**ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Ободочная кишка--часть толстого кишечника длиной 1-2 м,диаметром 4-6см, имеющая в своём составе восходящую часть colon ascendens, поперечную, colon transversum, нисходящую,colon deccendens, сигмовидную ,colon sigmoideum.

Восходящая ободочная кишка расположена мезоперитонеально ,но иногда покрыта брюшиной со всех сторон(интраперитонеально)Восходящая ободочная кишка в правом подреберье образует изгиб(печёночный) и переходит в поперечную ободочную кишку длиной 50-60 см. Поперечная ободочная кишка покрыта со всех сторон брюшиной, имеет длинную брыжейку. В левом подреберье образует левый (селезёночный угол) и продолжается в нисходящую ободочную кишку, чаще расположеную мезоперитонеально,реже--интраперитонеально.Сигмовидная кишка,являющаяся продолжением нисходящей ободочной кишки также расположена интраперитонеально.

Кровоснабжение ободочной кишки:

Правой половины:

--a.ileocolica

--a.colica dextra

--a.colica media

Левой половины:

--a.colica sinistra

--aa.sigmoidea

Отток венозной крови--по системе одноимённых артерий в систему воротной вены.

Лимфоотток--через лимфатические сосуды и узлы,лежащие по ходу артерий и вен.

Иннервация--втви чревного,верхнего и нижнего брыжеечных сплетений.

Функции толстого кишечника.

1. Метаболическая - участие в синтезе витаминов групп В и К с помощью микрофлоры; регуляция водно-солевого обмена;
2. экскреторная - выведение через стенку нерастворимых компонентов (кальция, тяжелые металлы).
3. Формирование кишечной микрофлоры, участвующей в переваривании клетчатки и образовании пищевых волокон необходимых для регуляции деятельности толстой кишки.

Все заболевания ободочной кишки можно разделить на 3 группы:

1. Наследственные и врождённые заболеванияъ
2. Приобретенные заболевания

И по особенностям патологически изменений:

1. Воспалительного генеза
2. Невоспалительного генеза.

**Аномалии и пороки развития ободочной кишки**

1.Дистопии

Возникают при нарушениях эмбриогенеза,вследствие чего вся толстая кишка оказывается расположенной справа или слева.

2.Удвоение участка толстой кишки.

3.Стенозы и атрезии сигмовидной кишки

Могут быть одиночными и множественными.Проявляются вскоре после рождения ребёнка симптомами непроходимости кишечника и требуют хирургического вмешательства.

**Болезнь Гиршпрунга**

Наследственная патология,основными клиническими проявлениями которой являются запором и вздутием живота.Причина--недоразвитие(гипоганглиоз) или полное отсутствие(аганглиоз)ганглионарных клеток межмышечного(ауэрбахова) и подслизистого (мейснерова) сплетения.Аганглионарная зона чаще всего(80-90% случаев)локализуется в прямой кишке (у взрослых), на большем или меньшем по протяжённости участке сигмовидной кишки или на другом участке ободочной (у детей).Участок кишки,лишённый ганглиев, находится в состоянии спастического сокращения, в результате чего выше расположенные участки кишечника гипертрофируются.Какое-то время,что определяется величиной аганглионарной зоны,возрастом больного,сопутствующей патологии, процесс компенсирован,однако в дальнейшем нарушение пассажа кишечного содержимого лежит в основе клинических проявлений болезни Гиршпрунга--запоры,боли,вздутие живота.Запоры носят упорный характер и появляются с момента рождения ребёнка или в раннем детском возрасте.Длительность запоров--от нескольких дней до нескольких месяцев.Вздутие кишечника, сопровождающее запоры и дополняющее клиническую симптоматику не сичезает даже после очистительной клизмы,к которой больные,как правило прибегают самостоятельно и часто. Иногда запор сменяется поносом (парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению больного.

Данные объективных методов исследования.

1. Увеличение живота,метеоризм.
2. Пальпируются плотные петли кишечника.
3. Per rectum: повышение тонуса анального сфинктера, пустая ampula recti.
4. Ректороманоскопия:спазм прямой кишки,после которого идёт участок расширения,заполненый каловыми массами.
5. Иригоскопия: зоны сужений.
6. Рентгеноконтрастные методы в т.ч. пассаж бария сульфата--выявляет нарушения(замедление)пассажа бариевой взвеси.

Для верификации диагноза иногда имеет смысл провести рансанальную биопсию прямой кишки у взрослых.Если при гистологическом исследовании биоптата обнаруживается аганглиоз,повышение холинэстеразной активности парасимпатических ганглиев,то это свидетельствует о болезни Гиршпрунга.

О с л о ж н е н и я

-о.кишечная непроходимость

-перфорация кишечника

-кровотечение

-энтероколит

Л е ч е н и е

Хирургическое--удаление аганглионарной зоны и декомпенсированно расширеных отделов толстого кишечника.

Важным условием успешного операционного лечения является проведение комплекса предварительных консервативных мероприятий для снятия острых воспалительных явлений.

**Неспецифический язвенный колит**

Это воспалительное заболевание толстого кишечника, проявляющееся хроничеаским воспалительным процессом,с развитием язвенно-некротических измененний в слизистой оболочке прямой и ободочной кишки.

Распростанённость заболевания: 1.2 на 100000 населения.

Этиология и патогенез:

1.Инфекционная теория.

2.Иммунологическая теория.Её подтверждают данные о наличие у больных с неспецифическим язвенным колитом специфические антитела к слизистой оболочке толстой кишки.Исключение из пищи высокоаллергенных продуктов часто приводит к улучшению сотояния больного.Заболевание связано с сенсибилизацией организма (пищевые аллергены,интеркурентная инфекция,кишечная микрофлора),поражение нервного аппарата кишки,алиментарная недостаточность.

Классификация:

1. По распространённости:

1.1.Тотальное

1.2.Сегментарное

1. По клинической картине:

2.1.Острая форма.

Встречается у 10 % больных .Отмечается понос до 40 раз в сутки с выделением крови,слизи,иногда гноя.сильные боли по всему животу, тенезмы,рвота.Страдает общее состояние больного.Живот вздут, болезненен при пальпации вдоль толстой кишки.При ректороманоскопии определяется отёчность и кровоточивость слизистой оболочки толстой кишки, в просвете кишки--слизь,гной,кровь.

Возможно возникновение осложнений: массивного кровотечения, перфорации толстой кишки,токсической дилятации с перфорацией кишки и развитием перитонита.Летальность при острой форме--20%

2.2.Хроническая рецидивирующая форма.

Встречается у 50 % больных.Характеризуется сменой периодов обострений и ремиссий.Обострение чаще спровоцировано погрешностями в диете, применением антибиотиков,слабительных.

2.3.Хроническая непрерывная форма.

Характеризуется тем,что после незаметного возникновения заболевания болезнь медленно,но постоянно прогрессирует.Такая форма встречается у 35-40% больных.

К общим признакам,сопровождающих неспецифический язвенный колит, относятся анемия,жировая дистрофия печени, нарушения водно-электролитного балланса,нарушения водно-электролитного балланса.

Лечение

Консервативное (см. таблицу 1)

Оперативное.

Показания к оперативному лечению--непрерывное течение заболевания,не купирующееся консервативными мероприятиями,развитие рака. При токсической дилятации толстой кишки выполняют илео- или колостомию.В остальных ситуациях прибегают к резекции поражённого отдела кишки,колэктомии,или колопроктэктомии,завершающейся наложением илеостомы.

**Дивертикулы и дивертикулёз толстой кишки**

Заболевания,характеризующиеся возникновением мешковидных выпячиваний в стенке кишки.Если таковых до 3-х--дивертикулы толстой кишки.Если более 3-х --дивертикулёз.Дивертикулит есть воспалительный процесс дивертикула.

Дивертикулёз чаще врождённый.Приобретенные дивертикулы возникают в результате выпячивания слизистой оболочки через дефекты в мышечной.Они чаще локализуются у места вхождения в стенку кишечника сосудов,т.е. с брыжеечной стороны.Причинами,способствующими возникновению дивертикулов являются воспалительные процессы в кишке,ослабляющие её стенку и повышение внутрибрюшного давления(при запорах).

Застаивающийся в просвете дивертикула кал вызывает воспалительный процесс и клиническую симптоматику дивертикула.

Заболевание чаще поражает людей старше 40 лет.

Клинические проявления дивертикула отсутствуют.Они появляются только при присоединении воспалительного процесса,т.е.дивертикулита.Проявляется она в болях внизу живота,неустойчивым стулом,снижением аппетита,тошнотой,иногда рвотой.При перфорации в забрюшинную клетчатку развивается её флегмона.При перфорации в клетчатку межу листков брыжейки развивается параколитический абсцесс.Есть вероятность перфорации брюшную полость с возникновением перитонита.К осложнениям дивертикулита относят также кровотечение,непроходимость кишечника,малигнизация.

Лечение складывается из консервативных мероприятий,направленных на уменьшение воспалительных явлений слизистой толстого кишечника, после проведения которой одиночные дивертикулы удаляются при наличии осложнений путём выворачивания дивертикула в просвет кишкиПри дивертиуклёзе удаляют поражённый участок кишки.Целесообразно сочетание этих операций с миотомией ободочной кишки,что ведёт к снижению внутрикишечного давления.

**Полипы и полипоз ободочной кишки**

Полипы относят к доброкичественным новообразованиям,исходящим из эпителия,однако они склонны к малигнизации.Полипы могут быть одиночными и множественными.Обычно их диаметр составляет 0.5-2 см но возможны колебания.Полипы могут иметь ножку и свисать в просвет кишки,реже располагаются на широком основании.Выделяют следующие виды полипов:

1. Ювенильные полипы.Преимущественно встречаются у детей.Чаще поражается слизистая оболочка прямой кишки.Полипы имеют вид виноградной грозди,поверхность их гладкая,окраска--более интенсивная по сравнению с окружающей слизистой.Как правило не малигнизируются.
2. Гиперпластические полипы--множественные мелкие до 2-4 мм образования,чаще конусовидной формы с сохранением правильного строения желез слизистой,вследствие чего могут быть расценены как утолщение слизистой.Редко малигнизируются
3. Аденоматозные(железистые) полипы встречаются наиболее часто.полип имеет вид округлой опухоли с ножкой или без неё.Построен из разнообразных по форме желез.Часто малигнизируется.
4. Ворсинчатые полипы(аденопапиллома). Покрыт тонкими ворсинками.малигнизируется в 30% случаев.

Одиночные полипы могут протекать бессимптомно.

При наличии жалоб на выделение крови и слизи из прямой кишки,боли в животе, понос ,запоры,кишечный дискомфорт обязательно провести пальцевое исследование прямой кишки,ректороманоскопия,колоноскопия, ирригография. Биопсия полипов необходима для определения их гистологической структуры, наличия или отсутствия малигнизации.

Множественный полипоз--наследственное заболевание.Облигатный предрак.

Лечение одиночных полипов--полипэксцизия диатермической петлёй, криотерапия. При семейном полипозе операция должна быть радикальной как при онкопатологии--субтотальная колэктомия с наложением илеоректального или илеосигмовидного анастомоза или( при небольшом распространении процесса)--резекция поражённого отдела кишки.

**Рак ободочной кишки**

Колоректальный рак составляет 15% от всех впервые диагностированных злокачественных опухолей все локализаций, Большинство пациентов с раком прямой кишки старше 50 лет. У лиц с семейным полипозом толстой кишки и неспецифическим язвенным колитом рак прямой кишки может развиваться раньше Некоторые авторы указывали, что рак правых отделов толстой кишки встречается чаще, однако по данным Рh.Rubin это связано с тем, что 50% диагнозов колоректального рака ставится на основании ректороманоскопии. 24% колоректального рака приходится на восходящую ободочную кишку, 16% - поперечно ободочную кишку, 7% - на нисходящую кишку, 38% - на сигмовидную, 15% - прямую кишку.

Факторы риска возникновения колоректального рака:

Диета

1. Высокое содержание в рационе мяса (росту случаев колоректальных карцином в развитых странах способствуют увеличение в пищевом рационе содержания мяса, особенно говядины и свинины, и уменьшение клетчатки) и животного жира ускоряет рост кишечных бактерий, вырабатывающих канцерогены. Это процесс способны стимулировать соли желчных кислот. Природные витамины А, С и Е инактивируют канцерогены, а турнепс и цветная капуста индуцируют экспрессию бензпирен гидроксилазы, способной инактивировать поглощенный канцерогены.
2. Отмечено резкое снижение случаев заболевания среди вегетарианцев.
3. Высока частота колоректальных карцином среди работников абсестных производств, лесопилок.

 Генетические факторы:

 Возможность наследственной передачи доказывает наличие семейных полипозных синдромом и возрастание (в 3-5 раз) риска развития колоректальной карциномы среди родственников первой степени родства больных с карциномой или полипами.

Прочие факторы риска.

1. Язвенный колит, особенно панколит и заболевание давностью более 10 лет (10% риск).
2. Болезнь Крона
3. Рак, аденома толстой кишки в анамнезе
4. Синдром полипоза: диффузный семейный полипоз, одиночные и множественные полипы, ворсинчатые опухоли.
5. Рак женских гениталий или молочной железы в анамнезе.
6. Синдромы семейного рака.
7. Иммунодефициты.

## Макроскопические формы рака ободочной и прямой кишки.

* Экзофитная - опухоли, растущие в просвет кишки
* Блюдцеобразная - опухоли овальной формы с приподнятыми краями и плоским дном.
* Эндофитная - опухоли, инфильтрирующие стенку кишки, не имеющие четких границ.

Гистологическая классификация.

|  |  |
| --- | --- |
| Злокачественные опухоли | Встречаемость |
| Аденокарцинома | 90-95% |
| Муцинозная аденокарцинома | 10% |
| Перстневидно-клеточная карцинома | 4% |
| Сквамозно-клеточная карцинома | Менее 1% |
| Аденосквамозная карцинома | Менее 1% |
| Недифференцированная карцинома | Менее 1 % |
| Неклассифицируемая карцинома | Менее 1% |

## Метастазирование.

1. Поражение лимфатических узлов стенки кишки
2. Поражение внутритазовых лимфатических узлов
3. Гематогенное метастазирование: чаще в печень и легкие.

## Симптоматика ректального рака.

1. Кровотечение - 65-90%. Кровотечение проявляется примесью крови и слизи в стуле. При геморрое кровотечение, как правило, в конце акта дефекации, "струйкой".
2. Боль - 10-25%
3. Кишечный дискомфорт 45-80% и нарушение функции кишки - запор.
4. Изменение стула и тенезмы.

## Диагностика.

1. Ректальное исследование помогает установить диагноз ректального рака в 65-80% случаев. Пальцевое исследование позволяет определить наличие опухоли, характер ее роста, связь со смежными органами.
2. Ирригоскопия (контрастное исследование толстой кишки с барием) позволяет установить локализацию, протяженность опухоли и ее размеры.
3. Эндоскопия с биопсией:
* Ректороманоскопия с биопсией опухоли обязательна для верификации диагноза
* Колоноскопия
1. Эндоректальное УЗИ (при раке прямой кишки) позволяет определить прорастание опухоли в смежные органы (влагалище, предстательную железу).
2. КТ и УЗИ, сцинтиграфия печени. Проводят для исключения часто встречающихся метастазов в этот орган.
3. При подозрении на острую кишечную непроходимость необходима обзорная рентгенография органов брюшной полости.
4. Лапароскопия показана для исключения генерализации злокачественного процесса.
5. Проба на скрытую кровь. У больных с высоким риском следует часто проводить двойную пробу на скрытую крови в кале и тщательно обследовать при необъяснимой кровопотере.
6. Определение Кэаг не применяют для скрининга, но метод может быть использован при динамическом наблюдении больных с карциномой толстой кишки в анамнезе; повышенный титр указывает на рецидив или метастазирование.

## Скрининговые тесты.

1. Среди всего населения: ректальное исследование, клинический анализ крови, после 40 лет ректороманоскопия каждые 3-5 лет.
2. Среди населения с колоректальным раком у родственников: ректороманоскопия каждые 3-5 лет начиная с 35 лет, контрастное исследование толстой кишки каждые 3-5 лет.
3. Пациенты с язвенным колитом более 10 лет нуждаются в резекции толстой кишки, и ежегодной колоноскопии с биопсией.
4. Пациенты с семейным полипозом - резекция толстой кишки, исследование кишки через каждые 6 месяцев.

*Операции при раке ободочной кишки*

1. Правосторонняя гемиколэктомия.При раке правой половины ободочной кишки.(удаляют терминальный отдел подвздошной кишки протяжённостью 15-20 см,слепую кишку и восходящую и правую половину поперечно-ободочной кишки,завершая операцию наложением илеотрансверзоанастомоза.
2. При раке средней трети поперечно-ободочной кишки производят резекцию поперечной ободочной кишки с наложением коло-колоанастомоза конец в конец.
3. При раке левой половины ободочной кишки производят левостороннюю гемколэктомию с наложением трансверзосигмоанастомоза.
4. Паллиативные операции--илеотрансверзоанастомоз, трансверзосигмоанастомоз а также наложение противоестесственного заднего прохода при неоперабелльном раке сигморектальной зоны.

## Виды операций при раке прямой кишки.

1. При расположении опухоли в дистальной части прямой кишки и на расстоянии менее 7 см от края заднего прохода в любой стадии заболевания (вне зависимости от анатомического типа и гистологического строения опухоли) - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Майлса).
2. Сфинктеросохраняющие операции можно выполнить при локализации нижнего края опухоли на расстоянии 7 см от края заднего прохода и выше.
* Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением дистальных отделов ободочной кишки возможна при опухоли, расположенной на расстоянии 7-12 см от края заднего прохода.
* Передняя резекция прямой кишки производится при опухолях верхнеампуллярного и ректосигмоидного отделов, нижний полюс которых располагается на расстоянии 10-12 см от края заднего прохода.
* При малигнизированных полипах и ворсинчатых опухолях прямой кишки выполняют экономные операции: трансанальное иссечение или электрокоагуляцию опухоли через ректоскоп, иссечение стенки кишки с опухолью с помощью колотомии.

## Комбинированное лечение.

* Дооперационная радиотерапия рака прямой кишки снижает биологическую активность опухоли, уменьшает ее метастазирование и количество послеоперационных рецидивов в зоне оперативного вмешательства.
* Роль химиотерапии в лечении рака толстой кишки до конца не изучена.

Использованная литература:

1. "Хирургия" под редакцией Кузина М.И.,1995
2. "Болезни желудка и кишечника",Гончарик И.И.,1994
3. Материалы лекций