы; б) первичная резекция ободочной кишки; в) парентеральное введение антибиотиков; г) резекция ободочной кишки по фон Микуличу; д) назначение лечебных клизм с антибиотиками.
19. Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, передняя брюшная стенка напряжена, отсутствуют перистальтические шумы. С чем связан патогенез этого заболевания? а) перфорация полого органа; б) непроходимость кишечника; в) кровотечение в брюшную полость; г) ишемия кишечника.
20. Какие характерные находки могут быть выявлены при сигмоидоскопии у больного с болезнью Крона прямой кишки? а) грибовидное опухолевидное образование; б) язвы и трещины на фоне нормальной слизистой оболочки; в) псевдополипы; г) пласты лейкоцитов на фоне воспаленной слизистой оболочки; д) отек слизистой оболочки.
21. Женщина 23 лет поступает с жалобами на субфебрильную температуру, потерю массы тела, схваткообразную боль в левой подвздошной области, диарея с кровью, тенезмы. При колоноскопии выявлены изменения слизистой оболочки прямой кишки: гиперемия, зернистость и кровоточивость при минимальном механическом воздействии. Наиболее вероятный диагноз: а) язвенный колит; б) болезнь Крона; в) трещина прямой кишки; г) ишемическое поражение толстой кишки.
22. Женщина 26 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течении шести месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе. Предполагают воспалительное поражение кишечника. Первым шагом в установлении диагноза будет: а)

- эндоскопия верхних отделов ЖКТ; б) биопсия слизистой оболочки тонкой кишки; в) ангиография мезентериальных артерий; г) ирригоскопия; д) КТ органов брюшной полости и малого таза.
23. У мужчины 55 лет на фоне полного здоровья возникло массивное кровотечение из нижних отделов ЖКТ. Что необходимо предпринять после переливания крови? а) неотложную лапаротомию и тотальную колэктомию с илеопроктостомией; б) неотложную лапаротомию и колостомию с интраоперационной эндоскопией; в) ангиографию для уточнения источника кровотечения в сочетании с ирригоскопией; г) парентеральное введение витамина К и СЗП; д) промывание толстой кишки ледяным физиологическим раствором.
24. При каком из следующих заболеваний существует высокий риск возникновения рака толстой кишки? а) гранулематоз ободочной кишки; б) свищ прямой кишки и парапроктит; в) хронический язвенный колит; г) хронический дивертикулит; д) синдром Пейтца-Еггерса.
25. Женщина 26 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течение шести месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе. Предполагают воспалительное поражение кишечника. При исследовании выявлен воспалительный процесс в толстой кишке. Между участками поражения есть неизменные зоны. Прямая кишка без поражений. Вероятный диагноз? а) ишемический колит; б) язвенный колит; в) амёбная дизентерия; г) болезнь Крона; д) болезнь Гиршпрунга.
26. У женщины 75 лет возникло требующее проведения гемотрасфузии профузное кровотечение из нижних отделов ЖКТ. Болей нет. Наиболее частая причина подобного кровотечения: а) рак толстой кишки; б) инвагинация и ишемия кишечника; в) дивертикулёз, ангиодисплазия; г) дивертикул Меккеля, солитарная язва прямой кишки; д) язвенный колит, свищ прямой кишки.
27. Все следующие утверждения о кровотечениях из нижних отделов ЖКТ верны, кроме: а) при профузном кровотечении для выявления его источника полезна ангиография; б) летальность при профузном кровотечении из нижних отделов ЖКТ составляет приблизительно 10%; в) продолжающееся кровотечение - показание к операции; г) только у 10-15% больных кровотечение из нижних отделов ЖКТ прекращается самостоятельно; д) если источник кровотечения не удастся установить, можно в экстренном порядке выполнить тотальную колэктомию.
28. 55-летний мужчина доставлен в больницу с массивным кровотечением из нижних отделов ЖКТ. До этого эпизода жалоб на состояние здоровья не было. На момент госпитализации признаков продолжающегося кровотечения нет, Нб 90 г/л, АД 120/60 мм рт. ст. С чего следует начать обследование? 1) введение зонда в желудок; 2) пальцевое исследование прямой кишки; 3) ректороманоскопия; 4) лапаротомия; 5) лапароскопия. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 1,2,4; г) 1,2,5; д) все ответы верны.
29. Характерные признаки болезни Крона 1) опухолевидное образование в брюшной полости; 2) кишечно-пузырный свищ; 3) анемия; 4) диарея с примесью крови; 5) рвота. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,3,4; б) 1,2,3; в) 3,4,5; г) все ответы верны; д) правильной комбинации нет.
30. Наиболее частый полип толстой кишки взрослого: а) гиперпластический полип; б) ворсинчатая опухоль; в) гамартомный полип; г) тубулярная аденома; д) полип воспалительного происхождения.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ, РАЗБИРАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ

1. В приемный покой доставлена больная 70 лет. Около 2 дней назад у нее появились боли в левой подвздошной области, усиливающиеся при кашле, физическом напряжении. Длительное время страдает запорами. При осмотре состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение и болезненность в левой подвздошной области. Здесь же нерезко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Умеренный лейкоцитоз - 10,5 тыс, температура тела 37,2 С. Ваш предварительный диагноз? Определите тактику ведения больной.

2. Больного 70 лет в течении последних 3 месяцев беспокоят нарастающие запоры. В последние недели стула нет по 3-4 дня. Пользуется слабительными. Около недели назад был эпизод кровотечения из прямой кишки выделилось около 200 мл неизменной крови. При осмотре состояние удовлетворительное. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, патологических образований не определяется. При перкуссии - высокий тимпанит. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет. Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Дополнительные методы исследования?

3. У больного появился частый стул до 20-30 раз в сутки с примесью слизи и свежей крови, лихорадка до 39 С, резкое воспаление и зияние ануса, болезненность по ходу прямой кишки. Каковы Ваш диагноз и тактика лечения?

4. У больного с язвенным колитом профузное кровотечение, стул с большим количеством свежей крови. Какова тактика хирурга?

5. У больного с токсической дилатацией толстой кишки появились перитонеальные симптомы. Каковы Ваши диагноз и тактика?

6. У больного с язвенным колитом наблюдаются резкие боли в области прямой кишки, лихорадка, лейкоцитоз, локальная гиперемия, отечность, болезненность при пальпации перианальной области. Каковы диагноз и тактика хирурга?

7. У больного с язвенным колитом внезапно появилось вздутие живота, рвота, отсутствует стул, не отходят газы. Каковы диагноз и тактика хирурга?

8. У больного с язвенным колитом появилось вздутие живота, резко ослаблена перистальтика, стали редкими дефекация, появилась лихорадка и тахикардия. Каковы диагноз и тактика хирурга?

9. При колоноскопии у больного 60 лет удален полип сигмовидной кишки, располагавшийся на 40 см от анального отверстия. При гистологическом исследовании удаленного полипа в области его верхушки обнаружен инвазивный рак, но в основании злокачественных клеток не найдено. Какова дальнейшая тактика у этого больного?

VII. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УИРС.

Цель работы:

- углубление основных теоретических знаний по данной теме;
- практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков по диагностике заболеваний ободочной кишки;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с различными заболеваниями толстой кишки.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с неспецифическим язвенным колитом, осложненным кровотечением. Для этого:

- обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - при поздней госпитализации, укажите предполагаемую причину этого;
 - ответьте на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте свой ответ;
 - если выполнялась операция, обратите внимание на показание и сроки ее выполнения, объем предоперационной подготовки.
2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с подозрением на дивертикулит. Для этого:
 - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;
 - составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;
 - определите тактику лечения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;
 - составьте план послеоперационного лечения с указанием режима, диеты и медикаментозного лечения.
 3. Проведите анализ истории болезни стационарного больного (учебной истории болезни) переведенного из инфекционной больницы в хирургическое отделение с НЯК. Для этого:
 - проанализируйте правильность предварительного и окончательного клинического диагноза;
 - обоснуйте причину перевода;
 - оцените лечебную тактику и внесите свои предложения;
 - оцените объем предложенного обследования и внесите свои предложения; - обоснуйте показания и сроки выполнения оперативного вмешательства.
 4. Осмотрите 2-х больных с диагнозом НЯК. Выделите особенности течения заболевания и лечения больных в зависимости от распространенности процесса, наличия или отсутствия осложнений.
 5. Составьте алгоритм обследования больного с болями в левой подвздошной области.
 6. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.
 7. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с осложнениями различных заболеваний ободочной кишки.
 8. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
 - " Наследственные полипозные синдромы";
 - " Доброкачественные опухоли толстой кишки";
 - " Ишемический колит."
 9. Проведите экспертную оценку истории болезни умершего больного с НЯК, осложненным острой токсической дилатацией. Для этого:
 - сопоставьте клинический и патологоанатомический диагнозы;
 - проанализируйте течение заболевания в динамике, сопоставляя изменения клинических проявлений болезни с данными лабораторно-инструментальных исследований;
 - сделайте заключение о проводимой лечебной тактике и своевременности проведения операции;
 - определите, был ли возможен благоприятный исход заболевания, и при каких условиях.
 10. Решение ситуационных задач, чтение рентгенограмм.

VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

ОСНОВНАЯ.

1. Хирургические болезни. Учебник по ред. Кузина М.И. Изд. второе. М., 1995.
2. Клиническая хирургия. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Минск, "Вышэйшая школа", 1998.
3. Лекционный материал.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ.

1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, "Здоров'я", 1987.
2. Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. М.: Медицина, 1968.
3. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки.- М.: Медицина, 1988.
4. Руководство по гастроэнтерологии. Том 3. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта./ Под ред. Комарова Ф.И., Гребнева А.Л.- М.: Медицина, 1996.