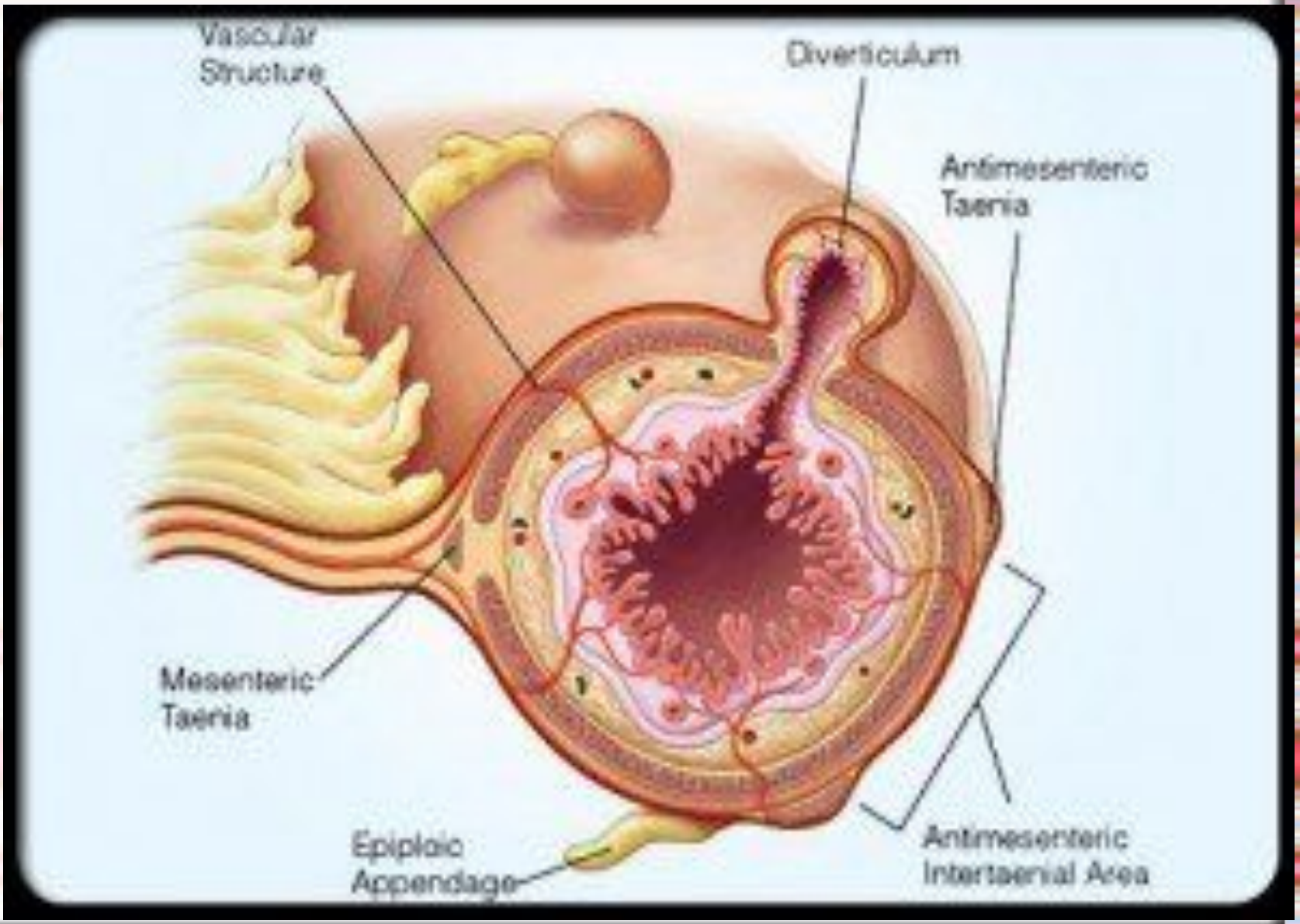
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

灌 к.м.н. доцент Е.А. Ерохина

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ
или дивертикулез толстой кишки

патологическое состояние, обусловленное развитием дивертикулов (выпячиваний) кишечной стенки

Diverticul


Vascular Structure
Diverticulum
Antimesenteric Taenia
Mesenteric Taenia
Epiploic Appendage
Antimesenteric Intertaenial Area

Этиология и патогенез дивертикулёза толстой кишки

Повышение внутрипросветного давления в просвете толстой кишки вследствие:

а) запоров и нарушения моторики толстой кишки;

б) недостаточного количества растительной клетчатки в пище;

в) возрастного повреждения структуры коллагена кишечной стенки.

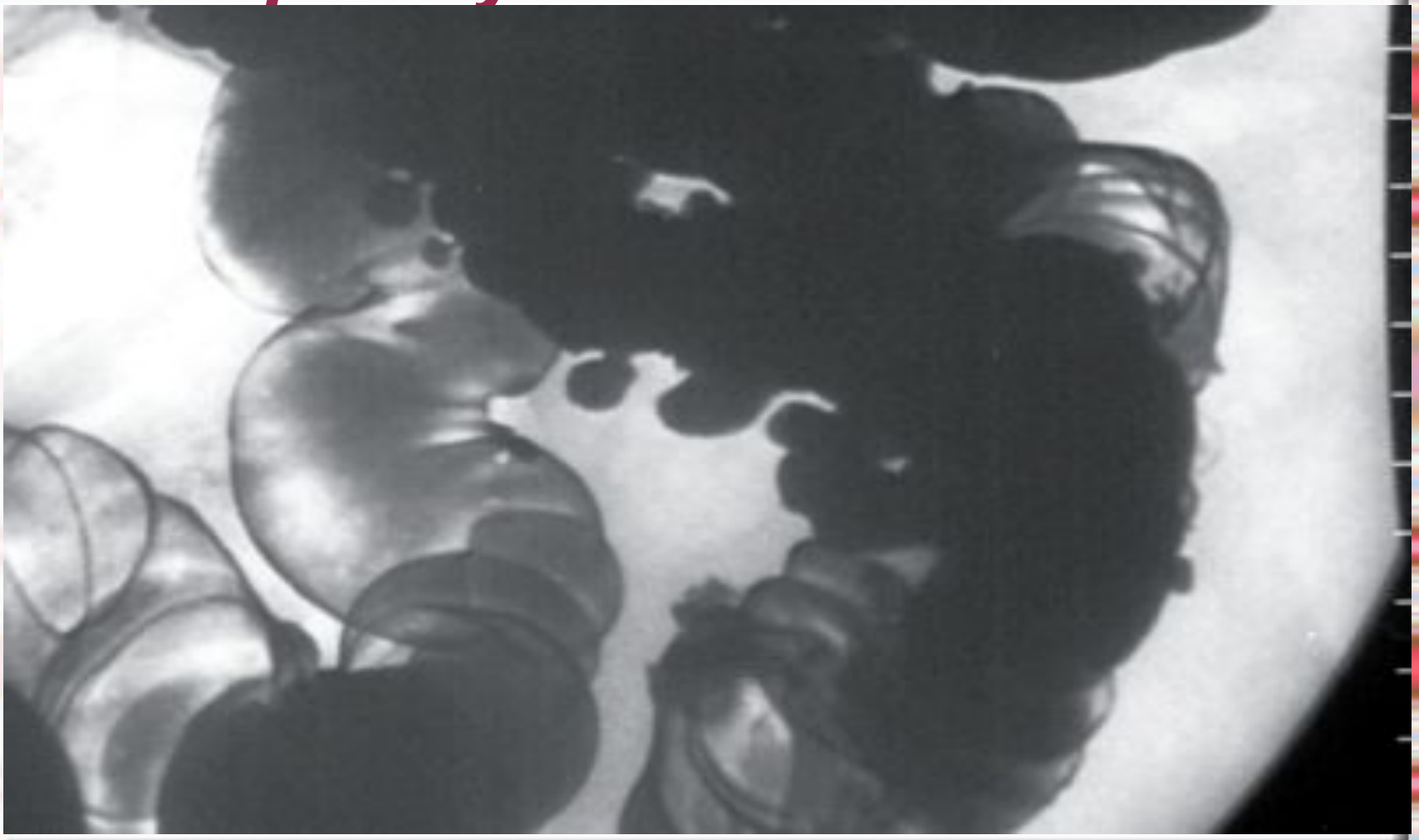
Клинические проявления неосложненного дивертикулеза толстой кишки

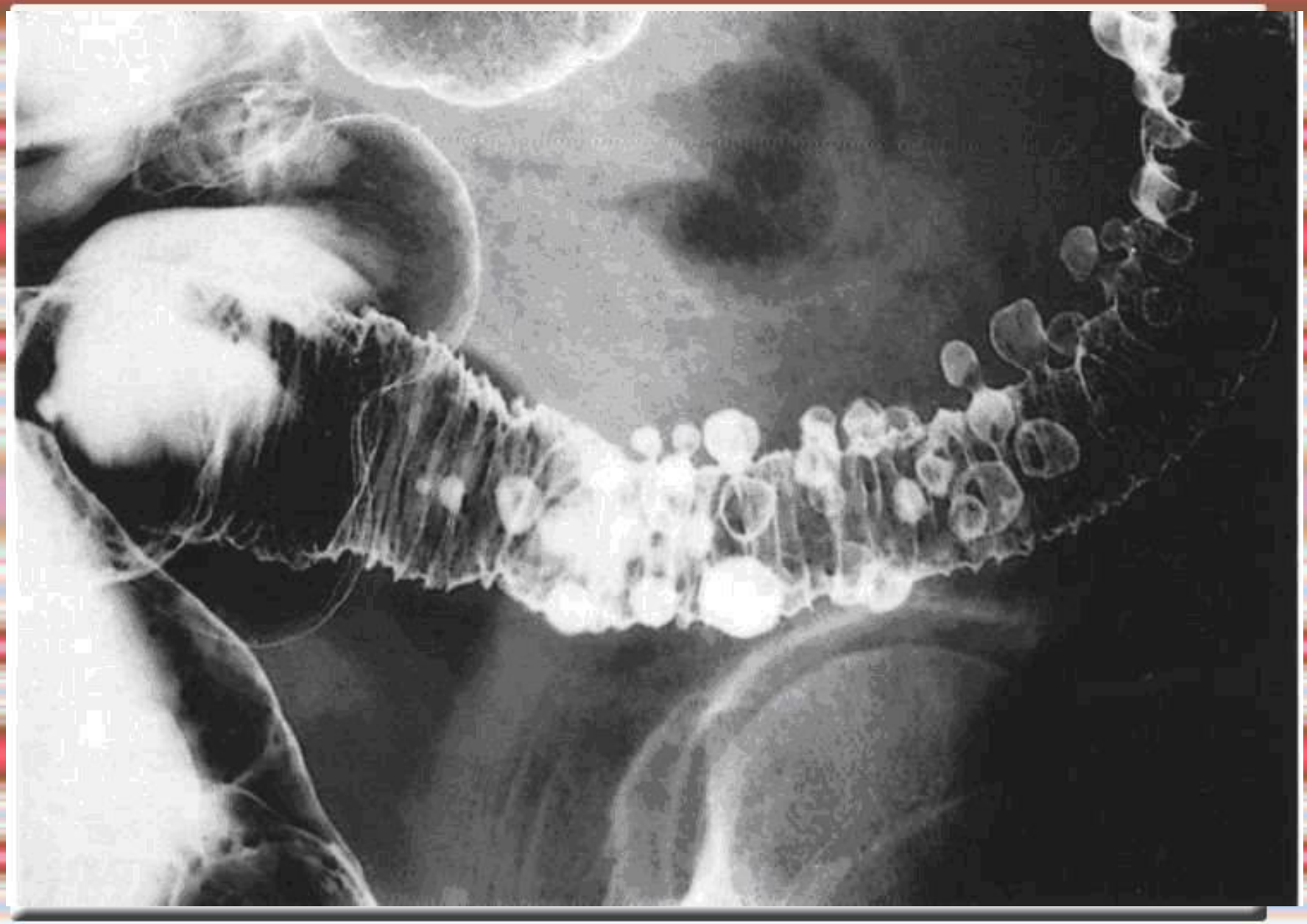
- Умеренный болевой синд-ром
- Метеоризм
- Запоры
- Иногда примесь крови в ка-ле

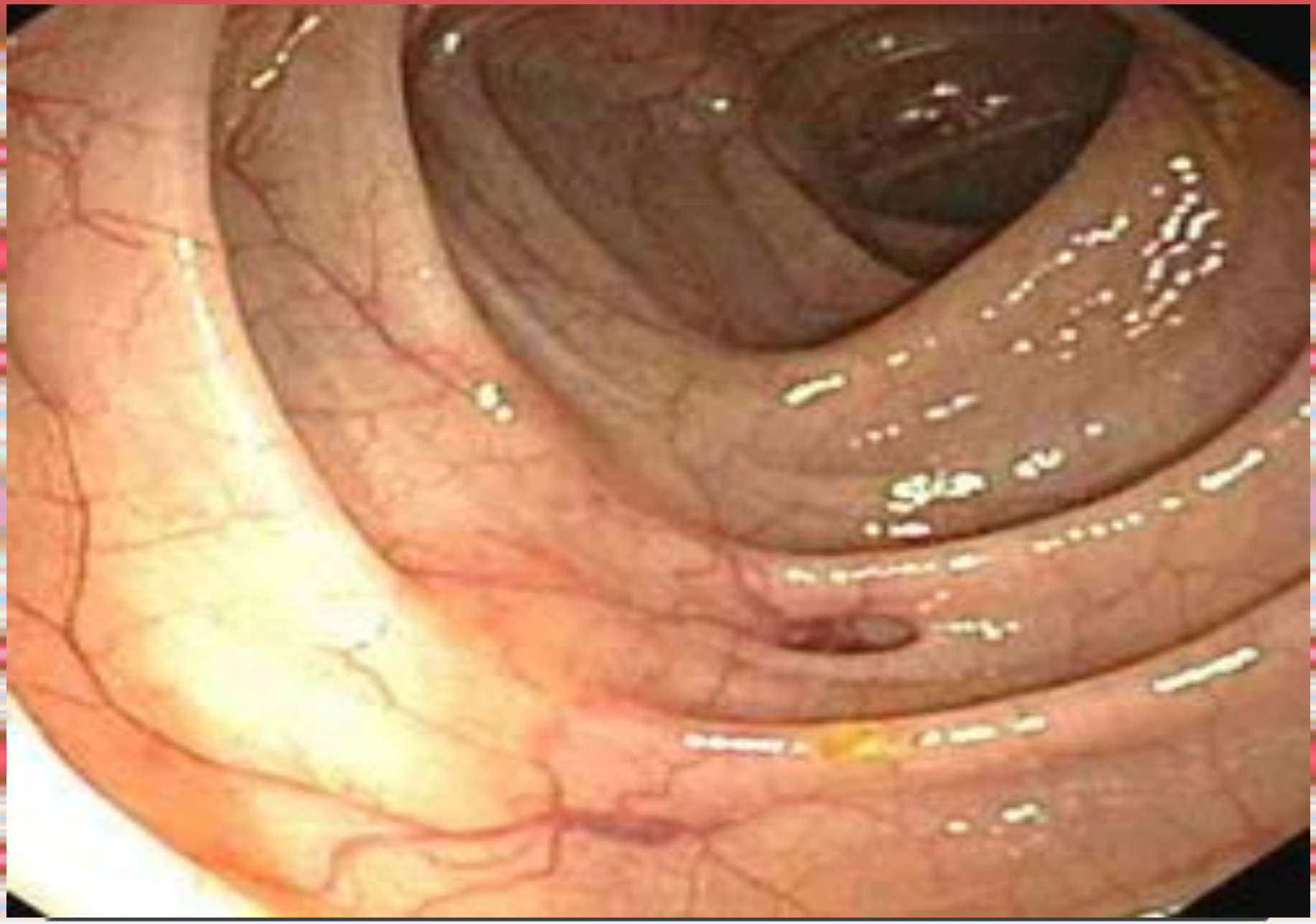
Диагностика дивертикулеза толстой кишки

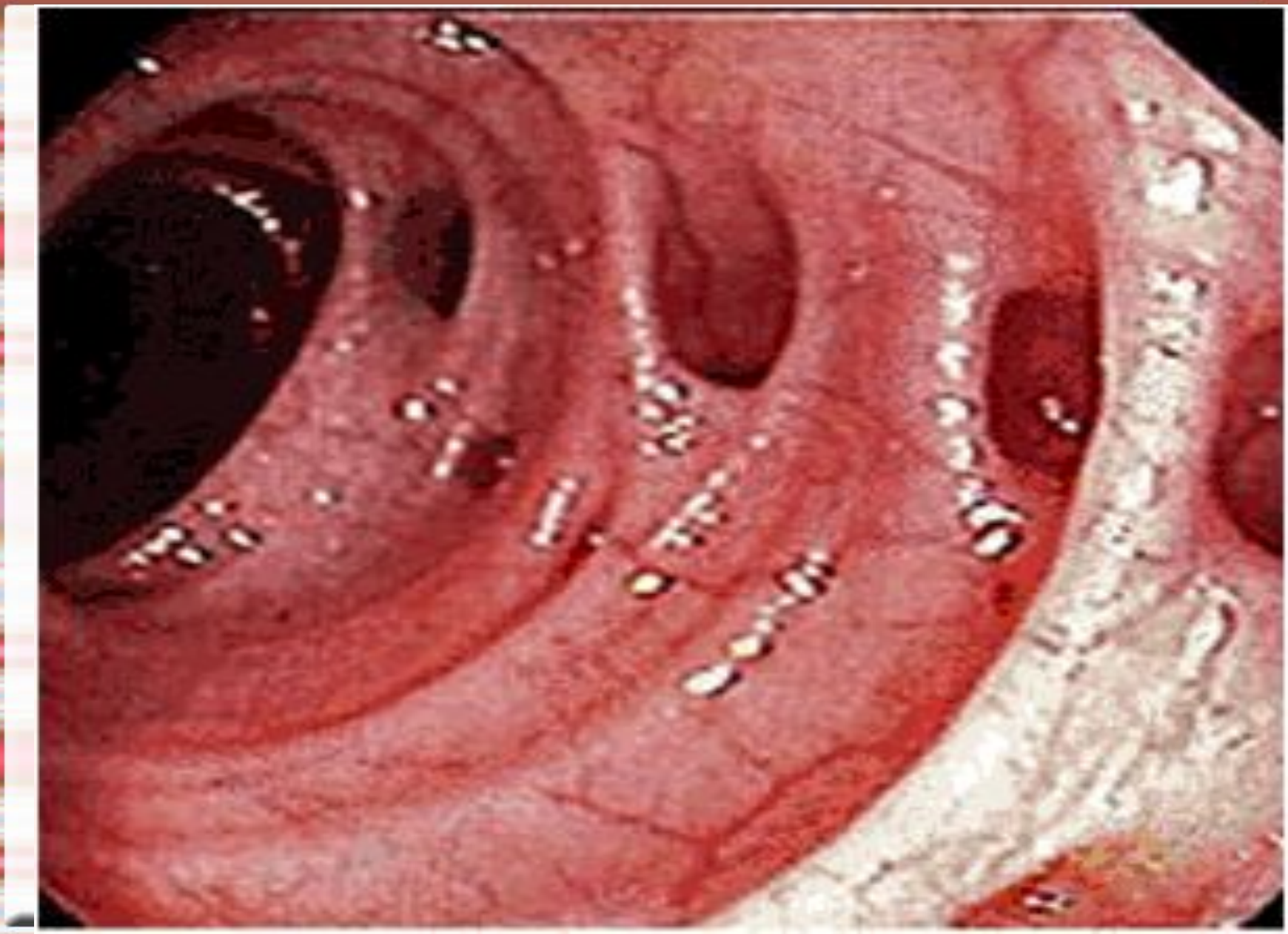
- Жалобы и анамнез
- Ирригоскопия
- Фиброколоноскопия

Ирригография дивертикулез толстой кишки









Осложнения дивертикулеза толстой кишки

- Дивертикулит с образованием
- воспалительного инфильтрата или абсцесса
- Перфорация дивертикула
- Кровотечение из дивертикулов
- Непроходимость кишечника
- Свищи

Клинические проявления дивертикулита

- Усиливающаяся боль в проекции пораженной кишки
- Симптом Щеткина-Блюмберга
- Тошнота
- Нарушения стула
- Симптомы воспаления и интоксикации (лихорадка, лейкоцитоз)

Толстокишечная непроходимость

- Развивается вследствие сужения просвета кишки воспалительным
- инфильтратом.

- Диагностируется на основании клинических проявлений и обзорной рентгенографии брюшной полости (чаши Клойбера)

Перфорация дивертикула

- При перфорации в жировой подвесок или брыжейку развивается абсцесс.
- Каловый перитонит развивается при перфорации в свободную брюшную полость.
- Диагностируется на основании клинических и инструментальных признаков, обнаружения свободного газа в брюшной полости

Образование свищей

- Чаще возникают толстокишечно-пузырные свищи, ведущие к инфекционному поражению мочевых путей и пневматурии
- Толстокишечно-влагалищные свищи чаще возникают у женщин после гистерэктомии

Кровотечение из дивертикула

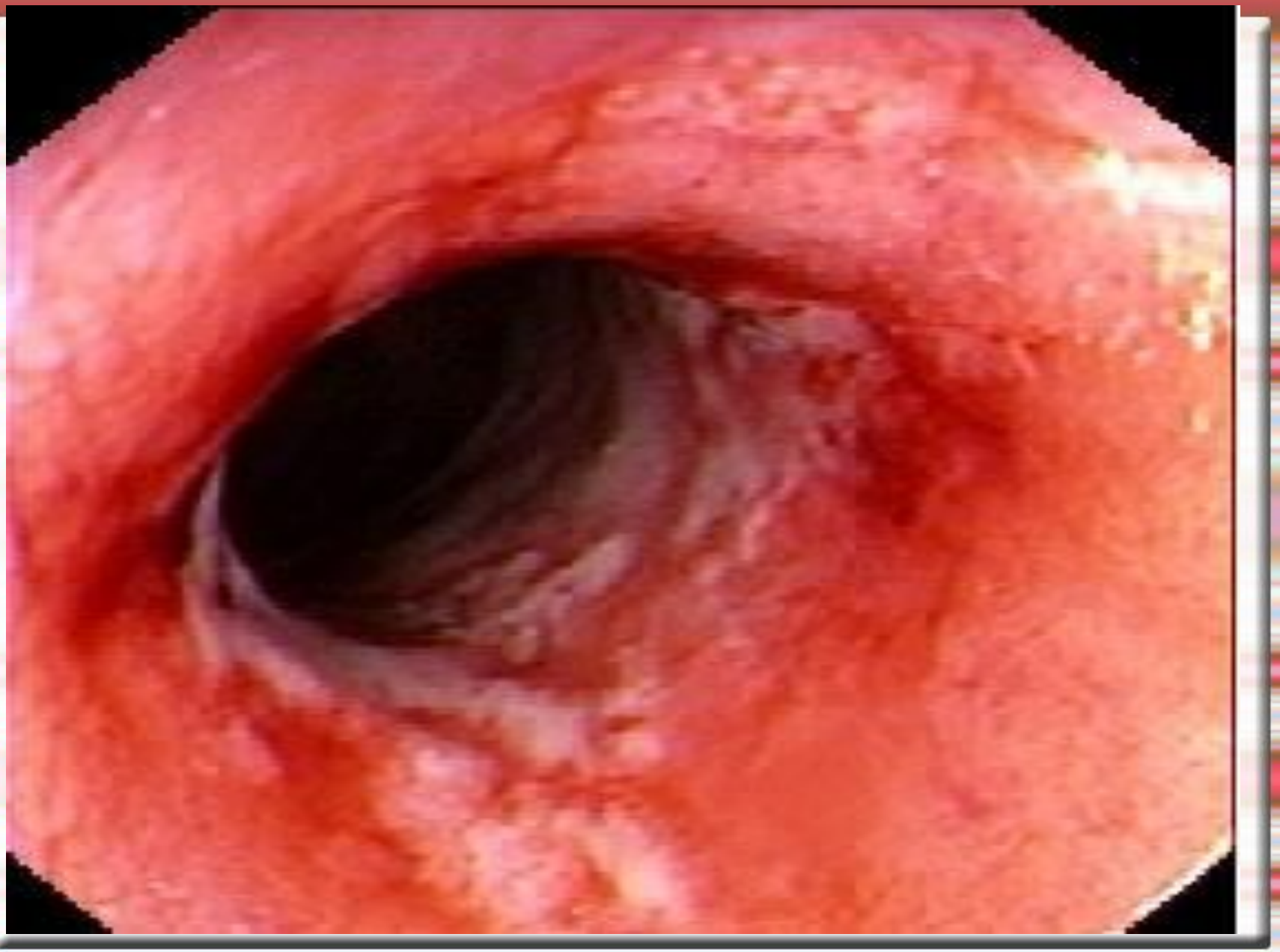
Хирургические операции при дивертикулезе толстой кишки

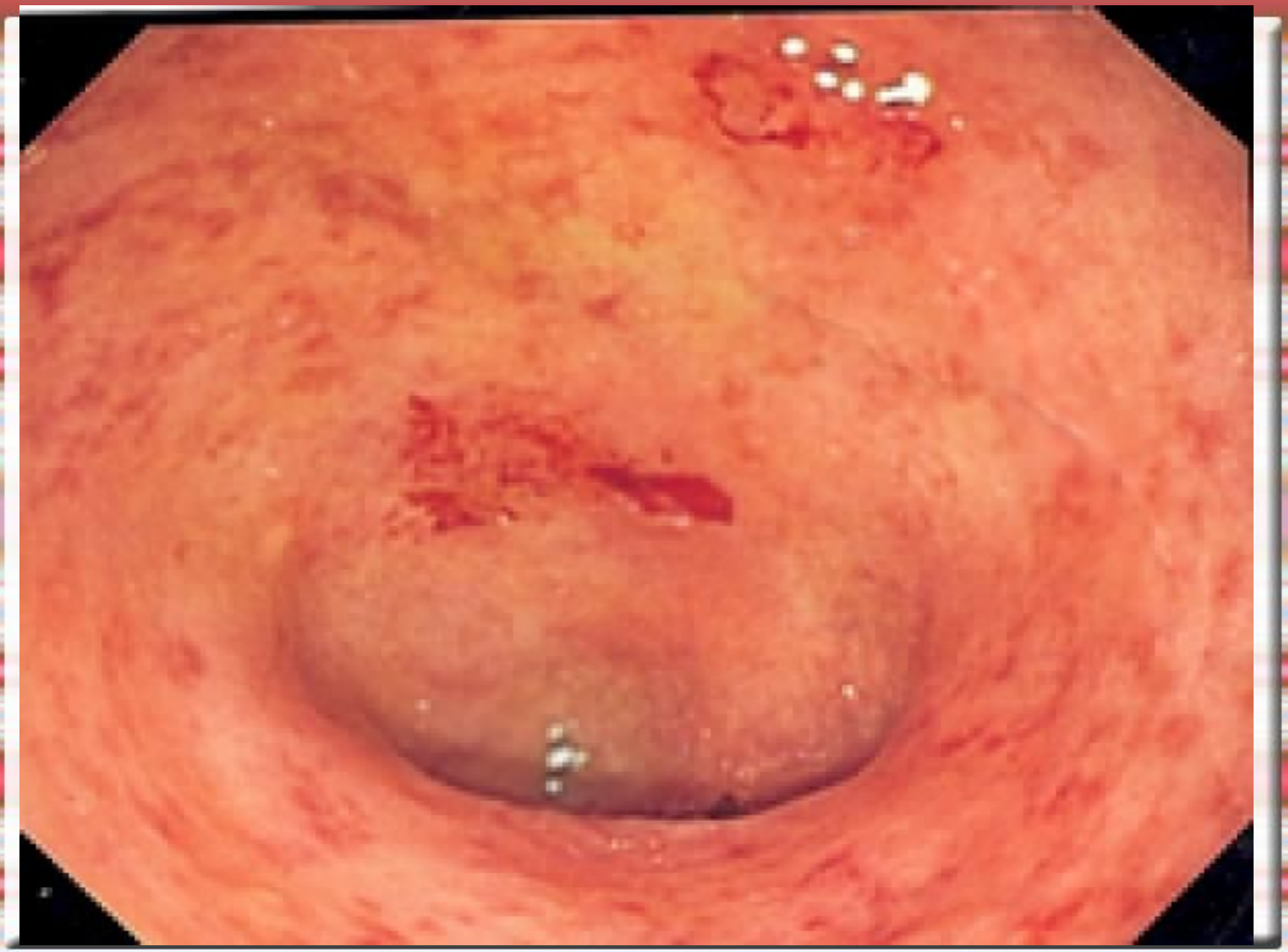
- Резекция пораженного участка толстой кишки с формирова-нием анастомоза
- Резекция пораженного участка толстой кишки типа Гартмана с формированием колостомы

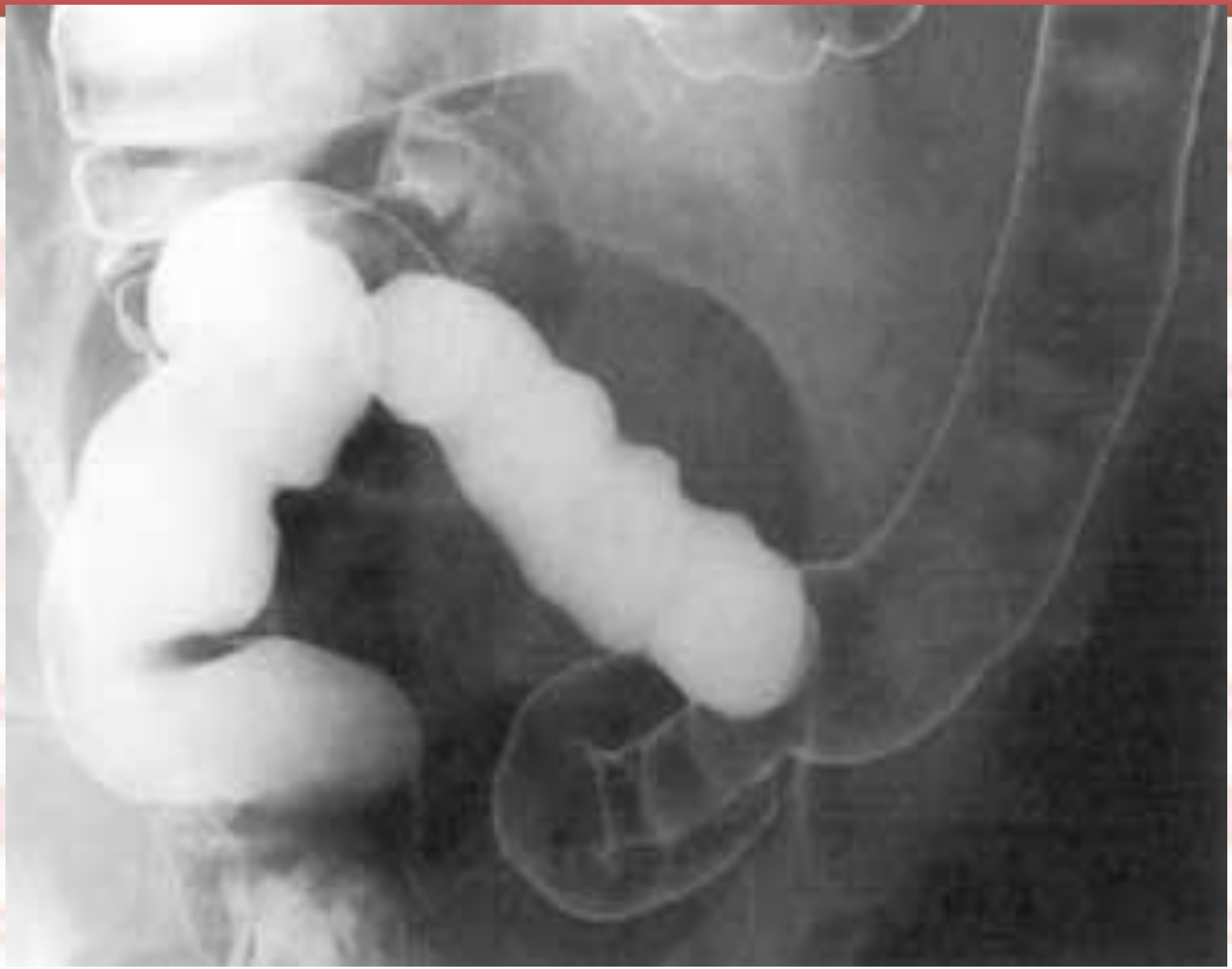
Воспалительные заболевания толстой кишки

- Язвенный колит
- Гранулематозный колит (болезнь Крона)

БОЛЕЗНЬ КРОНА
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ







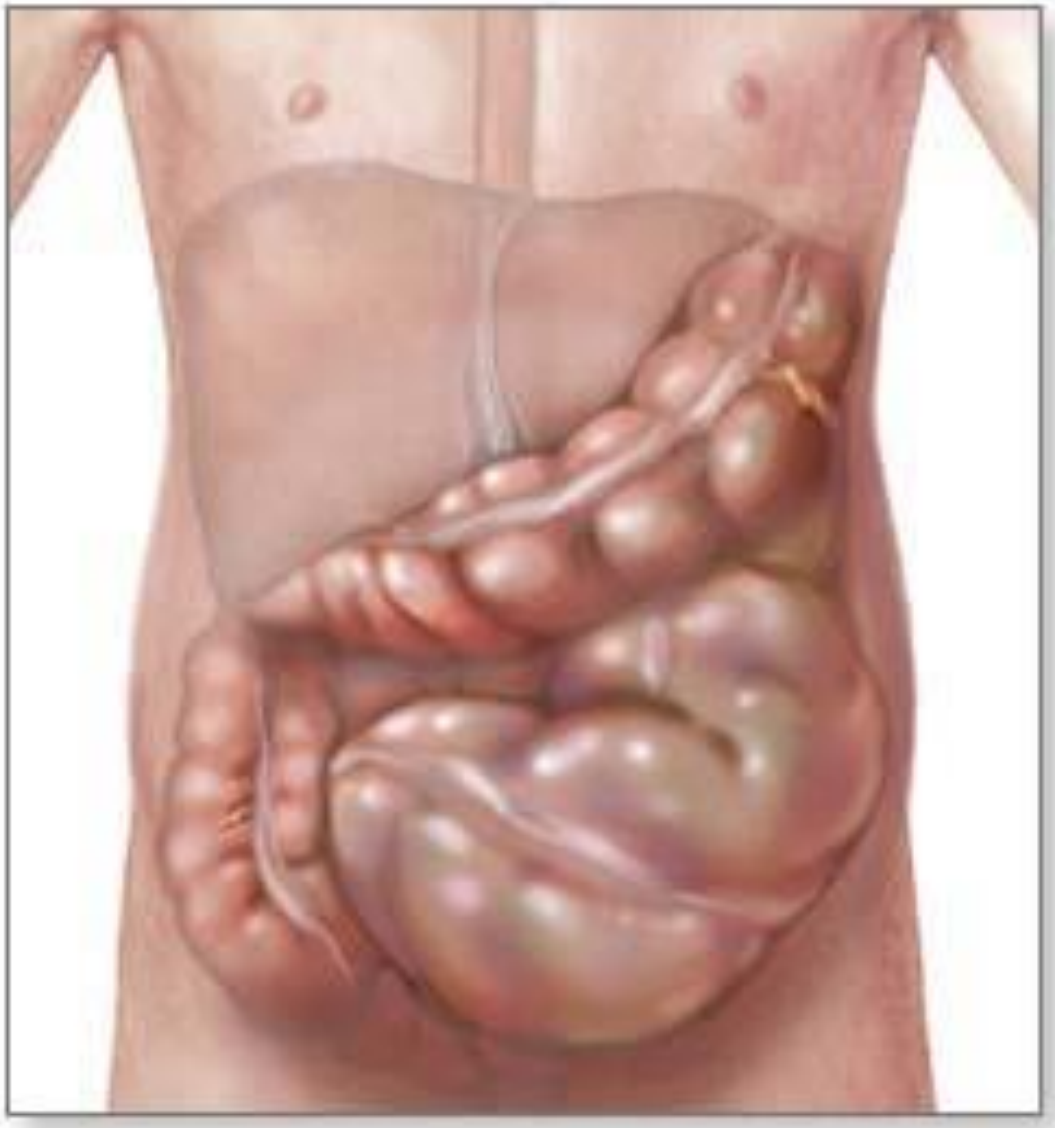
Показания к хирургическому лечению язвенного колита

1. Неэффективность медикаментозной терапии
2. Токсическая дилатация
3. Кровотечение
4. Перфорация
5. Малигнизация

Неэффективность медикаментозной терапии

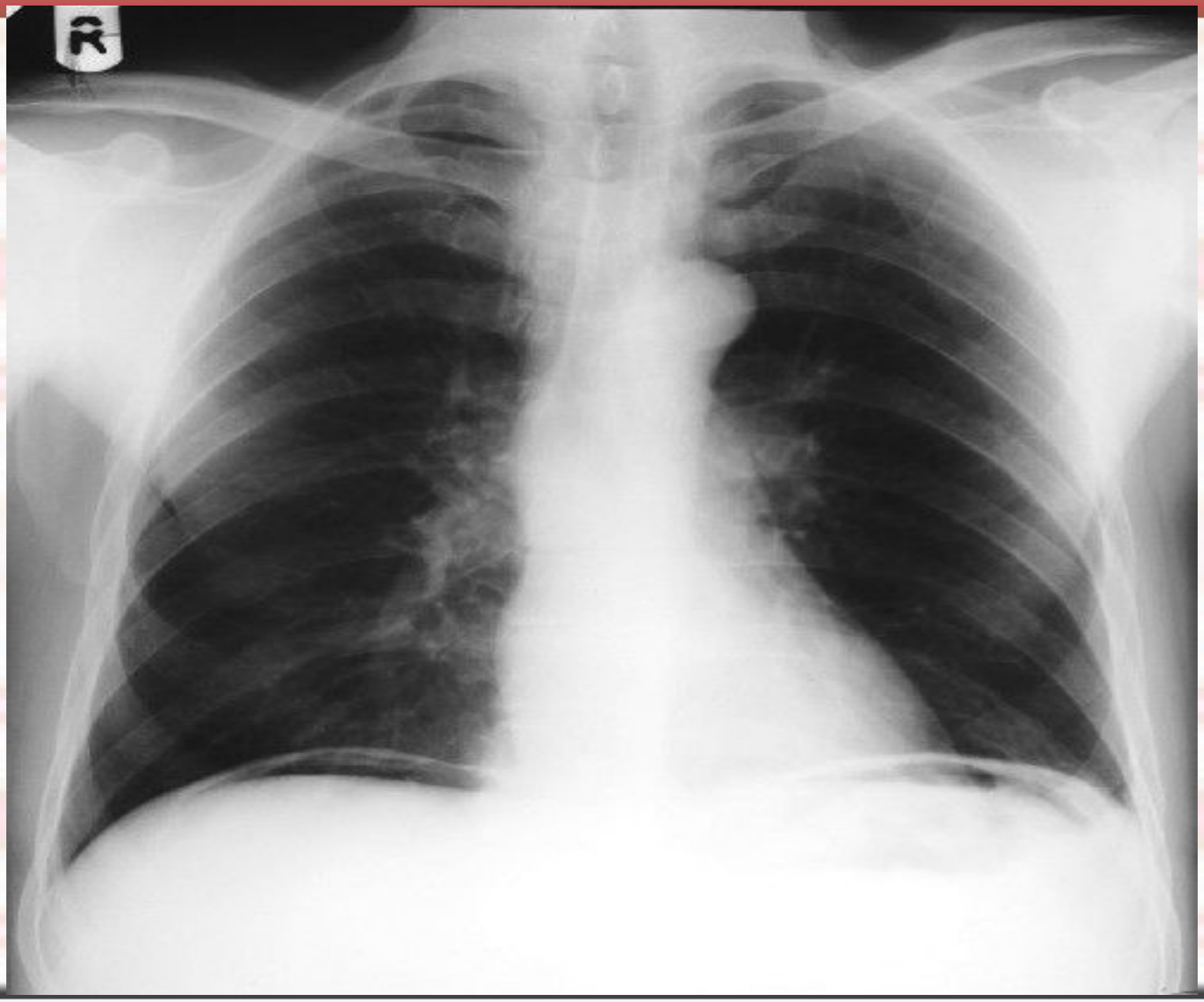
1) ухудшение состояния в ответ на адекватно проводимую терапию;
2) частота стула более 10 раз в сутки, примесь крови в кале;
3) низкий уровень альбумина;
4) анемия;
5) дефицит массы тела более 10%;
6) глюкокортикоидная зависимость.

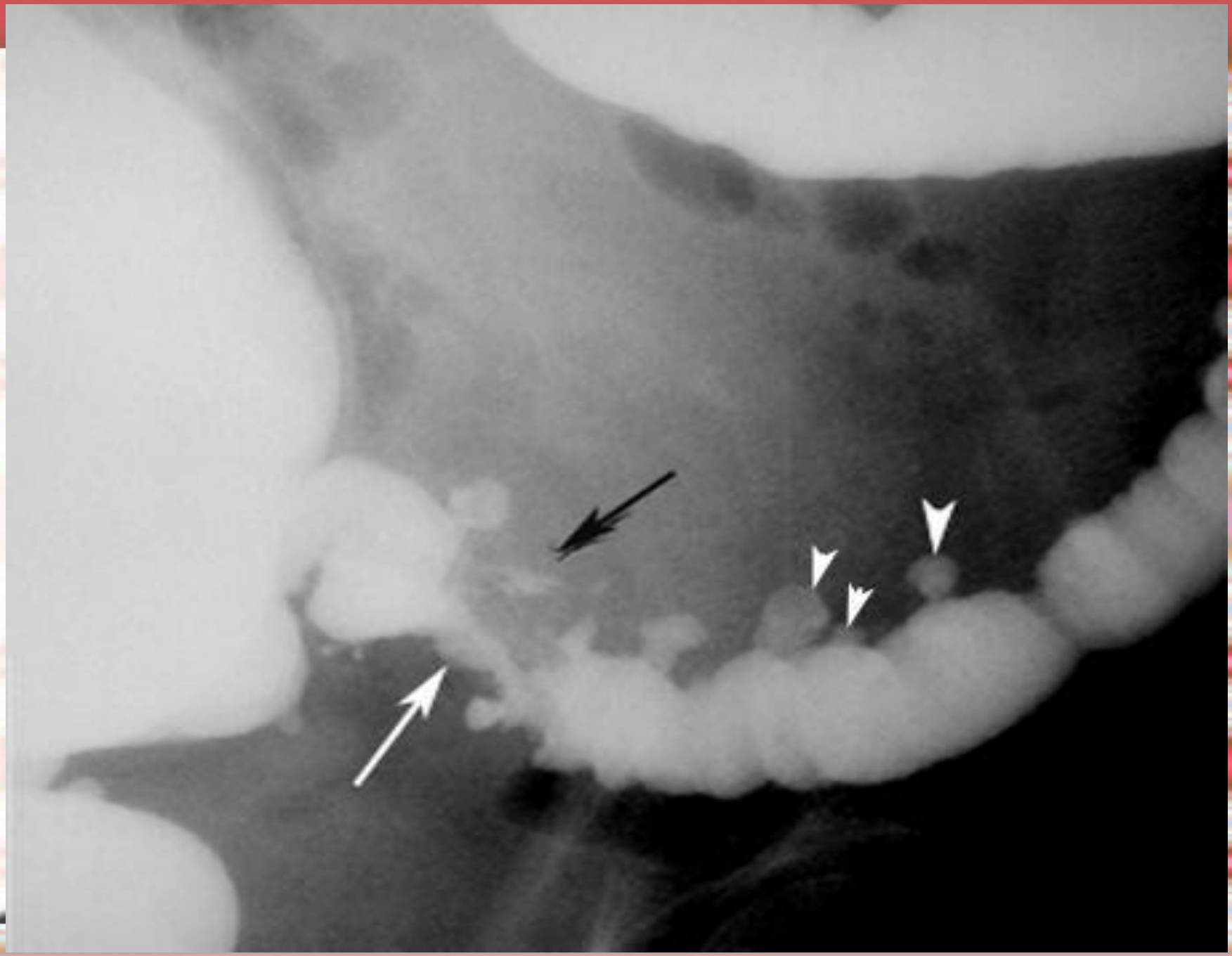
Toxic megacolon



A.D.A.M.

Энциклопедии
Словари
www.enc-dic.com

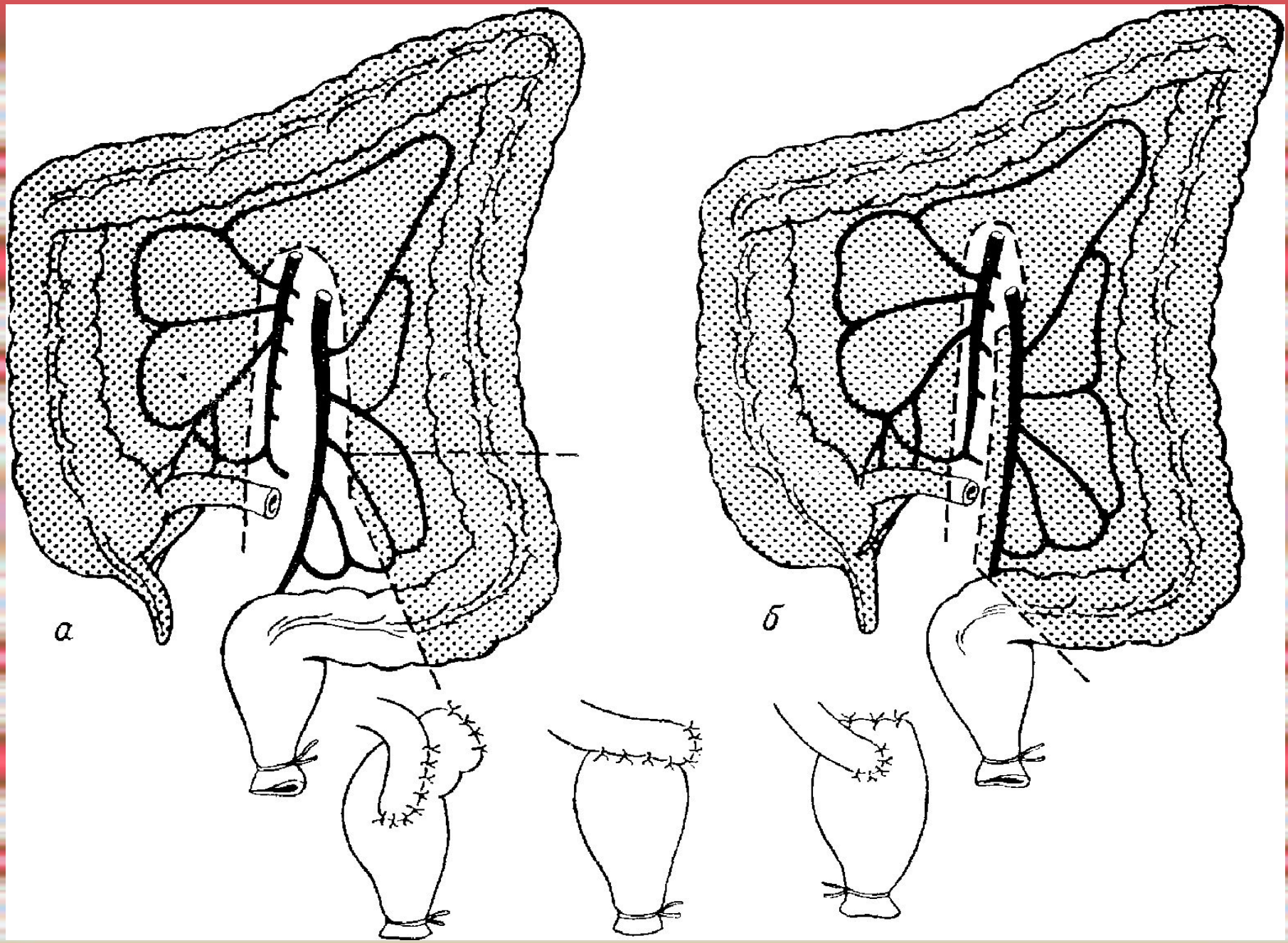

R



Преимуществами хирургического лечения при удалении всей толстой и прямой кишки являются полное восстановление здоровья, исчезновение язвенного колита, прекращение медикаментозной терапии и расширение
диеты.
Недостатком являются возможные хирургические и послеоперационные осложнения, формирование илеостомы. В дальнейшем, временная илео-

Субтотальная колэктомия с формированием илеостомы и оставлением культи прямой кишки выполняется при возможности оставить прямую кишку для последующей реконструктивной операции (при отключении прямой кишки воспалительный процесс может стихать и появляется возможность создать илеоректоанастомоз)

Субтотальная колэкто-мия с формированием первичного илеоректо-анастомоза, если нет воспаления в прямой кишке, что бывает ред-


а
б

Проктоколэктомия с формированием постоянной илеостомы.

Пластическая проктоколэктомия и формирование резервуара из подвздошной кишки.

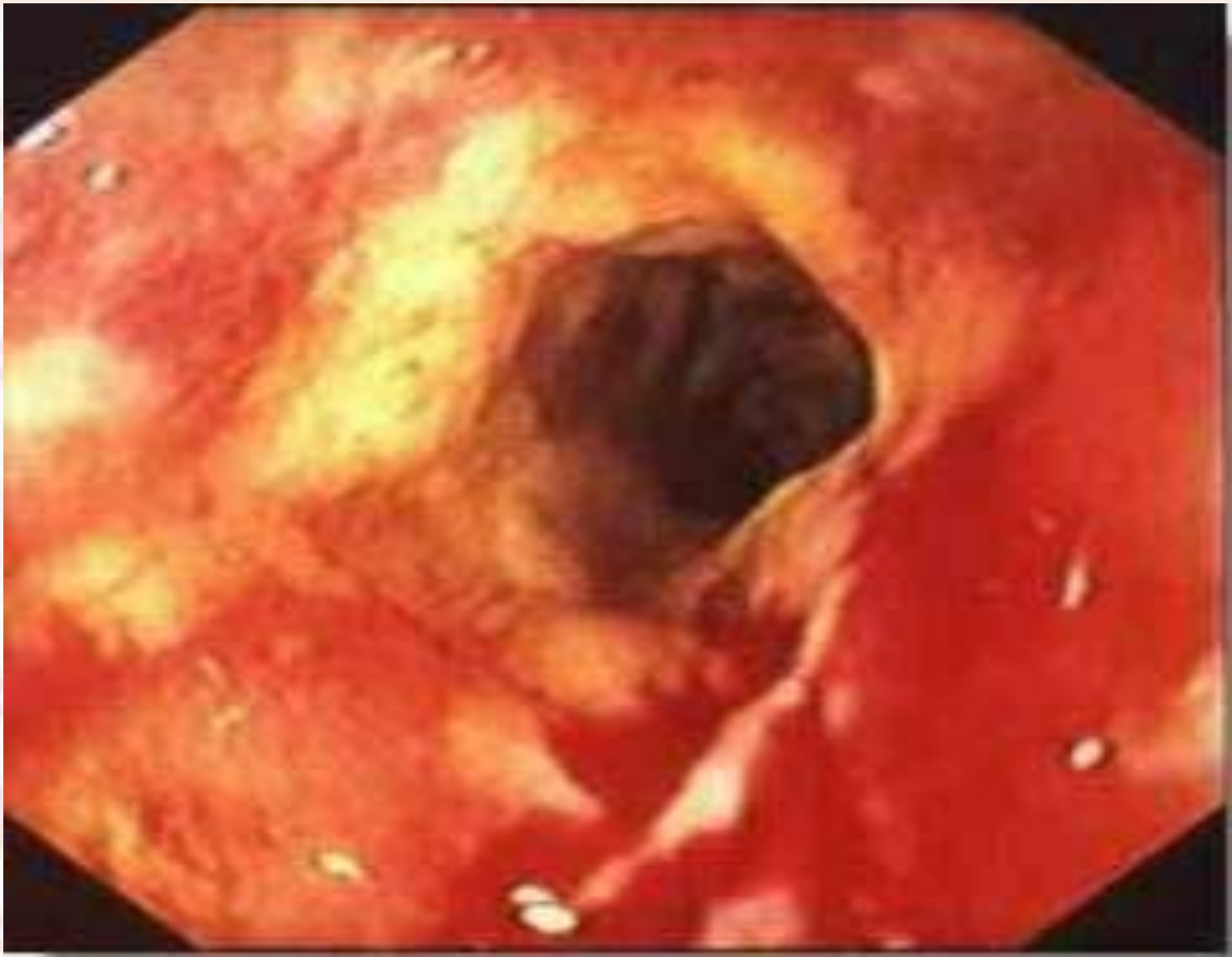
Формирование илеостомы для выключения толстой кишки из пассажа кишечного содержи-

Резервуар, созданный из тонкой кишки пришивается к сфинктеру
Толстая кишка (удаляется)
Слизистая удаляется из дистальной части
KronPortal.ru

Сохранение прямой кишки для форми-
рования илеоректоанастомоза воз-
можно при следующих условиях:
-отсутствие активного воспаления и малигнизации (по данным морфоло-гии);
-отсутствие стриктуры прямой кишки и сохранение ее резервуарной функ-ции;
-сохранение функции запирательного аппарата прямой кишки;
-отсутствие воспалительных пери-

Болезнь Крона

Характеризуется сегментарным трансмуральным поражением толстой кишки с распространением воспаления на все слои кишечной стенки.



Осложнения болезни Крона

1. инфильтраты и абсцессы вокруг кишки
2. свищи
3. кишечное кровотечение
4. перфорация
5. анальные трещины и парапроктиты
6. кишечная непроходимость
7. токсическая дилатация толстой кишки

Показания к операции при болезни Крона

1. формирование наружных кишечных свищей;
2. рубцовый стеноз вследствие воспалительного инфильтрата;
3. появление абсцессов брюшной полости, флегмон забрюшинного пространства вследствие разрушения стенки толстой кишки.

4. перфорация абсцесса в свободную брюшную полость с развитием перитонита;
5. неэффективность консервативной терапии, при которых нарастает интоксикация, развиваются метаболические нарушения, септические осложнения;
6. перианальные воспаления

Варианты хирургического лечения болезни Крона

1. При стриктурах выполняют резекцию пораженного отдела толстой кишки или стриктуропластику. Выбор метода операции определяется протяженностью поражения кишки. Стрикту-
ропластика возможна лишь при небольших стриктурах до 4-5 см.
2. При сегментарном поражении толстой кишки выполняют резекцию ее сегмента.
3. При обширных воспалительных инфильтратах применяются обходные межкишечные анастомозы

4. При свищах с перифокальным воспалением операцию проводят в два этапа или более, заканчивая первый этап формированием стомы.
5. При перианальных осложнениях с гнойными затеками необходимо вскрытие и дренирование гнойников со стороны промежности и отключение прямой кишки путем формирования колостомы на сигмовидной кишке либо илеостомы в зависимости от распространенности поражения ободочной кишки.

6. При формировании абсцессов брюшной полости выполняют открытое дренировании абсцесса и формирование проксимальной илеостомы. Дренаж должен быть адекватным и установлен на длительное время.
7. При неэффективности консервативной терапии, нарастании интоксикации, при панколите с перианальными поражениями первым этапом хирургического лечения формируют илеосто-