

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

В. В. АСТАПЕНКО, С. А. АЛЕКСЕЕВ, П. А. ЛЕВЧЕНКО

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2012

УДК 616.345-089(075.8)
ББК 54.133 я73
А91

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.02.2012 г., протокол № 5

Рецензенты: д-р мед. наук, доц. В. Н. Бордаков; д-р мед. наук, доц. В. С. Кипель

Астапенко, В. В.

А91 Хирургические заболевания толстой кишки : учеб.-метод. пособие / В. В. Астапенко, С. А. Алексеев, П. А. Левченко. – Минск : БГМУ, 2011. – 39 с.

ISBN 978-985-528-563-3.

Изложены основные положения, касающиеся этиологии, патогенеза, классификации, клиники, диагностики и лечения заболеваний толстой кишки.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического и 4-го курса медико-профилактического факультетов.

УДК 616.345-089(075.8)
ББК 54.133 я73

ISBN 978-985-528-563-3

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2012

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема рассматривается в рамках дисциплины «Хирургические болезни» в разделе «Частная хирургия». Темы: «Кишечная непроходимость» и «Заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки».

Общее время занятий:

- для специализации 1-79 01 07 «Стоматология» — 1 час;
- специализации 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело» — 1 час.

Широкая распространенность патологии ободочной кишки в структуре хирургической заболеваемости, рост ее встречаемости в последние годы в Республике Беларусь, специфичность клинических проявлений ряда заболеваний, а также особенности диагностики и лечебной тактики диктуют необходимость изучения указанной патологии специалистами различных медицинских отраслей: хирургами, терапевтами и др.

За последние десятилетия в медицине подходы к целому ряду заболеваний толстой кишки претерпели значительные изменения, что связано с внедрением в практику современных диагностических и лечебных методик, совершенствованием тактики и внедрением новых высокотехнологичных оперативных вмешательств. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний ободочной и прямой кишки являются важным этапом при подготовке квалифицированного врача любой специальности.

Цель занятия: овладеть современными методами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки.

Задачи занятия:

- изучить этиологию и патогенез наиболее часто встречающейся патологии толстой кишки;
- проанализировать клинические проявления колопроктологических заболеваний.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

- из нормальной анатомии: анатомию толстой кишки;
- нормальной физиологии: физиологию толстой кишки;
- гистологии, цитологии, эмбриологии: эмбриология и гистологическое строение толстой кишки.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Какие выделяют отделы толстой кишки?
2. Назовите физиологическую роль толстой кишки.
3. В чем заключаются особенности кровоснабжения и иннервации толстой кишки?
4. Укажите методы обследования толстой кишки.
5. Какие опасности и осложнения могут возникать при заболеваниях толстой кишки?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Какие заболевания толстой кишки вы знаете?
2. Проведите дифференциальную диагностику неспецифического язвенного колита с болезнью Крона.
3. Какие бывают осложнения неспецифического язвенного колита?
4. Укажите осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки и их лечение.
5. Какие доброкачественные опухоли толстой и прямой кишки вы знаете?
6. Назовите методы диагностики болезней толстой и прямой кишки.
7. Что такое колоректальный рак?
8. Какие выделяют стадии развития рака прямой кишки?

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ КОЛИТЫ

Главное место в этой группе занимают неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Они очень сходны по клинической картине и течению, но отличаются морфологическими проявлениями, методами лечения и имеют различный прогноз.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Неспецифический язвенный колит (НЯК) — хроническое воспалительное заболевание неясного происхождения, которое клинически характеризуется рецидивирующим течением с периодами кровавой диареи и патоморфологически диффузным воспалительным процессом стенки ободочной кишки. Воспаление распространяется проксимально от прямой кишки и ограничивается слизистым и подслизистым слоями. Заболевание характеризуется тяжелым течением с местными и общими системными осложнениями.

Заболеваемость НЯК неравномерна в разных странах. Наиболее высока она в Швеции, Англии, Израиле (до 234 на 100 000 населения). НЯК может начинаться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют почти одинаково часто.

Этиология и патогенез. Причина НЯК не ясна. К вероятным факторам относят инфекционные (в том числе хламидиоз), генетические факторы, дисбиоз, лекарственную, пищевую аллергии, стресс, иммунологические нарушения, а также факторы окружающей среды, связанные с ее загрязнением, курение (курящие болеют на 40 % чаще, чем некурящие). В патогенезе НЯК придают значение дисфункции гипофизарно-адреналовой системы, влиянию продуктов метаболизма кишечной флоры, аутоантител на эпителий толстой кишки. Определенную роль играет энергетическая недостаточность кишечного эпителия, а также наследственный фактор. Отме-

чается 2 возрастных пика заболевания: 1-й в возрасте 20–30 лет и 2-й после 40 лет.

Патоморфология. Поражается прямая кишка, хотя НЯК может встречаться на любом участке ободочной кишки, начиная от зубчатой линии. Заболевание распространяется в проксимальном направлении. В патологический процесс вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой. Язвы имеют различные размеры, края их ровные, подрывные, они могут быть покрыты фибрином. Сочетание язв с отеком слизистой оболочки создает впечатление псевдополипоза.

Клиническая картина. Клиническая картина НЯК включает триаду главных признаков: диарею, выделение крови с калом и боли в животе. Однако в большинстве случаев заболевание сопровождается и появлением других симптомов, хотя трудно установить, обусловлены они самим заболеванием или его осложнениями. Тяжесть проявления НЯК увеличивается при смещении процесса от проксимальных отделов к дистальным.

Частый стул в виде диареи (поноса) обычно является первым признаком болезни, что связано с ускоренным продвижением кишечного содержимого, усилением поступления в просвет кишки экссудата и транссудата, выделяемого воспаленной слизистой оболочкой. Частота его зависит от тяжести болезни и может колебаться от 2–3 до 20–30 раз в сутки. Наибольшей частоты стул достигает в первой половине дня и в ночное время. Часто при императивном позыве на стул может выделяться только кровянистая слизь и гной (ложные позывы). При этом развиваются различные осложнения со стороны заднего прохода и перианальной области, вплоть до недержания кала вследствие слабости анального сфинктера.

Диарея является характерным, но не обязательным симптомом НЯК. При дистальных формах заболевания (проктитах и проктосигмоидитах) у 30–50 % пациентов в период обострения встречается запор в сочетании с частыми ложными позывами и ректальными кровотечениями. Иногда к ним могут присоединяться тенезмы — императивные позывы с небольшим выделением каловых масс и болевыми ощущениями в прямой кишке.

Выделение с жидким стулом крови со слизью или с примесью тканевого детрита является причиной типичных диагностических ошибок: пациентов часто госпитализируют в инфекционные стационары с подозрением на дизентерию. Кровь чаще всего бывает перемешана с калом, т. е. имеет темный цвет. Количество крови бывает различным: от прожилок при ограниченных и легких формах колита до 250–300 мл, когда этот симптом начинает приобретать характер осложнения. Большие кровопотери связаны с активным некротическим процессом и крупными язвенными дефектами в слизистой оболочке толстой кишки, распространением процесса на большую часть органа.

Боли в животе наблюдаются у 65–70 % пациентов, носят ноющий характер. Локализуются они, главным образом, в левой подвздошной об-

ласти и усиливаются при позывах к дефекации. После дефекации боли уменьшаются или исчезают. При острой форме болезни или тяжелом течении процесса боли распространяются по всему животу.

Прочие симптомы. Довольно частым симптомом, встречающимся у 30 % и более пациентов, с ограниченным ректосигмоидным поражением является похудение: при тяжелом течении болезни потеря массы тела может достигать 40 % и более. Отмечаются также лихорадка, снижение аппетита, эмоциональная лабильность, патологические сдвиги лабораторных показателей. Реже НЯК протекает совсем бессимптомно или осложняется токсическим мезоколоном.

Классификация. Различают следующие формы НЯК:

1. По локализации:

- дистальные формы: язвенный проктит и проктосигмоидит (27–44 %);
- язвенный левосторонний колит (примерно 44 %);
- язвенный тотальный колит (20 %);
- язвенный регионарный колит.

2. По течению:

- острый язвенный колит;
- хронический непрерывный;
- рецидивирующий.

Острый язвенный колит. Частота его встречаемости — 5,3–16 % случаев. Эта форма болезни является самой тяжелой, в связи с чем прогноз часто бывает неблагоприятным. Острый язвенный колит почти всегда характеризуется тотальным поражением кишки и в 80–100 % случаев требует хирургического лечения. Заболевание начинается бурно, и в течение 1–2 дней формируется развернутая клиническая картина. На фоне изнуряющего поноса с обильной примесью крови и гноя развивается глубокая интоксикация, тошнота, рвота, заторможенность вплоть до сумеречного сознания. В связи с обезвоживанием отмечается значительная потеря массы тела. Нарастающая интоксикация сопровождается повышением температуры тела до 39–40 °С, одышкой, акроцианозом, тахикардией. Наблюдаются своеобразные изменения лабораторных показателей. Гиповолемия, обусловленная дегидратацией, уменьшением осмотического и онкотического давления, сопровождается падением артериального давления, что приводит к ухудшению микроциркуляции, снижению суточного диуреза и осложнениями со стороны почек. На этом фоне очень быстро развиваются и другие осложнения местного и общего характера, такие как анальные и перианальные расстройства (отек стенок заднепроходного канала, обострение геморроя, образование трещин и свищей), развитие острой токсической дилатации и перфорации толстой кишки. Отмечаются различные поражения кожи и слизистых оболочек (пиодермия, стоматиты, увеиты), суставов и др.

Хронический непрерывный язвенный колит. При подобном варианте течения заболевания на фоне постоянных признаков, характеризующихся в основном учащенным жидким стулом с небольшой примесью крови до 6–10 раз в сутки, отмечаются периоды ухудшения.

Рецидивирующий язвенный колит. Заболевание характеризуется периодами обострений и ремиссий, длительность которых составляет от 4 до 16 недель. В ряде случаев рецидив заболевания протекает как острая форма болезни с аналогичной клинической картиной. У большинства пациентов с тотальным поражением толстой кишки наблюдается тяжелое течение болезни (70 %), с левосторонним — среднетяжелое (56,2 %), а у пациентов с проктитом преобладает легкая форма (87,9 %).

Каждая атака НЯК должна быть оценена по **степени тяжести** — критериям Truelove и Witts (1955), дополненным профессором М. Х. Левитаном. Различают тяжелую, среднетяжелую и легкую формы обострения.

К *тяжелой форме НЯК* относят заболевание, которое характеризуется диареей более 6 раз в сутки, значительной примесью крови в кале, повышением температуры тела до 38 °С и выше, уменьшением массы тела на 20 % и более от исходной, тахикардией более 90 ударов в минуту, анемией (Hb < 110 г/л), повышением СОЭ более 30 мм в час, гипоальбуминемией.

При *легкой форме* частота стула составляет 4 и менее раз в сутки с небольшой примесью крови в испражнениях, отсутствуют лихорадка, тахикардия, анемия, гипоальбуминемия, не наблюдается уменьшение массы тела, незначительно повышена СОЭ.

Среднетяжелая форма заболевания занимает промежуточное место между легкой и тяжелой.

В настоящее время наиболее распространенной оценкой степени тяжести и активности НЯК является ее определение по Schroeder (табл. 1) или клинике Мауо.

Таблица 1

Критерии активности и степени тяжести НЯК (Schroeder)

Степень тяжести	Частота стула	Ректальное кровотечение	Эндоскопическая картина при ректороманоскопии	Клиническая характеристика
0	Нормальное количество дефекаций для конкретного пациента	Нет	Нормальная слизистая оболочка (ремиссия)	Норма, ремиссия
1	На 1–2 дефекации в день больше, чем обычно	Прожилки крови менее чем в половине дефекаций	Легкая степень (гиперемия, смазанный сосудистый рисунок, легкая зернистость)	Легкая форма
2	На 3–4 дефекации в день	Видимая кровь в	Средняя степень (выраженная гиперемия, отсут-	Среднетяжелая форма

больше, чем обычно	большинстве дефекаций	стvie сосудистого рисунка, зернистость, эрозии)
--------------------	-----------------------	---

Окончание табл. 1

Степень тяжести	Частота стула	Ректальное кровотечение	Эндоскопическая картина при ректороманоскопии	Клиническая характеристика
3	На 5 и более дефекаций в день больше, чем обычно	Выделение одной крови	Тяжелая степень (спонтанная кровоточивость, изъязвления)	Тяжелая форма

Все эти признаки характеризуют формы НЯК (табл. 2).

Таблица 2

Формы НЯК

Признаки	Неактивная	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Симптомы	0–2	1–3	3–6	≥ 6
Эндоскопия	0	1	1–2	≥ 2
Клиника	0	1	2	3
Общая сумма	0–2	3–5	6–10	≥ 10

Диагностика. Лишь у четверти пациентов диагноз устанавливается в течение первого года заболевания, в остальных случаях диагноз ставится на протяжении 3–12 лет от появления клинических симптомов. Несвоевременная диагностика приводит к преобладанию тяжелых форм болезни и высокой летальности.

Программа обследования следующая:

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, глюкоза, натрий, калий, кальций, хлориды, мочевины, остаточный азот, креатинин.
3. Копрологический анализ: копрограмма, бактериологический анализ, исследование кала на дизентерию, амебиаз, балантидиоз.
4. Пальцевое ректальное исследование, ректоскопия.
5. Фиброколоноскопия.
4. Ирригоскопия.
5. УЗИ органов брюшной полости, в том числе ободочной кишки, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.
6. Патоморфологические методы с исследованием биопсийного материала и мазков-отпечатков.
7. Определение в крови перинуклеарных цитоплазматических антител.

Для диагностики болезни проводят *пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию* или *сигмоскопию* (т. к. прямая кишка поражается в 100 % случаев). Первичную ректоскопию можно выполнить без подготовки кишечника. Ввиду инвазивности метода в острый период фиброколоно-

скопию следует проводить опытному специалисту с большой осторожностью из-за опасности разрыва кишки.

По эндоскопическим данным выделяют несколько степеней признаков НЯК:

1) минимальную степень активности: отек, гиперемия слизистой, ее контактная кровоточивость;

2) умеренную: множественные эрозии, язвы, слизь, фибрин на слизистой, отсутствие сосудистого рисунка;

3) резко выраженную: фибринозно-гнойные наложения на слизистой, ригидность стенки, сужение.

Ирригоскопия. Отмечается характерная рентгенологическая картина: зазубренность контуров кишки, исчезновение гаустрации, утолщение складок, укорочение кишки, ее неравномерное сужение, псевдополипы — дефекты наполнения.

Для среднетяжелых и тяжелых форм болезни определенное значение имеет *УЗ-исследование кишечника.*

Важным для диагностики НЯК является *патоморфологическое исследование биоптата слизистой оболочки.* Характерными микроскопическими признаками заболевания являются: воспалительные инфильтраты, уменьшение количества бокаловидных клеток, повреждение желез и образование микроабсцессов (крипт-абсцессов). У 67 % пациентов выявляются в крови перинуклеарные цитоплазматические антитела, которые считаются специфическими маркерами.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Болезнь Крона (БК) — хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки от ротовой полости до ануса. Особенностью поражения является локальность, пораженные сегменты чередуются неизмененными. В процесс вовлекаются все слои кишечной стенки, и типичной характеристикой является наличие лимфоидных гранул.

БК получила свое название по имени автора, впервые опубликовавшего в 1932 г. в сотрудничестве с Ginsburg и Oppenheimer подробное сообщение о гранулематозном изменении в терминальном отделе подвздошной кишки (терминальном илеите). Позднее было показано, что БК может поражать любой отдел ЖКТ.

Частота возникновения БК (первичная заболеваемость) составляет 2–4 случая на 100 000 населения в год, распространенность — от 30 до 50 больных на 100 000 человек. Заболевание имеет 2 возрастных пика своего начала: 20–29 и 60–79 лет. Отмечается тенденция к увеличению заболеваемости в подростковом возрасте (13–20 лет). БК чаще болеют женщины, чем мужчины. У курящих людей это заболевание встречается в 4 раза ча-

ще, чем у некурящих, а также в 4–6 раз чаще у определенных национальных представителей (в частности, у ашкеназов).

Этиология и патогенез. Причина БК не ясна. Предполагается инфекционная природа заболевания со связью с вирусами, хламидиями, нарушениями микробиоценоза кишечника. Определенную роль играют генетические факторы (в т. ч. существует и семейная предрасположенность), лекарственная, пищевая аллергии, иммунологические нарушения, факторы окружающей среды, в частности ее загрязнение.

Ведущая роль в патогенезе БК отводится аутоиммунным механизмам (в т. ч. не исключается связь заболевания с определенными HLA-антигенами) с выработкой антител (т. н. противотканевых) к ЖКТ и появлением лимфоцитов, сенсibilизированных к антигенам слизистой оболочки кишечника. Все это приводит к нарушению иммунного ответа с образованием ЦИК в очаге воспаления, появлению язв, некрозов в кишечнике, а также к внекишечным проявлениям. Большую роль в патогенезе придают дефициту иммуноглобулина А.

Патоморфология. Она зависит от стадии болезни. Первыми макроскопическими признаками являются очаговые линейные изъязвления слизистой оболочки. По мере прогрессирования процесса изъязвления становятся множественными, щелевидными, глубокими (трансмуральными), идущими параллельными рядами в продольном направлении (т. н. следы граблей). Их наличие с отеком слизистой между ними создает характерную картину булыжной мостовой. Со временем гаустры исчезают и появляются распространенные грануляции, дающие со стороны слизистой т. н. матовые стекла. Трансмуральное поражение кишки, глубокие язвы обуславливают местные осложнения болезни.

Клиническая картина. Характерными симптомами являются боли в животе и диарея, значительно реже наблюдаются ректальные кровотечения.

Боли в животе наблюдаются у 74,5 % пациентов и носят характер колик. Чаще они локализуются в правой подвздошной области или в нижних отделах живота. Интенсивность болей нарастает при явлениях непроходимости.

Диарея имеет место у 76–90 % пациентов, чаще консистенция испражнений бывает полуоформленной, чем жидкой.

Ректальные кровотечения наблюдаются у половины пациентов с поражением толстой кишки и примерно у 25 % — с илеоколитом.

Достаточно часто у пациентов отмечаются лихорадка, потеря массы тела, обменные нарушения.

Более важными, опорными признаками в клинической диагностике являются *аноректальные поражения*. Они встречаются у 80 % пациентов.

К ним относятся перианальные абсцессы, параректальные свищи, анальные трещины и изъязвления перианальной области.

Особенностями, отличающими *анальные трещины* от обычных, являются различная локализация, часто множественный характер, значительно меньшая болезненность, вялость грануляций, отсутствие ригидных рубцовых краев и сфинктероспазма.

Анальные трещины прямой кишки даже при длительном существовании редко сопровождаются рубцеванием и бывают окружены инфильтрованными тканями. Слизистая оболочка в области внутреннего отверстия полиповидно изменена, вокруг наружного отверстия имеются вялые, губовидные, выступающие наружу грануляции.

Другим проявлением заболевания выступает образование в брюшной полости *инфильтратов* различной локализации и *свищей* (внутренних и наружных). Причиной их образования служит трансмуральный воспалительный процесс с вовлечением серозного покрова, обуславливающий адгезивность и спаивание близлежащих органов.

Трансмуральное поражение стенки кишки, значительная ее инфильтрация, а также образующиеся на этом месте воспалительные полипы могут приводить к сужению просвета кишки, которое клинически проявляется нарушением кишечной проходимости. Одновременно могут встречаться *рубцовые стриктуры*, которые не являются признаком заканчивающегося воспаления, т. к. они могут существовать одновременно со всеми другими морфологическими изменениями.

Классификация. Различают следующие формы БК:

1. *По локализации:*
 - а) изолированные:
 - илеоколит (40–45 %);
 - колит (30 %);
 - анальную форму (20 %);
 - б) сочетанное поражение других отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка — 3–5 %, тонкая кишка — 25–30 %).
2. *По течению:*
 - острую форму (встречается значительно реже);
 - хроническую непрерывную рецидивирующую форму.
3. *По клиническим проявлениям:*
 - токсическую форму;
 - свищевую форму;
 - стриктурирующую форму.
4. *По степени тяжести.* Определение активности БК на основании клинических проявлений в течение 7 дней, данных объективного осмотра и

показателей гематокрита в настоящее время в большинстве случаев базируется на подсчете индекса активности по Бесту (табл. 3).

Таблица 3

Схема подсчета баллов для определения тяжести БК (индекс Беста)

Критерии	Оценка в баллах	Коэффициент
Количество дефекаций жидким или мягким калом на протяжении недели (сумма за 7 дней)	—	× 2
Интенсивность болей в животе на протяжении недели (сумма за 7 дней)	От 0 до 3	× 5
Самочувствие в течение недели (сумма за 7 дней)	От 0 до 4	× 7
Число осложнений из перечисленных: артралгии или артриты; увеит; узловатая эритема или гангренозная пиодермия, или афтозный стоматит; анальная трещина, свищи или абсцессы; другие свищи; лихорадка в течение последней недели	—	× 20
Прием опиатов	0 — нет, 1 — да	× 30
Инфильтрат в брюшной полости	0 — отсутствует; 2 — сомнительный; 5 — определяется	× 10
47 минус показатель гематокрита для мужчин; 42 минус показатель гематокрита для женщин	—	× 6

Количество баллов суммируется. Сумма колеблется от 0 до 700. Число баллов ниже 150 свидетельствует о ремиссии БК, 150–300 характерно для легкой формы, 301–450 — среднетяжелой формы, а свыше 450 говорит о тяжелой форме заболевания.

5. По внекишечным проявлениям:

- связанные с илеоколитом;
- связанные с нарушением кишечного пищеварения (холелитиаз, уролитиаз, остеопороз и др.);
- неспецифические (дистрофия печени, холангит, гепатит, амилоидоз).

Диагностика. Программа обследования пациентов с БК следующая:

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок, х-2-макроглобулин, общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, железо, натрий, калий, кальций, мочевины, креатинин.
3. Копрологический анализ: копрограмма, бактериологический анализ, исследование кала на дизентерию, амебиаз, балантидиоз.
4. Пальцевое ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия.
5. Фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов.
6. Ирригоскопия.

7. УЗИ органов брюшной полости, в том числе ободочной кишки, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.

8. Иммунологический анализ крови с определением иммуноглобулинов, иммунных комплексов, количества В- и Т-лимфоцитов, ревматоидного фактора, волчаночных клеток.

Лабораторные исследования выявляют анемию, повышение СОЭ, сдвиг формулы лейкоцитов влево, диспротеинемию, гипопроотеинемию, дефицит витаминов, микроэлементов.

Ирригография. Основными рентгенологическими признаками БК является сегментарность поражения с вовлечением в процесс отдельных сегментов ЖКТ, наличие неизмененных участков кишки между пораженными сегментами. Контур кишки волнистый или неровный, язвы продольные, могут быть псевдодивертикулы, представляющие собой глубокие язвы. При сужении кишки наблюдается симптом шнура.

УЗ-диагностика может определить ранние стадии БК: видна утолщенная стенка кишки (симптом пораженного полого органа). Однако этот метод является ориентировочным и требует уточнения другими методами, т. к. утолщение стенки кишки может быть и при других болезнях кишечника (рак, язвенный колит).

Основным методом диагностики БК является *эндоскопия*. ФЭГДС позволяет выявить поражение верхних отделов ЖКТ. Жесткая ректороманоскопия при БК выявляет заболевание только при поражении прямой кишки, что бывает у 50 % пациентов. Фиброколоноскопия позволяет определить локализацию процесса, размеры поражения, наличие стриктур, взять биопсию, провести лечебные мероприятия. Чувствительность метода составляет 96 %. В настоящее время используются фиброколоноскопы с ультразвуковыми датчиками, что улучшает диагностику. Следует отметить необходимость осторожного проведения фиброколоноскопии в острой стадии заболевания ввиду опасности перфорации кишки. Слизистая при осмотре имеет вид булыжной мостовой. Это объясняется тем, что в результате прогрессирования воспалительного процесса в подслизистом слое интактные островки слизистой оболочки приподнимаются в виде бугорков. Среди выступающих бугорков в стенке кишки обнаруживаются множественные язвы и трещины щелевидной-линейной формы. Одной из характерных особенностей БК является прерывистость, регионарность поражения, а также более редкое выявление форм, когда поражается вся толстая кишка. Язвы не являются обширными, сливными, как при неспецифическом язвенном колите. Характерно наличие сегментарных сужений кишки, а также перианальных колитов и свищей.

Гистологическое исследование биоптата является важным в диагностике. Выявляется микроскопическая картина неспецифического воспаления с распространением на всю стенку кишки. На фоне воспалительно-

клеточного инфильтрата (лимфоциты, плазматические клетки, гистиоциты, эозинофилы) характерными являются саркоидоподобные клетки.

Иногда для диагностики воспалительных заболеваний толстой кишки применяют селективную ангиографию брыжеечных артерий. При БК выявляются изменения не только интрамуральной части сосудов, как при НЯК, но и брыжеечной их части.

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ КОЛИТОВ

При неспецифических воспалительных поражениях ободочной кишки часто возникают различные осложнения, которые принято делить на общие и местные.

Общие осложнения

Внекишечные проявления могут возникать при обострении НЯК или БК, предшествовать им или развиваться в период ремиссии заболевания.

Поражения кожи. Наиболее частыми кожными проявлениями являются узловатая эритема, гангренозная пиодермия, пустулезный дерматоз, гиперкератоз. Поражения полости рта чаще наблюдаются при БК (афтозный стоматит, язвы и трещины в области губ, на слизистой оболочке полости рта). Эти изменения часто предшествуют возникновению кишечных симптомов БК. Поражения кожи при анальной локализации БК проявляются экземой и изъязвлениями.

Поражения суставов включают артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит. Периферические артриты характеризуются поражением крупных и мелких суставов конечностей, мигрирующим характером болевого синдрома, отсутствием деструктивных изменений и деформаций суставов, а также отсутствием антинуклеарного и ревматоидного факторов в крови. Как правило, они появляются при активном воспалительном процессе в кишечнике. Анкилозирующий спондилоартрит — хроническое прогрессирующее заболевание, имеющее наследственную предрасположенность. Оно может возникать задолго до начала кишечных симптомов. Активность воспалительного процесса в кишечнике или стадия ремиссии не влияют на течение заболевания. Часто оно сочетается с сакроилеитом, периферическими артритами, псориазом.

Заболевания глаз встречаются в 4–10 % случаев. К ним относятся иридоциклиты, увеиты, склериты, эписклериты.

Важное значение имеют *поражения печени*, которые можно рассматривать не только как внекишечное проявление, но и как осложнение лекарственной терапии основного заболевания. Достаточно часто наблюдается развитие жирового гепатоза, хронического гепатита с исходом в цирроз. При НЯК достаточно часто встречается *первичный склерозирующий холангит*, характеризующийся воспалением и фиброзом внутри- и внепеченочных желч-

ных протоколов, имеющий прогрессирующее течение с исходом в билиарный цирроз, а в ряде случаев (10 % — пациентов) — в холангиокарциному.

Поражение почек включает острый гломерулонефрит, мочекаменную болезнь, амилоидоз.

В ряде случаев установлено развитие *острого панкреатита*, что можно рассматривать как проявление основного заболевания или осложнение лекарственной терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты.

Местные осложнения

К местным осложнениям относятся кровотечения, острая токсическая дилатация и перфорация толстой кишки, свищи, инфильтраты, абсцессы брюшной полости, стриктуры, рак.

Массивные кишечные кровотечения встречаются у 1–6 % больных НЯК. При БК это осложнение возникает довольно редко. В большинстве случаев с кровотечением удается справиться консервативными мероприятиями. Рецидивирующие профузные кровотечения являются показанием к колэктомии.

Стриктуры и стеноз кишки. Стриктуры кишечника наблюдаются у 30–50 % пациентов с БК и лишь у 7–11 % с НЯК. Трансмуральное воспаление с развитием фиброза является основой для развития стеноза кишки при БК. Стриктуры могут встречаться в любом отделе тонкой и толстой кишки. У пациента появляются острые коликообразные боли в животе, часто после погрешности в диете. Диагностические мероприятия включают рентгенологическое и эндоскопическое исследование кишечника. Тактика лечения обструкции кишечника включает консервативные мероприятия: парентеральное или энтеральное зондовое питание, трансфузионную терапию, направленную на коррекцию электролитных нарушений, применение глюкокортикостероидов. Хирургическое вмешательство проводится при рубцовых стенозах, наличии опухоли или при рецидивах кишечной непроходимости.

Острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон) чаще наблюдается у пациентов с НЯК и значительно реже при БК. Генез развития этого состояния до настоящего времени не выяснен. Важное значение имеет хронический воспалительный процесс в стенке кишки, который ведет к тяжелым деструктивным и дегенеративным изменениям в нервных межмышечных сплетениях, что нарушает регуляцию моторной функции кишечника. Одним из факторов риска является применение следующих лекарственных препаратов: спазмолитиков, антидиарейных, антихолинергических средств.

Как правило, острая токсическая дилатация толстой кишки наблюдается при тяжелом течении НЯК. На фоне урежения или нормализации стула у пациентов отмечается усиление метеоризма, сухость языка, отсутствует кишечная перистальтика. Появление тахикардии более 120 ударов в ми-

нуту, повышение температуры тела более 38 °С, лейкоцитоз в общем анализе крови, а также выраженное расширение толстой кишки при обзорной рентгенограмме органов брюшной полости позволяют заподозрить это тяжелое осложнение. Неотложные мероприятия при токсическом мегаколоне включают: желудочную декомпрессию, декомпрессию через колоноскоп, трансфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений, гормональную терапию. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение суток следует прибегать к хирургическому лечению. Раннее оперативное вмешательство, проведенное до перфорации кишки и кровотечения, позволяет снизить уровень летальности.

Перфорация толстой кишки более характерна для НЯК, чем для БК. Частота этого осложнения составляет 2,8–3,2 %, при тяжелом течении болезни и тотальном поражении кишки оно может развиваться у 14 % пациентов. Свободная перфорация при БК чаще возникает при локализации процесса в терминальном отделе тонкой кишки, на стороне, противоположной брыжеечному краю. У пациентов с НЯК в большинстве случаев перфорация наблюдается при развитии токсического мегаколона или при тяжелом течении заболевания, обычно носит множественный характер и возникает в сигмовидной и поперечной ободочной кишке. Клинически перфорация протекает атипично по сравнению с таковой при других ее заболеваниях. Может наблюдаться лишь незначительное усиление имевшихся болей или их отсутствие. Редко отмечается выраженное напряжение брюшной стенки, чаще выявляется ее тестоватость, отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Характерно изменение общего вида пациента, нарастание тахикардии и увеличение сухости языка. Диагноз подтверждается обнаружением свободного воздуха в брюшной полости при рентгенологическом исследовании. Методом хирургического лечения является резекция перфорированного участка при БК и субтотальная резекция толстой кишки при НЯК.

Свищи представляют собой патологическое сообщение между двумя эпителиальными поверхностями. При БК частота их формирования колеблется от 26 до 48 %. При НЯК это осложнение практически не встречается. Среди свищей выделяют два вида: наружные, с выходным отверстием на брюшной стенке, и внутренние, открывающиеся в петли соседних кишок и полые органы. Наружные свищи чаще наблюдаются у пациентов после хирургического лечения (кишечные анастомозы), хотя встречаются они сравнительно редко. Из внутренних отмечаются в основном межкишечные, кишечно-вагинальные, ректовагинальные, кишечно-пузырные свищи. При БК чаще всего они наблюдаются у пациентов с поражением тонкой кишки. Чаще встречаются илеоилеальные свищи, реже — тонко-толстокишечные. Диагностические мероприятия включают ультразвуковое, рентгенологическое исследование, компьютерную томографию.

Большинство пациентов со свищами подвергаются хирургическому лечению. Однако в последние годы появились работы, указывающие на хороший эффект при этом осложнении от препарата инфликсимаб (римикейд). Из методов хирургического лечения применяют резекцию кишки или наложение разгрузочной стомы.

Абсцессы (гнойные сакроилеиты). Перикишечные абсцессы часто являются следствием свищей из прилежащего участка кишки. Терапия кортикостероидами основного заболевания маскирует классические клинические проявления гнойного процесса в брюшной полости, пациенты отмечают ощущение дискомфорта в животе и прогрессивную потерю массы тела. Диагностические мероприятия включают бариевую клизму, ультрасонографию, компьютерную томографию. В ряде случаев применяют радионуклидный метод исследования или ядерно-магнитный резонанс для обнаружения глубоких абсцессов. Псоас-абсцессы (гнойные сакроилеиты) обычно являются осложнением илеита или возникают после наложения илеотолстокишечного анастомоза. Встречаются абсцессы печени, которые могут быть как единичными, так и множественными, а также поражения глаз и гангренозная пиодермия. Консервативное лечение абсцессов включает антибиотикотерапию и чрескожный дренаж. В ряде случаев проводится хирургическое лечение.

Синдром нарушенного питания и всасывания встречается при воспалительных заболеваниях кишечника: в 75–80 % случаев при БК и в 5–10 % при НЯК. У пациентов отмечается потеря массы тела, гипоальбуминемия, анемия, связанные с дефицитом железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты и потерей белка, нарушение минерального и витаминного обмена. У детей наблюдается отставание в росте и развитии.

Дисплазия и рак. Хронические воспалительные заболевания слизистых оболочек рассматриваются как «стартовая площадка» для опухолевого роста. Это подтверждается высокой частотой развития аденокарциномы при НЯК при продолжительности заболевания более 10 лет и начале болезни в возрасте моложе 18 лет. Факторами риска являются тотальное поражение толстой кишки, связь НЯК с первичным склерозирующим холангитом. При БК развитие рака тонкой и толстой кишок также несколько выше, чем в общей популяции, но значительно ниже, чем при НЯК. К профилактическим мероприятиям при НЯК и БК относятся поддерживающая терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты, применение преднизолона (per os и в виде клизмы) для профилактики рецидивов заболевания, а также регулярные обследования пациентов (колоноскопия с множественной биопсией слизистой оболочки кишечника).

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТОВ

Лечение воспалительных заболеваний кишечника включает ряд этапов:
– максимально быстрое купирование острых атак болезни;

- предупреждение и устранение осложнений;
- купирование рецидивов и их предупреждение;
- своевременное хирургическое лечение при отсутствии терапевтического эффекта, прогрессировании патологического процесса, а также при развитии опасных для жизни осложнений.

Базисная терапия при НЯК включает препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин) и глюкокортикостероиды (в т. ч. и в виде клизм), при БК к ним прибавляются антибактериальные препараты (метронидазол) и иммунодепрессанты (азатиоприн и 6-меркаптопурин), антицитокиновые препараты (ремикеид). Параллельно проводится коррекция обменных и дисбиотических нарушений, назначается сбалансированное энтеральное и парентеральное питание, иммунокорректирующая терапия (тималин, тактивин, миелопид). К современным методам лечения НЯК относят назначение курсов пробиотиков (до 1 года), а также применение *такролимуса* (макролидный лактон FK 506) — иммуносупрессора, ингибирующего Т-клеточные реакции, и *инфликсимаба* (антитела к ФНО).

Хирургическое лечение язвенных колитов

Все показания к хирургическому лечению можно объединить в две группы:

- 1) *абсолютные показания*:
 - перфорация кишки;
 - острая токсическая дилатация толстой кишки, не поддающаяся комплексному консервативному лечению в течение 24 ч;
 - профузные кишечные кровотечения;
 - инфильтраты и стриктуры толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости;
 - рак на фоне хронического воспалительного процесса;
 - острые формы болезни и остро протекающие рецидивы, при которых не удается добиться эффекта от применения комплексной интенсивной терапии в течение 7–10 дней;
 - тяжелая рецидивирующая форма болезни без положительной динамики в процессе лечения на протяжении 3–4 недель;
- 2) *относительные показания*:
 - неэффективность консервативной терапии при хроническом непрерывном течении заболевания, приводящего к инвалидности пациента;
 - дисплазия слизистой оболочки толстой кишки при продолжительности заболевания 20 лет и более;
 - нарушение развития и задержка роста в детском и юношеском возрасте.

Все применяемые хирургические операции можно разделить на три группы:

1. *Паллиативные* (операции отключения). Они состоят в наложении колостомы или илеостомы.

2. *Радикальные*. При НЯК применяют 3 вида оперативных вмешательств: субтотальную резекцию ободочной кишки, колпроктэктомия и проксимальную субтотальную резекцию ободочной кишки с наложением илео- и сигмостомы. У пациентов с БК помимо данных операций возможна сегментарная резекция кишки при ограниченном поражении.

3. *Восстановительно-реконструктивные*. Они производятся пациентам молодого возраста (до 35–40 лет) при незначительном хроническом воспалении прямой кишки с целью восстановления непрерывности кишечной трубки. Методом выбора является наложение илеоректального или низкого илеосигмовидного анастомоза с формированием подвздошно-прямокишечного резервуара.

ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Ишемический колит — заболевание, в основе которого лежит сегментарное поражение толстой кишки вследствие органического или функционального изменения состояния сосудов.

Этиология и патогенез. Наиболее часто дефицит кровоснабжения в кишечной стенке возникает вследствие атеросклеротического поражения сосудов брыжейки, реже — диабетической ангиопатии, узелкового периартериита. Причиной развития ишемического колита может быть также спазм сосудов, недостаточность кровообращения при сердечной слабости, гипотензивном синдроме, интеркуррентных заболеваниях, после пластики аневризмы брюшного отдела аорты. Наиболее часто дефицит кровоснабжения наблюдается в дуге Риолана (анастомоз между ветвями средней и левой ободочных артерий), вследствие чего страдает кровоснабжение левого изгиба и нисходящей ободочной кишки (75 %). Далее следует поперечно-ободочная кишка (15 %) и правый фланг (5 %). Нарушение артериального кровообращения в стенке кишки приводит к частичному или полному некрозу ее стенки (от изъязвлений слизистой оболочки до полного некроза).

Наиболее часто заболевание встречается в возрасте старше 50–60 лет, несколько чаще у женщин.

Клиническая картина. Выделяют три формы ишемического колита:

- 1) транзиторный (спонтанно заканчивается выздоровлением);
- 2) хронический персистирующий (возможно развитие стриктуры и кишечной непроходимости);
- 3) гангренозный (приводящий к гангрене кишки).

У пациентов появляются проходящие, непостоянные боли, чаще в левой половине живота, по типу абдоминальной жабы. В ряде случаев бо-

ли могут иметь определенный ритм: покой – прием пищи – боли – покой. Иногда, особенно после приема обильной пищи, может быть понос с кровью. Пальпаторно выявляется болезненность левой половины живота. При развитии стриктуры наблюдается клиническая картина хронической обтурационной кишечной непроходимости.

При тяжелых формах нарушения кровообращения может возникнуть некроз кишки с развитием гнойного перитонита.

Диагностика представляет собой сложную задачу, т. к. заболевание не имеет четких признаков. Большое значение придается рентгенконтрастному исследованию, при котором выявляется пятнистый рисунок слизистой оболочки, при наличии язв — зазубренность контура слизистой. Патогномичным считается симптом пальцевых вдавлений — волнистый контур стенки кишки за счет овальных дефектов наполнения. Если имеется сужение кишки, то оно выявляется рентгенологически. При фиброколоноскопии изменения могут напоминать язвенный и псевдомембранозный колит, БК. Фиброколоноскопия противопоказана при гангренозной стадии заболевания. Основным методом постановки диагноза является ангиография верхней брыжеечной артерии по Сельдингеру, которая позволяет выявить склеротическое поражение сосудов, стеноз и окклюзию. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с другими видами колитов, прежде всего с НЯК и БК.

Лечение. В начальных стадиях болезни применяют сосудорасширяющие и антисклеротические средства, ингибиторы протеаз, а также препараты, улучшающие реологию крови. При прогрессировании процесса с развитием стеноза или гангрены кишки производится оперативное лечение — резекция пораженного участка кишечника.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки представляет собой заболевание, которое заключается в образовании единичных или множественных грыжеподобных выпячиваний слизистой оболочки наружу за пределы кишечной стенки.

Частота встречаемости дивертикулярной болезни составляет до 24 %. При этом около 30 % пациентов находятся в возрасте 50 лет и 70 % — 75–80 лет. Отмечается рост заболеваемости в экономически развитых странах, что связано с уменьшением потребления растительной пищи, увеличением продолжительности жизни и высокими психоэмоциональными нагрузками.

Этиология и патогенез. Наиболее распространенной теорией возникновения дивертикулеза является *грыжевая*. Образование дивертикулов объясняется слабостью соединительнотканного аппарата стенки кишки.

Эта теория подтверждается тем, что дивертикулы чаще (примерно в половине случаев) бывают у лиц старше 50 лет, а также возможностью сочетания дивертикулеза толстой кишки с грыжами, варикозным расширением вен, плоскостопием, синдромом Марфана и Элерса–Данлоса. Однако этой теорией нельзя объяснить появление дивертикул у молодых людей без признаков слабости соединительнотканного аппарата.

В настоящее время появление дивертикулов толстой кишки связывают с *нарушением ее пропульсивной функции*, что ведет к повышению внутрикишечного давления и, как следствие, к выпячиванию слизистой оболочки в местах наименьшего сопротивления. Такое развитие дивертикулеза характерно для клинически выраженной формы заболевания. Бессимптомное течение в большей степени связано с развитием дегенеративных изменений в мышечных слоях стенки толстой кишки.

Возникновение осложнений дивертикулеза обусловлено рядом причин, ведущими из которых являются повышение внутрикишечного давления, спазм мышечной стенки с нарушением кровоснабжения дивертикулов, застой в них каловых масс, иногда с образованием фекалитов. Последнее обстоятельство может стать причиной образования пролежня в дивертикуле с развитием воспалительного перипроцесса. В некоторых случаях воспалительный процесс в органе переходит на окружающие ткани и органы с образованием внутренних или наружных свищей. Истончение слизистой оболочки дивертикулов, обнажение сосуда, перфорирующего кишечную стенку, создает условия для его травматизации и возникновения кишечного кровотечения.

Наиболее часто (90,7 % пациентов) дивертикулы локализуются в левой половине ободочной кишки, причем только в сигмовидной кишке (у 80–85 %). У 6 % пациентов дивертикулы отмечаются по всей толстой кишке, а у 3,3 % — по всему ЖКТ.

Классификация. Наиболее удобной является классификация, принятая на Всесоюзном симпозиуме по проблеме дивертикулеза толстой кишки (Саратов, 1979):

1. Дивертикулез толстой кишки без клинических проявлений. Заболевание этой формы встречается у $\frac{1}{3}$ обследованных и расценивается как случайная находка.

2. Дивертикулез с клиническими проявлениями. Эта форма характеризуется симптомокомплексом, включающим боли в животе и различные нарушения функции кишечника.

3. Дивертикулез с осложненным течением. Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза являются:

- дивертикулит;
- перфорация;
- кровотечение;

- кишечная непроходимость;
- внутренние или наружные кишечные свищи.

Клиническая картина. Дивертикулез ободочной кишки может длительное время не проявляться. Основными симптомами клинически выраженного неосложненного дивертикулеза толстой кишки являются боли в животе и нарушения функции кишечника.

Боли в животе носят разнообразный характер: от легкого покалывания до сильных коликообразных приступов. Большинство пациентов ощущают легкие или умеренные, но постоянные боли. Чаще всего они локализируются в левой половине живота, особенно в левой подвздошной области или над лобком, т. е. в зоне расположения сигмовидной кишки. У части пациентов эти боли разнообразны не только по своему характеру, но и по локализации. Боли могут вызываться приемом пищи, что объясняется влиянием гастроколического рефлекса. У большинства пациентов боли уменьшаются после стула, хотя у некоторых акт дефекации усиливает боль. Субъективное ощущение боли на всегда подтверждается при объективном исследовании (пальпации живота). Несоответствие между ощущением боли и отсутствием болезненности при пальпации живота характерно для неосложненного дивертикулеза толстой кишки. Это объясняется отсутствием постоянной органической причины болей. Боли в животе могут быть связаны со спазмом кишечника, повышением внутрикишечного давления.

Нарушение функции кишечника проявляется чаще в виде запоров, причем длительное отсутствие стула значительно усиливает болевой синдром. У 15 % пациентов отмечается диарея, не имеющая постоянного характера.

Наиболее ярко обычно проявляются **осложнения дивертикулеза**.

Примерно у $\frac{1}{3}$ пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки наблюдается *дивертикулит*. Основные его признаки — боли в животе, повышение температуры и лейкоцитоз. Появление двух последних признаков на фоне существовавшего клинически выраженного или бессимптомного дивертикулеза позволяет отличить начавшееся воспаление от функциональных болей. У всех пациентов отмечается повышение температуры тела. Если воспалительный процесс с дивертикула распространяется на окружающие ткани, то могут наблюдаться симптомы раздражения брюшины, напряжение мышц передней брюшной стенки. При распространении воспалительного процесса в виде параколита наряду с перечисленными симптомами отмечается образование инфильтрата. Прогрессирование воспалительного процесса может привести к абсцедированию с угрозой прорыва гноя в брюшную полость. Стихание воспаления не всегда приводит к полному рассасыванию инфильтрата, и тогда индурация брыжейки или окружающих тканей симулирует опухоль брюшной полости.

Сигмовидная кишка и другие отделы ободочной кишки в результате повторных атак дивертикулита, параколита или формирования абсцесса могут оказаться спаянными с соседними органами. При этом абсцесс может вскрыться в мочевого пузырь, уретру, влагалище или тонкую кишку с образованием свищей. Чаще встречаются колевезикальные свищи, причем, главным образом, у мужчин, т. к. у женщин матка является дополнительным препятствием для проникновения процесса в мочевого пузырь. Ведущими симптомами этого осложнения являются упорная дизурия и пневматурия, сопровождающиеся выделением кала через уретру или без него. Иногда к указанным симптомам присоединяется пиурия и гематурия.

Перфорация дивертикула ведет к развитию быстро прогрессирующего перитонита, клинические проявления которого не отличаются от таковых при других формах острого воспаления брюшины.

Кишечная непроходимость при дивертикулезе толстой кишки носит характер обтурационной. Одной из частых причин непроходимости при дивертикулезе является образование псевдоопухоли, в основе чего лежит перфорация дивертикула в брыжейку либо жировой привесок толстой кишки.

Кишечное кровотечение, как правило, не имеет профузного характера. Кровь у большинства пациентов алая, т. к. источник кровотечения чаще располагается в дистальных отделах толстой кишки. При расположении дивертикула в правых отделах может быть дегтеобразный стул.

Диагностика. В диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки, наряду с анамнезом и данными общеклинического обследования, используются ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия, многоканальная баллонная манометрия; при свищах — фистулография. При ирригоскопии, фиброколоноскопии, многоканальной баллонной манометрии следует также оценивать дискоординацию двигательной активности кишки, что очень важно для определения границ резекции в случае оперативного лечения. Фиброколоноскопия должна проводиться опытным врачом-эндоскопистом с учетом риска перфорации пораженной дивертикулами кишки.

Лечение. Следует помнить, что существующие дивертикулы не регрессируют. При лечении назначается диета, включающая в себя клетчатку и пищевые волокна для уменьшения запоров; применяются спазмолитики и прокинетики в зависимости от типа моторных расстройств (гиперкинетических или гипокинетических); возможно использование осмотических слабительных средств (лактолоза). Не рекомендуются стимулирующие слабительные средства, т. к. они повышают давление в кишке.

При лечении *дивертикулита* проводится массивная антибактериальная терапия, назначается метрагил, что в большинстве случаев дает поло-

жительный эффект. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное вмешательство.

Для лечения *инфильтрата* назначается внутривенная массивная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, метрагилом в сочетании с дезинтоксикационной терапией. Назначаются нестероидные противовоспалительные препараты. Операция проводится после стихания воспалительного процесса либо при абсцедировании инфильтрата.

Лечение *кровотечений* из дивертикулов консервативное. При его неэффективности показано оперативное вмешательство.

В настоящее время хирургическое лечение пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки показано при неосложненном клинически выраженном дивертикулезе, не поддающемся комплексной консервативной терапии, а также при осложнениях данного заболевания. Выбор метода операции в каждом конкретном случае определяется характером осложнений и распространенностью процесса, изменениями со стороны самих дивертикулов, кишечной стенки и окружающих тканей, наличием или отсутствием перифокального воспаления или перитонита. Немаловажное значение имеют сопутствующие заболевания, часто наблюдающиеся у пожилых пациентов.

Перфорация дивертикула или прорыв перифокального абсцесса в свободную брюшную полость приводит к развитию быстро прогрессирующего перитонита. В этом случае требуется экстренное хирургическое вмешательство. При этом характер операции может быть различным в зависимости от сроков перфорации, выраженности перитонита, состояния стенки толстой кишки, локализации перфорированного дивертикула, общего состояния пациента. В то же время во всех случаях должно быть соблюдено одно правило — необходимо отказаться от наложения первичного внутрибрюшного анастомоза. Наиболее безопасными методами являются резекция кишки с перфорированным дивертикулом, произведенная по методу Микулича, или выведение зоны перфорации с формированием в этом отделе колостомы. В тех случаях, когда вывести наружу участок кишки с ее перфорацией невозможно (локализация в дистальной части сигмовидной кишки или ректосигмоидном отделе), рекомендуется двухслойное ушивание перфоративного отверстия с обязательным формированием проксимальной колостомы.

Обширные хронические инфильтраты, особенно с нарушением кишечной проходимости, часто имитируют злокачественную опухоль. Адекватным методом лечения в таких ситуациях является резекция кишки с учетом онкологических принципов и распространенности дивертикулов. Наложение первичного анастомоза целесообразно только в случае, если удастся хорошо очистить толстую кишку, особенно ее проксимальные отделы, от содержимого.

При наличии *свищей*, оставшихся после пенетрации или перфорации дивертикулов в соседние органы, также показано хирургическое лечение. Выбор метода операции зависит от вида свища, выраженности воспалительного процесса и состояния пациента. Возможно иссечение свища с ушиванием отверстий без резекции кишки, однако это удается редко из-за развития грубых рубцово-инфильтративных изменений в кишечной стенке.

Кишечное кровотечение при дивертикулезе ободочной кишки редко бывает профузным, поэтому практически всегда есть возможность использовать консервативные мероприятия: холод на живот, введение гемостатиков, переливание компонентов крови и кровезаменителей и т. д. Определенное лечебное воздействие оказывает бариевая клизма, т. к. заполнение сульфатом бария дивертикулов выполняет роль своеобразной тампонады. При неэффективности консервативной терапии объем резекции должен быть не менее левосторонней гемиколэктомии, в связи с тем, что дивертикулы наиболее часто локализируются именно в этом отделе толстой кишки. Вопрос о наложении в этих случаях первичного анастомоза решается индивидуально в зависимости от степени анемизации пациента и подготовленности толстой кишки.

Неосложненный, но клинически выраженный дивертикулез, не поддающийся консервативному лечению, является показанием к хирургическому лечению. Вид оперативного пособия определяется в зависимости от типа моторики кишечника и может быть выполнен в нескольких вариантах:

– при гипокинетическом типе моторики кишечника выполняются различные виды резекции кишки с первичным анастомозом, чаще резекция сигмы или левосторонняя гемиколэктомия;

– при гиперкинетическом типе моторики кишечника предпочтение отдается малоинвазивным органосохраняющим операциям, направленным на устранение мышечного спазма. К ним относится операция продольной серозомиотомии по Reily, а также ее модификации, из которых следует отметить поперечную тениотомию по Ходжсону и комбинированную тениотомию по Kettlewell. Техника операции заключается в том, что после лапаротомии на выпрямленной дистальной части сигмовидной кишки делают предварительный продольный разрез серозной оболочки, начиная на 4–5 см выше переходной складки тазовой брюшины. Протяженность разреза — 20–25 см. Рассечение серозного и продольного мышечного слоев проводят строго по средней линии противобрыжеечного края кишки. Затем края разреза захватывают зажимами и постепенно снизу вверх тщательно рассекают волокна циркулярного мышечного слоя. Выше продольного разреза производят поперечное рассечение двух мышечных лент в шахматном порядке. Расстояние между поперечными разрезами — 5–6 см с обеих сторон, причем рассекают лишь продольные мышечные волокна, не трогая циркулярные. Миотомические разрезы не прикрывают ни сальником, ни брюшиной.

Таким образом, большинство пациентов с клинически выраженным дивертикулезом подлежат консервативной терапии. Хирургическое лечение показано при некоторых осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки или при неэффективности консервативных мероприятий у пациентов с выраженным болевым синдромом при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний. При хирургическом лечении осложненного дивертикулеза следует отдавать предпочтение многоэтапным операциям.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

К доброкачественным опухолям толстой кишки относятся полипы, липомы, миомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, невриномы и т. д. Большая их часть бессимптомна, выявляются они случайно при ректороманоскопии, фиброколоноскопии. Опасны данные опухоли лишь при малигнизации, кровотечении, непроходимости. Наибольшее практическое значение имеют полипы, т. к. они встречаются чаще всего, до 92 % всех доброкачественных опухолей. Частота заболеваемости населения полипами колеблется от 1,7 до 16,8 %. Проблема социально значима, т. к. своевременное лечение полипов на доброкачественной стадии является профилактикой рака толстой кишки.

Классификация. С клинической точки зрения целесообразно разделять все доброкачественные опухоли на две основные группы:

1. Опухоли эпителиальной природы (полипы), встречающиеся чаще всего (92 % наблюдений) и представляющие значительную опасность роста и малигнизации. Полип — термин клинко-анатомический, который обозначает опухоль, растущую на слизистой оболочке. Различают аденоматозные полипы (растут из железистого эпителия), аденопапиллому (аденома, покрытая нежными ворсинками-сосочками), ворсинчатую, или виллезную, аденому. Выделяют также гиперпластические полипы, которые предшествуют возникновению железистых, а затем ворсинчатых полипов. Наиболее склонны к малигнизации ворсинчатые аденомы (от 5 до 50 % пациентов).

2. Опухоли неэпителиальной природы, частота отдельных форм которых колеблется от 0,2 до 3,5 %. Вероятность малигнизации большинства из них очень мала (кроме лейомиомы и карциноида). К ним относятся:

- лейомиома;
- липома;
- фиброма;
- сосудистые опухоли (гемангиома, лимфангиома);
- нейрофибромы;
- лимфома;
- гамартома (полип Пейтца–Егерса, ювенильные полипы).

В группе эпителиальных опухолей важное клиническое значение имеет их разделение не только по гистологическому строению, но и по величине (чем больше опухоль, тем больше вероятность малигнизации), наличию или отсутствию ножки (опухоль на широком основании, а тем более стелющегося характера, трудно или вовсе невозможно удалить через эндоскоп) и фактору множественности (одиночные полипы имеют более благоприятный прогноз в отношении излечения и в несколько раз реже малигнизируются по сравнению с множественными).

Множественные полипы могут располагаться в одном из отделов толстой кишки вблизи друг от друга (групповые) или обнаруживаться по одному-два и более в каждом отделе.

Клиническая картина. Клинические проявления отмечаются в большинстве случаев при достижении размеров опухолей 1,5–2 см в диаметре, особенно при ворсинчатых опухолях. Отмечаются тянущие боли в животе, при локализации полипа в ректосигмоидном отделе — тенезмы. Могут быть выделения крови и слизи с калом. Иногда потери белка со слизью при крупных ворсинчатых полипах могут приводить к диспротеинемии, даже к безбелковым отекам, нарушению водно-электролитного обмена. При крупных доброкачественных опухолях могут возникнуть явления кишечной непроходимости.

Диагностика. Из специальных методов применяются пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия. При рентгенологическом исследовании полипы диаметром до 0,5 см не выявляются, диаметром от 0,5 до 1 см обнаруживаются в 60–70 % случаев, и лишь надежно определяются полипы диаметром более 1 см. Следует помнить, что почти в 50 % случаев полипы расположены в прямой и сигмовидной кишке, т. е. доступны сигмоидоскопии.

Эндоскопические методы позволяют выявить опухоли, в том числе и менее 0,5 см в диаметре, до 96 % случаев. Обязательной является верификация заболевания, для чего используется биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Лечение. В современных условиях удаление доброкачественных опухолей проводится через эндоскоп или хирургическим путем. Большинство полипов удаляется через ректоскоп или фиброколоноскоп (до 90 % полипов). Различают следующие способы удаления доброкачественных опухолей:

- эктомия через ректоскоп или фиброколоноскоп с электрокоагуляцией;
- трансанальное иссечение опухоли с наложением швов на рану слизистой оболочки. Метод возможен при расположении опухоли в пределах до 10 см от края заднего прохода;

– удаление опухоли путем колотомии или резекции кишки чрезбрюшинным доступом.

При удалении опухолей прямой кишки используются также возможности трансанальной эндохирургии.

При крупных, технически сложных для эндоскопического удаления полипах ободочной кишки возможно использование лапароскопически ассистированной колоноскопической полипэктомии. Методика позволяет при необходимости мобилизовывать сегмент кишки, маркировать место полипа, накладывать серозно-мышечные швы на кишку для профилактики перфорации.

Частота рецидивов возрастает соответственно увеличению размеров опухолей и степени ворсинчатой трансформации полипов, а также при множественных полипах.

ДИФфуЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Семейный диффузный полипоз ободочной кишки характеризуется наличием множественных полипов на ее слизистой оболочке, которые могут иметь различную величину и количественно достигать нескольких тысяч. Заболевание рассматривается как облигатный предрак, т. к. почти у всех пациентов через 10–15 лет происходит перерождение полипов в рак. Отличительным признаком этого заболевания является наследственный (семейный) характер. Частота встречаемости заболевания составляет 13 на 1 000 000 населения.

Этиология и патогенез изучены недостаточно. Существуют различные теории возникновения полипоза, начиная от воспалительных процессов слизистой оболочки, нарушений эмбрионального периода развития и заканчивая вирусной теорией. Установлена наследственная передача заболевания по принципу доминантного гена. Чаще всего полипы при диффузном полипозе являются следствием чрезмерной пролиферации железистого эпителия на всем протяжении толстой кишки с последующим переходом в железисто-ворсинчатые полипы. В большей степени поражаются прямая и сигмовидная кишка.

Клинические формы и течение. Ведущими симптомами заболевания являются боли в животе, кишечные кровотечения и поносы. Вследствие жидкого стула (от 3 до 30 и более раз в сутки с примесью крови и слизи) происходит быстрое истощение пациента, выраженное нарушение обменных процессов, иммунитета. К важным клиническим признакам относятся также желудочный дискомфорт, проявляющийся изжогой, отрыжкой, болями в эпигастральной области.

Выделяют следующие формы диффузного полипоза:

– пролиферирующую;

- ювенильную;
- гамартмную (синдром Пейтца–Егерса).

Проллиферирующая форма встречается наиболее часто. Она протекает с преобладанием в полипах процессов пролиферации, которые проходят следующие три стадии:

- I стадию — гиперпластический (милиарный) полипоз;
- II стадию — аденоматозный полипоз;
- III стадию — аденопапилломатозный полипоз.

По мере увеличения в размерах полипов от просяного зерна (милиарный полипоз) до 3–4 см в диаметре (аденопапилломатозный полипоз) происходит трансформация их из простых аденом в железисто-ворсинчатые полипы с возрастанием индекса малигнизации.

Клинические проявления пролиферирующей формы полипоза отмечаются в период полового созревания. У пациентов с гиперпластической стадией болезни полипоз может протекать бессимптомно или со скудной симптоматикой. Выраженная клиническая картина наблюдается у пациентов с аденопапилломатозной стадией заболевания. Нередко у этих больных на первый план выступают симптомы, характерные для рака толстой кишки: анемия, нарушения обменных процессов, истощение, частичная кишечная непроходимость. Следует учитывать, что наибольшее количество больных раком (до 83,3 %) поступают в этой стадии пролиферирующей формы диффузного полипоза.

Ювенильный полипоз клинически проявляется уже в возрасте 10–12 лет. Отмечается частый стул. В ряде случаев полипы могут выпадать из прямой кишки при акте дефекации. Дети становятся бледными, начинают отставать в росте и развитии, задерживается появление вторичных половых признаков. Рак к моменту госпитализации обнаруживается примерно у пятой части детей.

При *гамартмной форме диффузного полипоза* (синдроме Пейтца–Егерса), одновременно с поражением полипами толстой кишки, появляются темные пигментные пятна на коже вокруг рта, на слизистой оболочке щек, губ, кожи ладоней. Данный синдром проявляется уже с рождения ребенка. Малигнизация полипов при синдроме Пейтца–Егерса наблюдается редко.

Диагностика основывается на клинических проявлениях заболевания. Подозревать его необходимо у лиц молодого возраста, предъявляющих жалобы на боли в животе и частые послабления стула. Существенным в диагностике является подтверждение семейного и наследственного характера заболевания, что требует обследования ближайших родственников. Из специальных методов применяются пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и рентгеноконтрастные методы обследования. Важными задачами колоноскопии являются определе-

ние морфологической стадии болезни, распространенности поражения, диагностика малигнизированных полипов. При исследовании с сульфатом бария выявляются множественные дефекты наполнения на всем протяжении толстой кишки.

Необходимо также УЗ-сканирование печени, компьютерная томография органов брюшной полости.

Лечение. Хирургическое лечение диффузного полипоза пока остается единственным методом лечения данной группы пациентов. Целью операции является удаление пораженной толстой кишки, предупреждение развития рака. Применяются следующие виды оперативных пособий:

- колпроктэктомия — удаление ободочной кишки с одновременной экстирпацией прямой кишки. Выполняется в случае тотального поражения всей толстой кишки при сочетании с раковой опухолью нижней трети прямой кишки;

- колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки. Показанием к этой операции является поражение полипами всех отделов толстой кишки, в том числе в сочетании с раковой опухолью прямой кишки, расположенной на 6–7 см выше края заднего прохода;

- субтотальная резекция толстой кишки с формированием илеоректального анастомоза. Применяется в тех случаях, когда полипами поражены все отделы ободочной кишки, а в прямой и сигмовидной их нет (или обнаружены и удалены единичные гиперпластические и ювенильные полипы);

- субтотальная резекция толстой кишки с формированием асцендоректального анастомоза. Выполняется, когда в правых отделах ободочной кишки полипов нет или они единичные;

- субтотальная резекция ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, низведение правых отделов ободочной кишки в заднепроходный канал. Выполняется, когда в слепой и восходящей кишке полипов нет или они единичные (милиарного или ювенильного строения), а во всех остальных отделах толстой кишки имеется множество полипов (в прямой кишке при этом может быть опухоль, но расположенная на 7–8 см выше края заднепроходного канала);

- субтотальная резекция толстой кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, низведение поперечной ободочной кишки в заднепроходный канал, правосторонняя гемиколэктомия и наложение илеотрансверзоанастомоза. Выполняют у пациентов с ювенильным полипозом в тех случаях, когда в поперечной ободочной кишке полипов нет или они единичные, а во всех отделах толстой кишки имеется множественное поражение слизистой оболочки полипами.

Оперированные пациенты нуждаются в медицинской и социальной реабилитации, постоянном диспансерном наблюдении и коррекции возникающих метаболических нарушений.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Рак ободочной кишки — злокачественная эпителиальная опухоль толстой кишки.

Отмечается рост заболеваемости колоректальным раком. Общий уровень заболеваемости составляет 20,1 случая на 100 000 человек. Пик заболеваемости приходится на возраст 70–74 года (80,4 случая на 100 000 человек). По частоте поражения различных отделов кишки заболевание распределяется следующим образом: слепая кишка — 31 %, восходящая ободочная — 8 %, печеночный угол — 8 %, поперечная ободочная — 5 %, селезеночный угол — 6 %, нисходящая ободочная — 9 %, сигмовидная — 33 %.

Этиология и патогенез. Этиология рака толстой кишки до настоящего времени изучена недостаточно. Основное значение в патогенезе опухолей толстой кишки принадлежит факторам внешней среды. Установлена прямая связь между содержанием в пищевом рационе жиров и животных белков и заболеваемостью раком толстой кишки. Эта связь опосредуется через толстокишечную бактериальную флору. Последняя при избыточном содержании жиров и белков животного происхождения продуцирует канцерогенные вещества.

Развитие злокачественных опухолей толстой кишки может быть индуцировано онкогенами, наличие которых в геноме человека в последние годы доказано генетиками.

Важным моментом в предупреждении развития рака прямой кишки является своевременное выявление предраковых заболеваний. К ним, в частности, относятся полипы и полипоз кишечника. Диффузный полипоз представляет собой облигатный предрак, а ворсинчатые опухоли и аденоматозные полипы — факультативный. Рак толстой кишки на фоне других ее заболеваний (НЯК, БК, свищи) развивается в единичных случаях, поэтому их можно рассматривать только как фоновые заболевания.

Классификация. Выделяют две макроскопические формы рака: экзофитно- и эндофитнорастущие опухоли. Первые могут быть узловыми, полиповидными и ворсинчато-папиллярными. Среди эндофитных опухолей различают блюдцеобразные, инфильтративные и стриктурирующие.

В зависимости от гистологической картины рак подразделяют на аденокарциному, слизистую аденокарциному, перстневидно-клеточный рак и недифференцированный рак.

В развитии рака прямой кишки выделяют следующие 4 стадии:

– I стадия — опухоль без метастазов в лимфатические узлы, занимающая менее половины окружности кишки и локализуемая в слизистом и подслизистом слое;

– II стадия — опухоль без метастазов в лимфатические узлы (IIa), которая занимает более половины окружности кишки и врастает в мышеч-

ный слой, либо такая же или меньших размеров опухоль с одиночными метастазами в регионарные лимфатические узлы (Пб);

– III стадия — опухоль, полностью прорастающая сквозь стенку кишки и спаянная с окружающими тканями и органами, а также опухоль любых размеров с множественными метастазами в регионарные лимфоузлы;

– IV стадия — обширная неподвижная распадающаяся опухоль, прорастающая в окружающие ткани и органы, или опухоль любых размеров с отдаленными метастазами.

Для характеристики онкопроцесса в области прямой кишки используется также классификация по системе **TNMPG** (2002 г.):

1. **T (tumor):**

– T_0 — признаки первичной опухоли отсутствуют;

– T_{is} — внутриэпителиальные опухоли;

– T_1 — опухоль занимает незначительную часть стенки кишки, прорастает в подслизистую оболочку;

– T_2 — опухоль занимает половину окружности кишки, прорастает в мышечный слой;

– T_3 — опухоль занимает более $\frac{2}{3}$ или всю окружность кишки, суживая просвет, прорастает в субсерозную основу;

– T_4 — опухоль занимает весь просвет кишки, чем вызывает кишечную непроходимость, или прорастает в соседние органы (висцеральную брюшину).

2. **N (nodes):**

– N_x — нет данных о наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах;

– N_0 — в регионарных лимфатических узлах метастазов нет;

– N_1, N_2, N_3 — поражение разных групп лимфатических узлов (коллекторов 1, 2 и 3-го порядка), величина и характер поражения (одиночный или множественный).

3. **M (metastasis):**

– M_0 — отдаленных метастазов нет;

– M_1 — отдаленные метастазы есть (хотя бы один).

4. **P (penetration):**

– P_1 — опухоль в пределах слизистой оболочки;

– P_2 — опухоль прорастает в подслизистую оболочку;

– P_3 — опухоль прорастает в мышечный слой (до серозного);

– P_4 — опухоль прорастает в серозную оболочку и выходит за пределы органа.

5. **G (gradus):**

– G_1 — опухоль низкой степени злокачественности (высокодифференцированная);

- G_2 — опухоль средней степени злокачественности (низкодифференцированная);
- G_3 — опухоль высокой степени злокачественности (недифференцированная).

В колопроктологии также распространена и классификация по Dukes в модификации Astler-Coller по стадиям: А; В1; В2; В3; С1; С2; D.

Клиническая картина. Ранние проявления рака клинически сходны с таковыми заболеваний других органов ЖКТ.

А. М. Ганичкин (1970) выделил следующие клинические формы рака ободочной кишки:

- форму, при которой симптоматика обусловлена прогрессирующей анемией. Ей сопутствуют снижение работоспособности, бледность кожных покровов, повышение температуры тела. Нарастание симптомов ведет к ухудшению общего состояния пациента, появлению кишечных расстройств и болезненных ощущений в животе;
- энтероколитическую форму (40–45 %). Ведущими симптомами являются расстройства дефекации: чередование поносов и запоров, вздутие живота и урчание в нем, патологические выделения из заднего прохода (слизистые, гнилостные, кровянистые). Преобладающая локализация — левая половина ободочной кишки;
- диспептическую форму (20–25 %). Главным симптомокомплексом является абдоминальный дискомфорт: тошнота, рвота, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, отрыжка;
- опухолевую (атипичную) форму (2–3 %). Характерно наличие пальпируемой опухоли в брюшной полости при относительно хорошем состоянии пациента и отсутствии каких-либо жалоб;
- псевдовоспалительную форму (5–7 %). Преобладают симптомы воспаления в брюшной полости с болями в животе, симптомами раздражения брюшины и напряжением мышц передней брюшной стенки, высокой температурой тела и соответствующими изменениями в лабораторных показателях. Клиническая картина может быть сходна с таковой при паранефрите, аппендиците, холецистите, язвенной болезни, а также воспалительных процессах гениталий;
- обтурационную форму (15–20 %). В основе главного симптомокомплекса лежит прогрессирующая обтурация просвета кишки, которая является одним из первых признаков заболевания. Эта форма характерна преимущественно для опухолей левой половины ободочной кишки.

К осложнениям рака ободочной кишки относятся:

- кишечная непроходимость;
- перфорация кишки выше места сужения;
- прободение опухоли;
- кишечное кровотечение;

- перифокальное воспаление;
- инвазия опухолью других органов и тканей.

Диагностика заболевания включает следующие общеклинические и специальные методы исследования:

- сбор анамнеза;
- физикальное исследование с проведением пальцевого ректального исследования;
- эндоскопические исследования: ректоскопию, колоноскопию с биопсией, виртуальную колоноскопию;
- УЗИ органов брюшной полости;
- рентгенографию: ирригографию, ангиографию, СКТ;
- лабораторные исследования: общий анализ крови, гемокульт-тест, цитологическое и гистологическое исследование биоптата;
- ЯМР;
- диагностическую лапароскопию или эксплоративную лапаротомию.

Лечение. Основным методом лечения рака ободочной кишки является хирургический. Принципы радикальной операции следующие:

- дистальный и проксимальный края отсечения кишки должны быть на достаточном расстоянии от опухоли, чтобы при микроскопическом исследовании они не содержали опухолевых клеток;
- вместе с опухолью должны быть удалены все регионарные лимфатические узлы.

Объем и характер хирургического вмешательства зависят от ряда факторов, важнейшими из которых являются локализация опухоли, степень распространенности процесса, наличие или отсутствие осложнений основного заболевания.

При расположении опухоли в правой половине ободочной кишки (червеобразный отросток, слепая кишка, восходящая ободочная кишка, печеночный изгиб, правая половина поперечной ободочной кишки) показана правосторонняя гемиколэктомия. Она предполагает удаление слепой кишки с червеобразным отростком, восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба и проксимальной трети поперечной ободочной кишки с частью большого сальника, 10–12 см терминального отдела подвздошной кишки, а также регионарных лимфатических узлов и последующее формирование тонко-толстокишечного анастомоза при отсутствии противопоказаний.

При локализации опухоли в левой половине поперечной ободочной кишки, селезеночном изгибе, нисходящей ободочной кишке, проксимальной части сигмовидной кишки выполняют левостороннюю гемиколэктомию. Удаляют дистальную треть поперечной ободочной кишки, селезеночный изгиб, нисходящую ободочную кишку, проксимальную часть сигмовидной кишки, брыжейку с регионарными лимфатическими

узлами, часть большого сальника с последующим формированием толсто-толстокишечного анастомоза.

При небольших опухолях, локализующихся в средней части поперечной ободочной кишки, возможна ее резекция. Удаляют поперечную ободочную кишку с брыжейкой и регионарными лимфатическими узлами, большим сальником с последующим формированием толсто-толстокишечного анастомоза.

При расположении опухоли в средней и нижней части сигмовидной кишки показана ее резекция. Удаляют часть сигмовидной кишки с брыжейкой и регионарными лимфатическими узлами, оставляя проксимальную и дистальную части сигмовидной кишки, с последующим формированием толсто-толстокишечного анастомоза.

При осложненном течении опухолевого процесса может быть выполнена обструктивная резекция ободочной кишки с последующим возможным восстановлением непрерывности толстой кишки.

При распространении опухоли толстой кишки в прилежащие органы и ткани показано проведение комбинированных операций, а при наличии одиночных и единичных метастазов (в печени, легких, яичниках и т. д.) — одномоментное или отсроченное их удаление. При нерезектабельных опухолях толстой кишки и множественных метастазах в отдаленных органах по показаниям необходимо выполнение паллиативных операций (формирование колостом, обходных анастомозов).

В послеоперационном периоде по показаниям проводится лучевая терапия, химиотерапия.

Летальность после радикальных вмешательств составляет 2–3 % случаев.

Пятилетняя выживаемость при I стадии рака ободочной кишки составляет 90–98 %, II стадии — 60–70 %, III стадии — 30–50 %. После паллиативных операций пациенты живут в среднем 6–12 месяцев.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем ознакомиться с учебным материалом издания. Для того чтобы изучение темы было более осознанным, рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно будет выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Ответы на вопросы, используемые в качестве самоконтроля, не только позволят адекватно оценить собственные знания, но и покажут преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые, студент сможет успешно подготовиться к итоговому контролю по дисциплине «Общая хирургия».

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Вопросы

1. Пациент поступил в стационар с жалобами на частый жидкий стул в виде диареи (более 6 раз в сутки) с выделением крови со слизью, боли в животе. Какой предположительный диагноз? Какова программа обследования?
2. Какие местные осложнения язвенных колитов вы знаете?
3. Больному поставлен диагноз язвенный колит. Какие абсолютные показания к хирургическому лечению?
4. У больного диагностирована дивертикулярная болезнь толстой кишки без осложнений. Какое лечение является основным?
5. Какие доброкачественные опухоли толстой кишки вы знаете?
6. У пациента рак прямой кишки $T_3N_1M_0$. Что это означает?

Ответы

1. Неспецифический язвенный колит. Общеклинические лабораторные анализы, копрологический анализ, ректоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия, биопсия.
2. Перфорация толстой кишки, свищи, абсцессы (гнойные сакроилеиты), синдром нарушения питания и всасывания, дисплазия и рак.
3. Перфорация кишки, профузные кишечные кровотечения, стриктуры с явлениями кишечной непроходимости, трансформация в рак.
4. Консервативное лечение (диета, спазмолитики, осмотические слабительные средства).
5. Полипы, липомы, миомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, невриномы.
6. T_3 — опухоль, которая занимает $\frac{2}{3}$ или всю окружность кишки, суживая ее просвет, и прорастает в субсерозную основу. N_1 — поражены лимфоузлы 1-го порядка. M_0 — отдаленных метастазов нет.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Общая хирургия* : учеб. : в 2 т. / Г. П. Рычагов [и др.] ; под ред. Г. П. Рычагова, П. В. Гарелика. Минск : Выш. шк., 2008. 978 с.

Дополнительная

2. *Федоров, В. Д.* Проктология / В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев. М. : Медицина, 1984. 384 с.

3. *Халиф, И. Л.* Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) : клиника, диагностика, лечение / И. Л. Халиф, И. Д. Лоранская. М. : Миклош, 2004. 88 с.

4. *Воробьев, Г. И.* Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев. М. : МИА, 2006. С. 284–327.

5. *Хирургические болезни* : учеб. / под ред. А. Б. Черноусова. М. : ГЭОЭТАР-Медиа, 2010. С. 392–429.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Неспецифические колиты	4
Неспецифический язвенный колит.....	4
Болезнь Крона.....	9
Осложнения неспецифических колитов	14
Лечение язвенных колитов.....	17
Ишемический колит	19
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	20
Доброкачественные опухоли толстой кишки	26
Диффузный полипоз толстой кишки	28
Колоректальный рак.....	31
Задания для самостоятельной работы	35
Самоконтроль усвоения темы	36
Вопросы.....	36
Ответы	36
Литература.....	37

Учебное издание

Астапенко Валентин Вадимович
Алексеев Сергей Алексеевич
Левченко Павел Александрович

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С. А. Алексеев
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 01.03.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,03. Тираж 99 экз. Заказ 174.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.