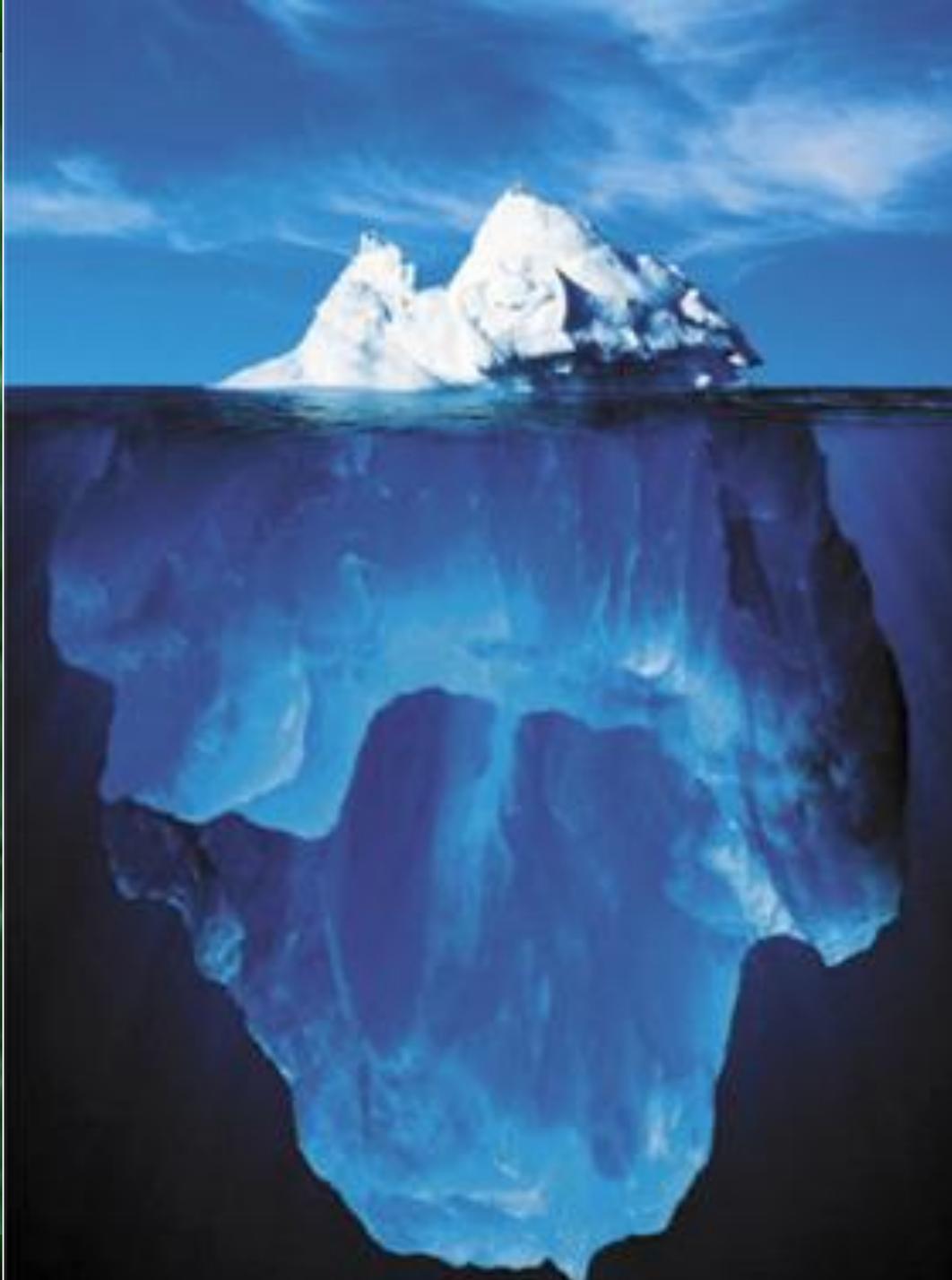


Хирургическое лечение
неопухолевых заболеваний
кишечника

Профессор Н.Н.Крылов



**Все, что узнаете
на занятиях –
лишь вершина
айсберга.**

**Остальное Вам
предстоит искать
и узнавать
самим!**

Социальная значимость проблемы

При язвенном колите (НЯК) приблизительно 1\3 больных в течение жизни нуждается в оперативном лечении.

Почти все пациенты с болезнью Крона (БК) подвергаются операции хотя бы раз в жизни



Актуальность проблемы



Частота летальных исходов в России в **3 раза** выше, чем в Зап.Европе .

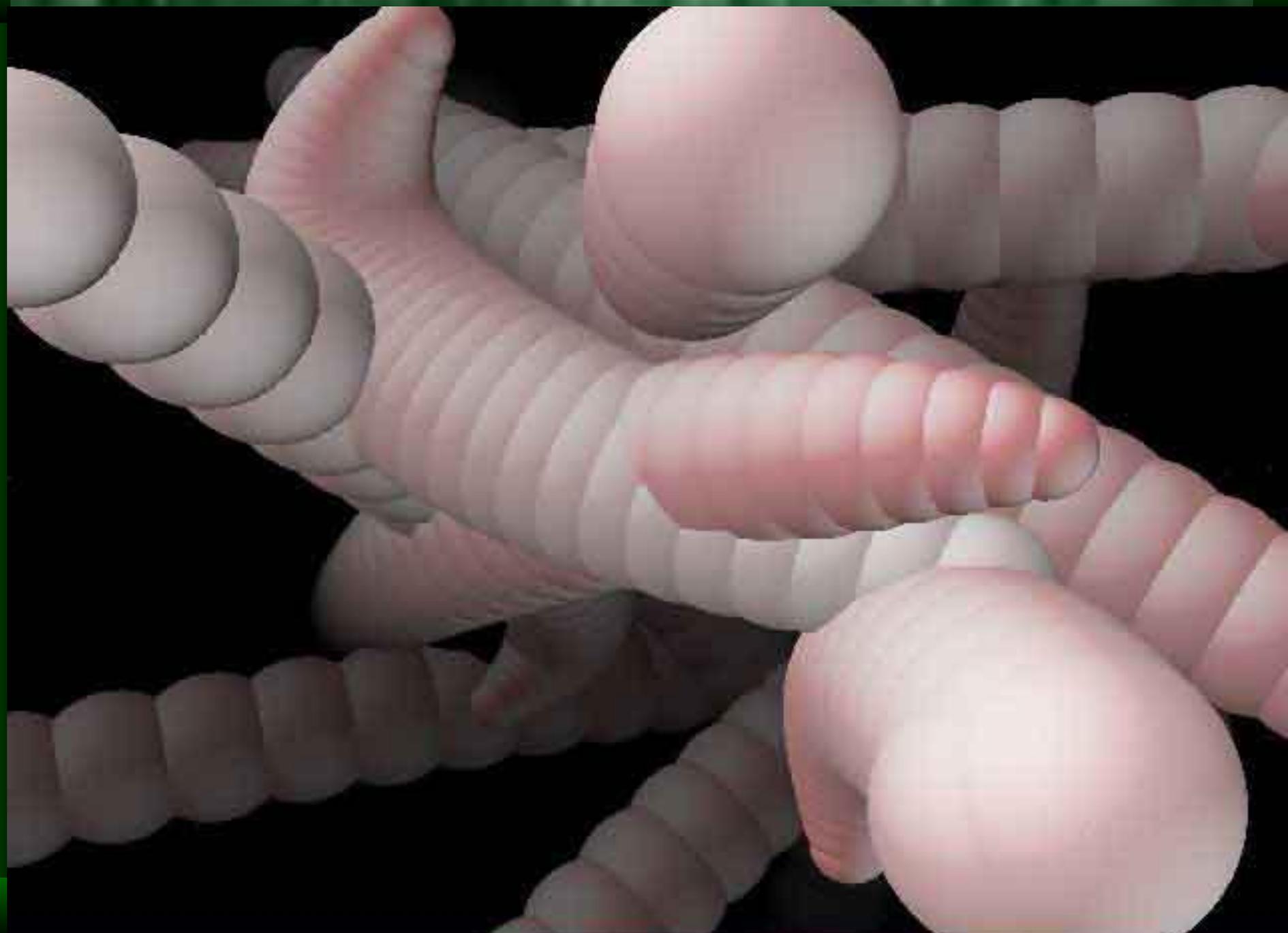
Диагноз в течение 1-го года ставят у **25%** больных, у остальных - в течение 3-12 лет.

Осложненные формы болезни у **100%** больных при диагностике в сроки более 3 лет от начала болезни

Патогенез воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК)

Воздействие на людей с генетической предрасположенностью к заболеванию различными компонентами пищи вызывает неспецифическое иммунное воспаление кишечника в ответ на жизнедеятельность его нормальной комменсальной микрофлоры при определенном образе их жизни





НЯК – воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением, главным образом слизистой и подслизистого слоя кишечной стенки, с развитием местных и системных осложнений



Критерии диагноза НЯК

КЛИНИЧЕСКИЕ

- диарея с примесью крови и боли в животе в течение 8 недель

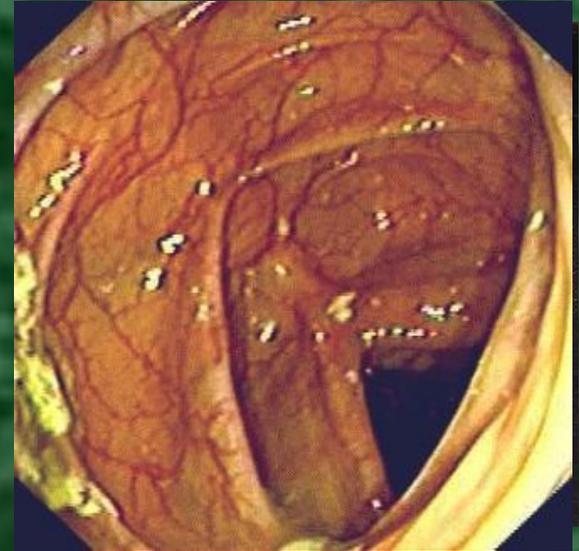
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ

- отрицательный результат поиска инфекционных возбудителей колита

Критерии диагноза НЯК

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ

- всегда - поражение прямой кишки
- отек, гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, множественные эрозии, сливающиеся язвы, отсутствие складок, контактная кровоточивость, трубчатая ригидность толстой кишки
- всегда - непрерывность поражения толстой кишки



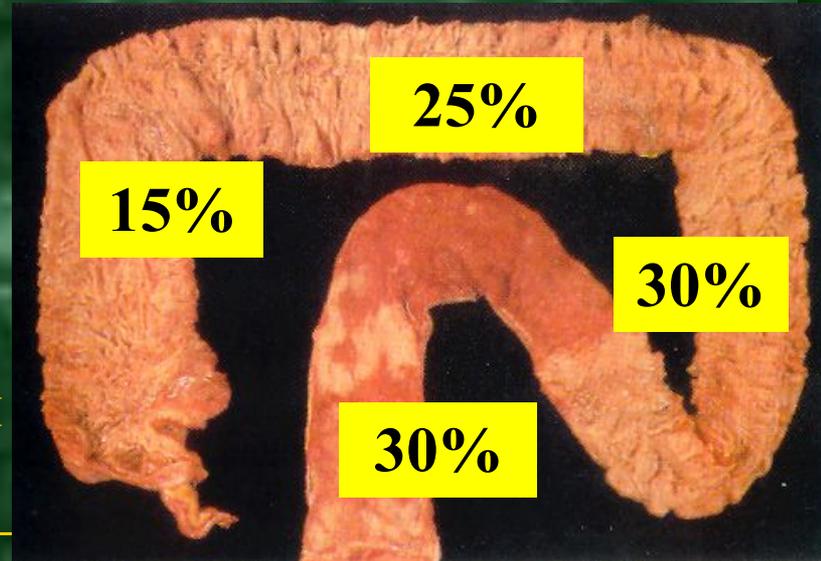
Классификация НЯК

ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ – проктосигмоидит, левосторонний, субтотальный и тотальный колит

ПО ТЯЖЕСТИ – легкого, средне-тяжелого и тяжелого течения

ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ – острый (до 6 мес.), хр. рецидивирующий и хр. непрерывного течения

ПО ОТВЕТУ НА ГОРМОНОТЕРАПИЮ – гормоночувствительный, гормонорезистентный, гормонозависимый



ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (кишечные)

- Профузное кровотечение – 4-5%
- Токсическая дилатация – 3-5 %
- Перфорация – 2-3%
- Малигнизация (при анамнезе НЯК более 10-15 лет) – 10-12%

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



Поражение печени – **30%**

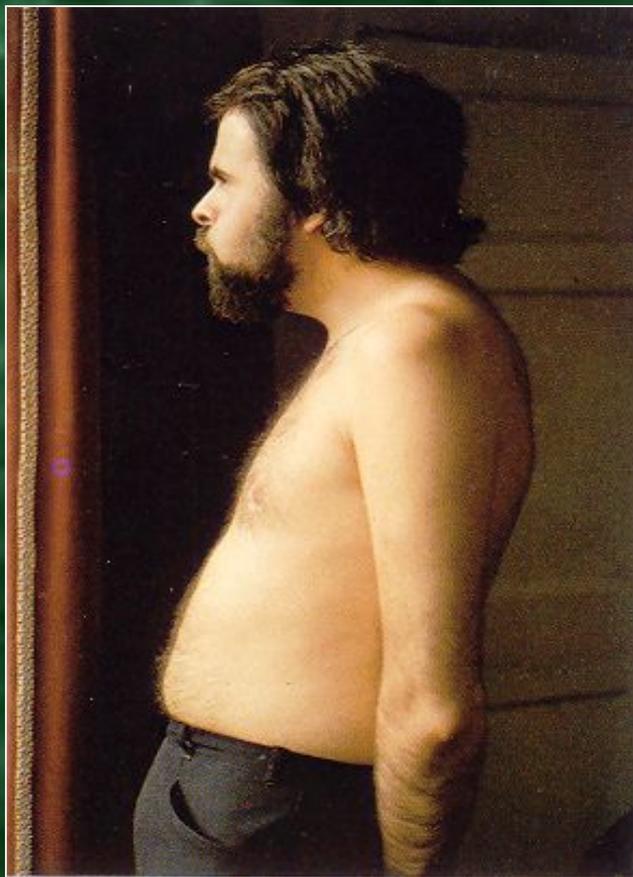
ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



Склерозирующий
холангит - 3%

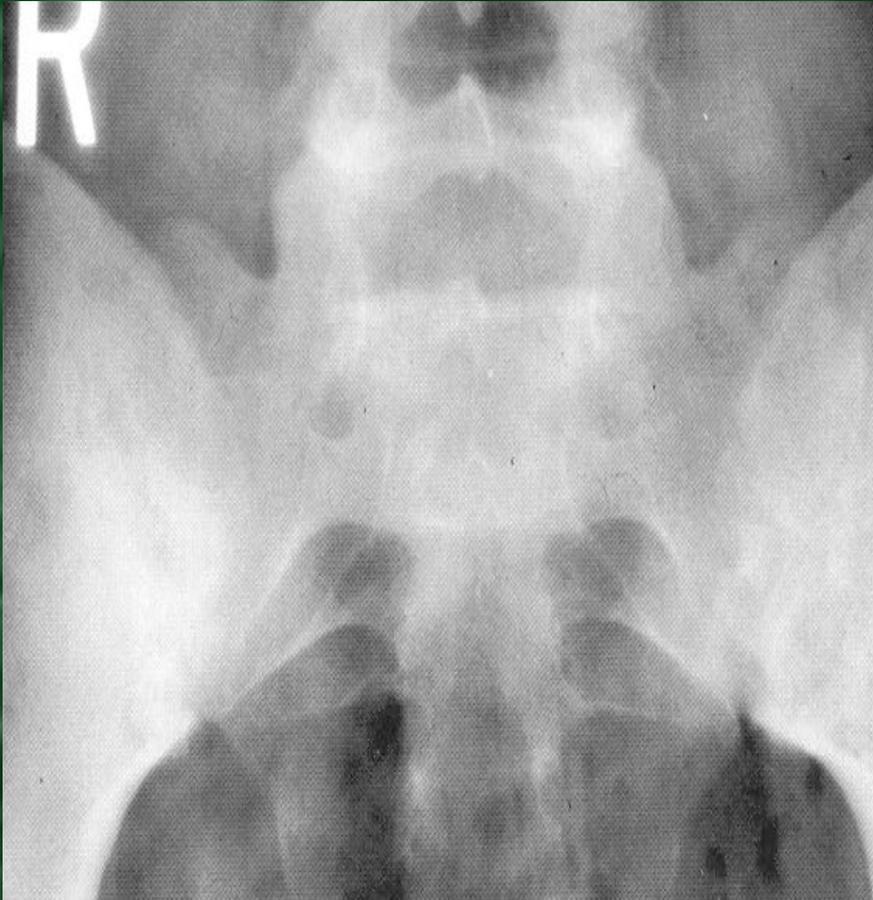
ЭРХГ

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



Анкилозирующий спондилоартроз

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



Артралгия – 15%

сacroилеит

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



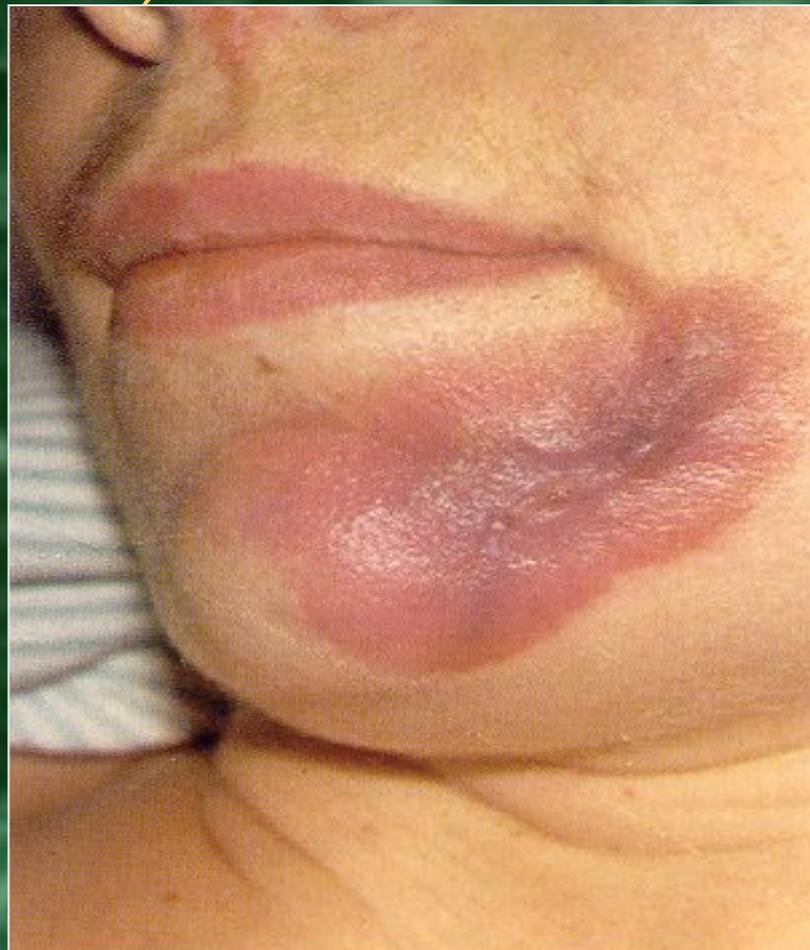
Эписклерит,
иридоциклит **5-8%**

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



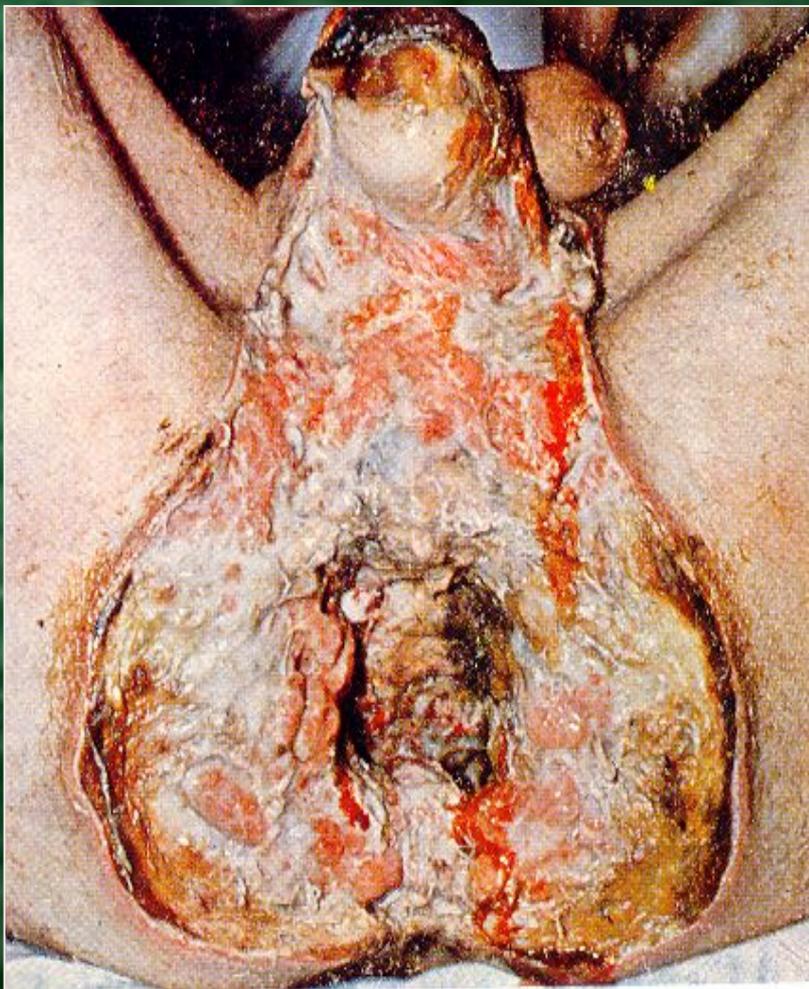
Узловая эритема- 2-4%

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



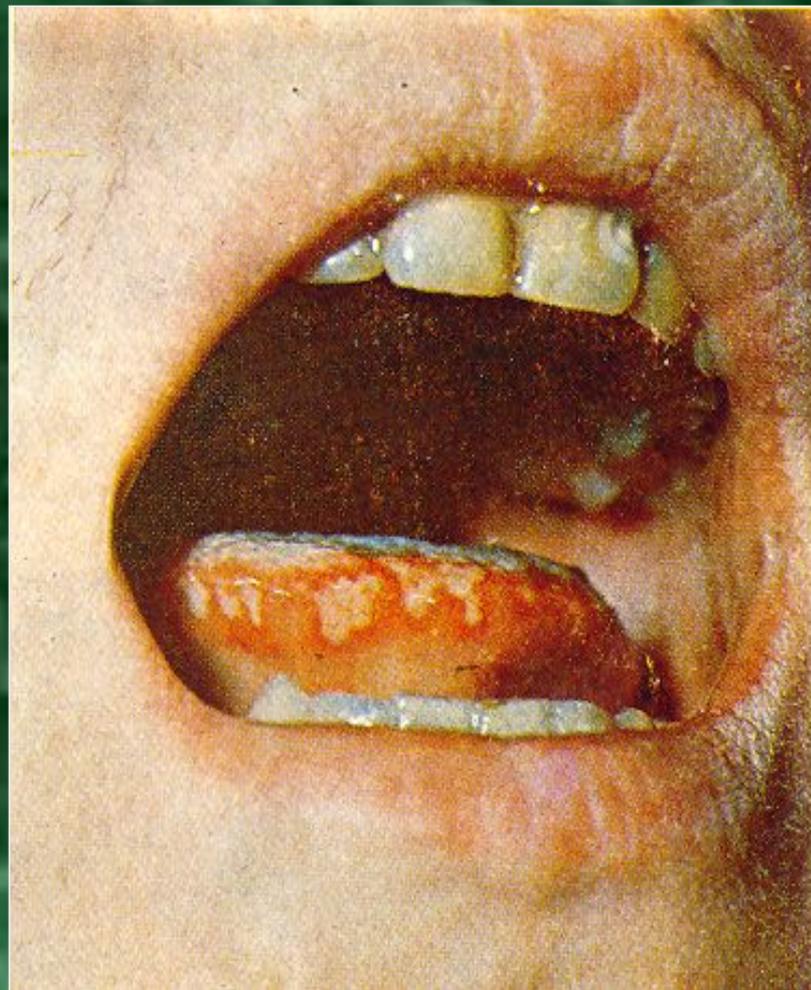
Гангренозная пиодермия – 2%

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК (внекишечные)



Некротизация промежности
(гагрена Фурнье)

ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК



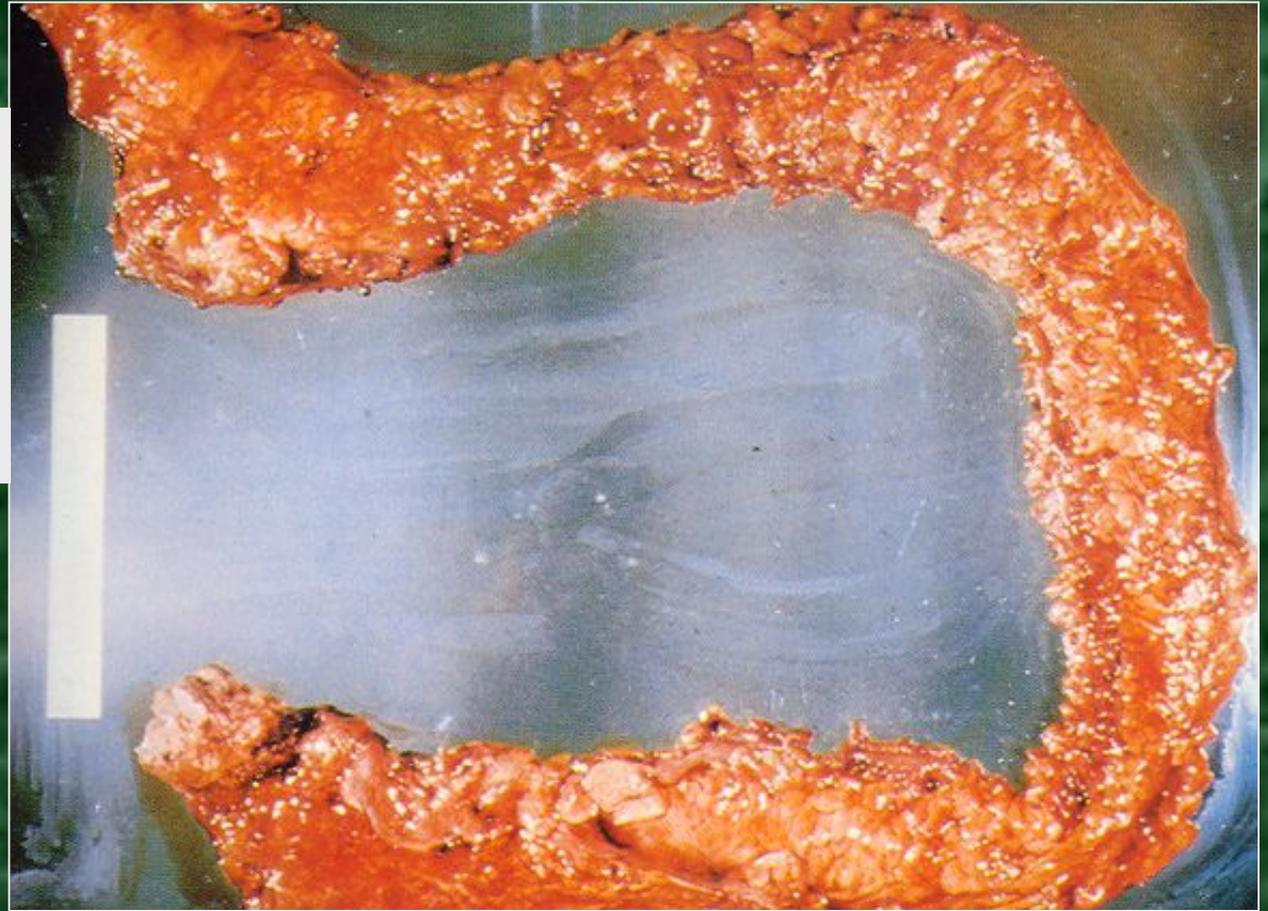
Афты – 8-10%

Острый язвенный колит

Боль в животе

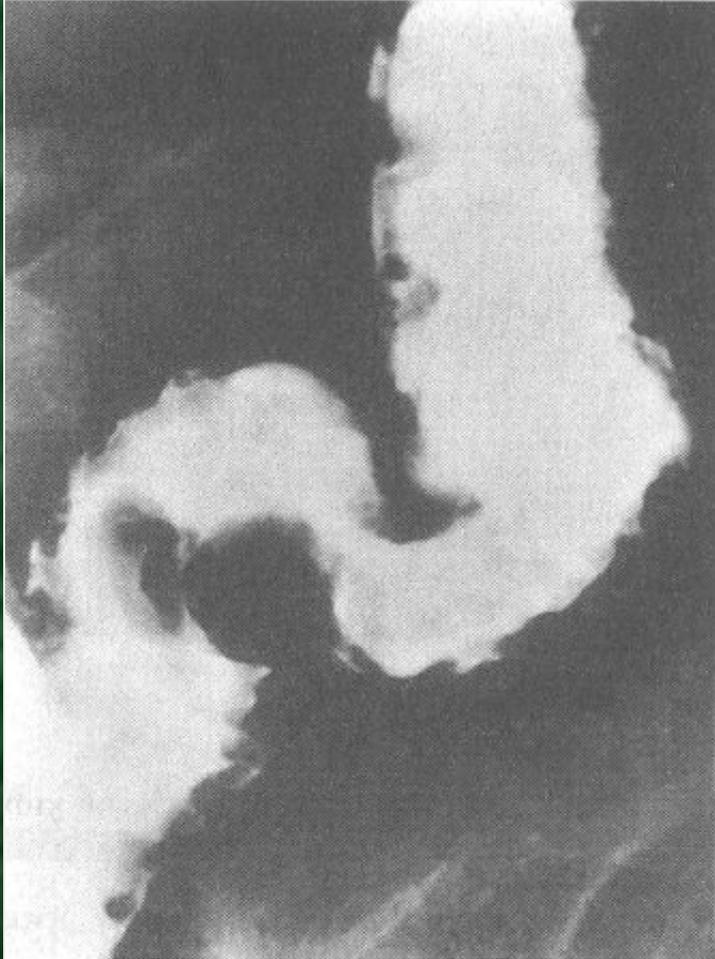
Диарея

Гипертермия

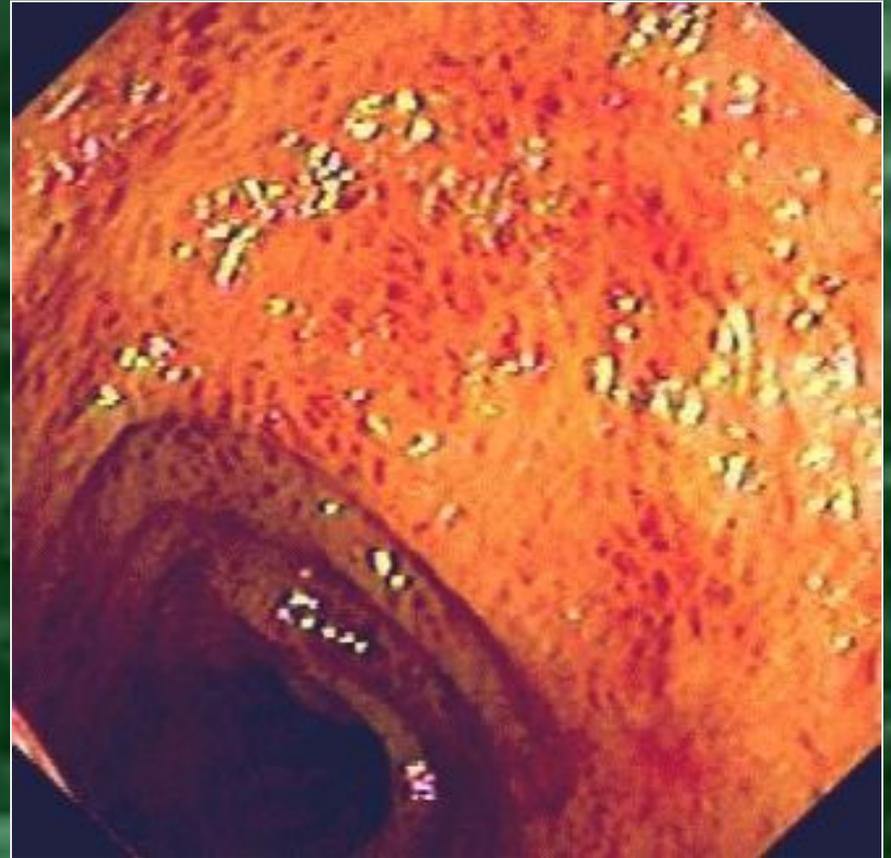


Макропрепарат

Острый язвенный колит

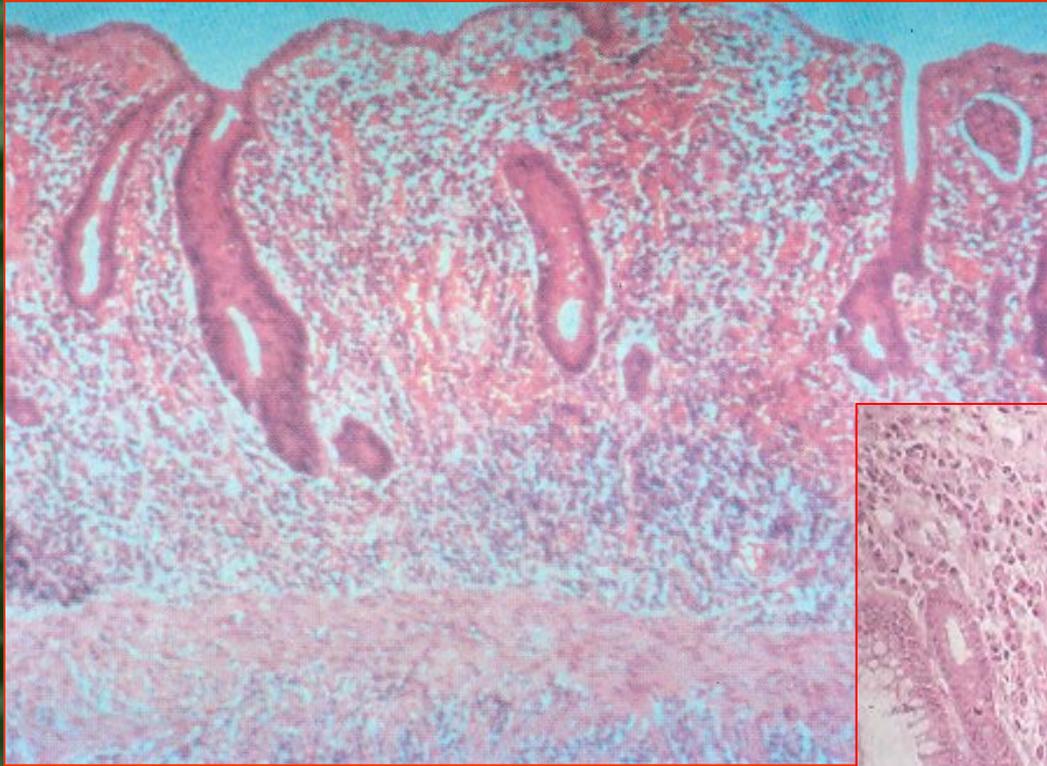


Ирригограмма



Эндоскопия

Острый язвенный колит



микропрепараты

**Крипт-
абсцессы**



Хронический язвенный колит



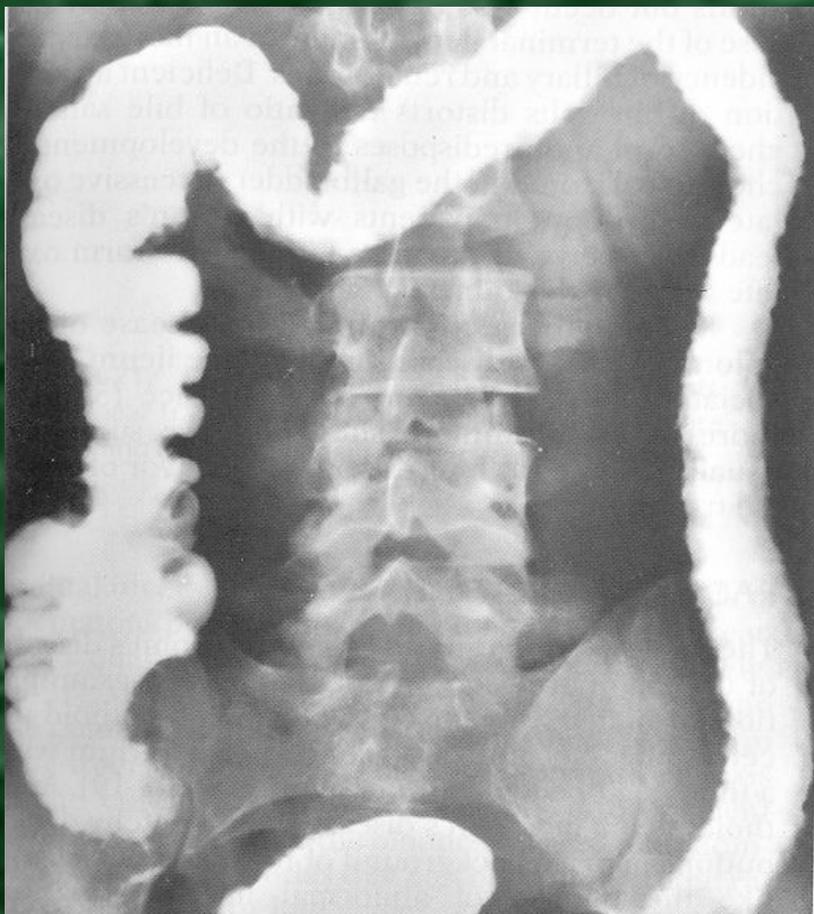
**Внешний вид
больного 18 лет:**

**инфантилизм,
рост 146 см,
масса тела 42 кг**

**Нарушение обмена белков,
жиров, углеводов, витаминов,
микроэлементов**

Задержка развития

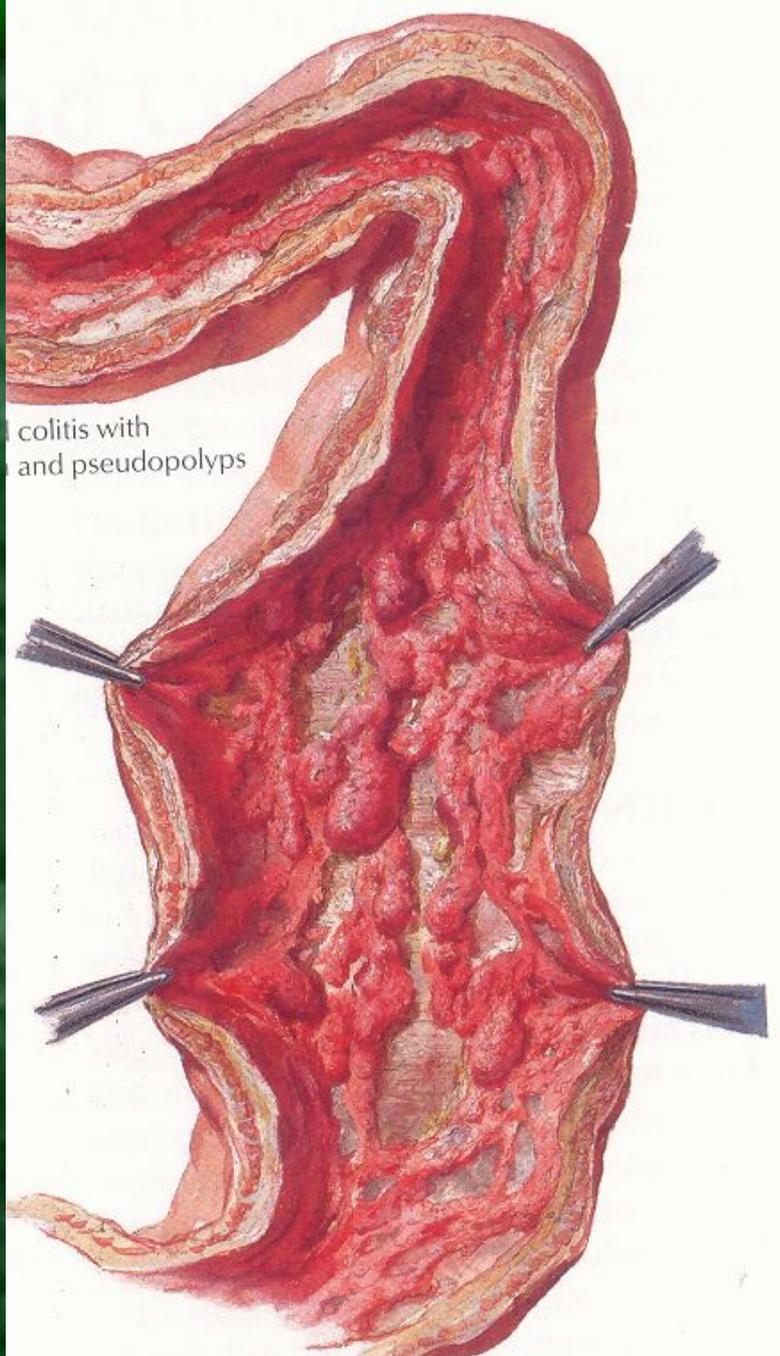
Хронический язвенный колит



Ирригограмма

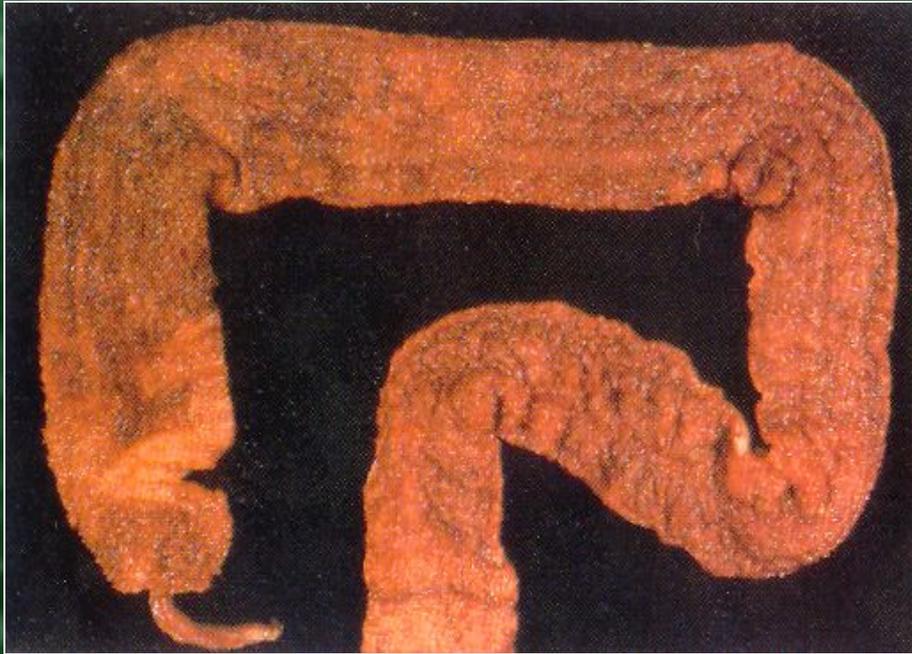


Эндоскопия

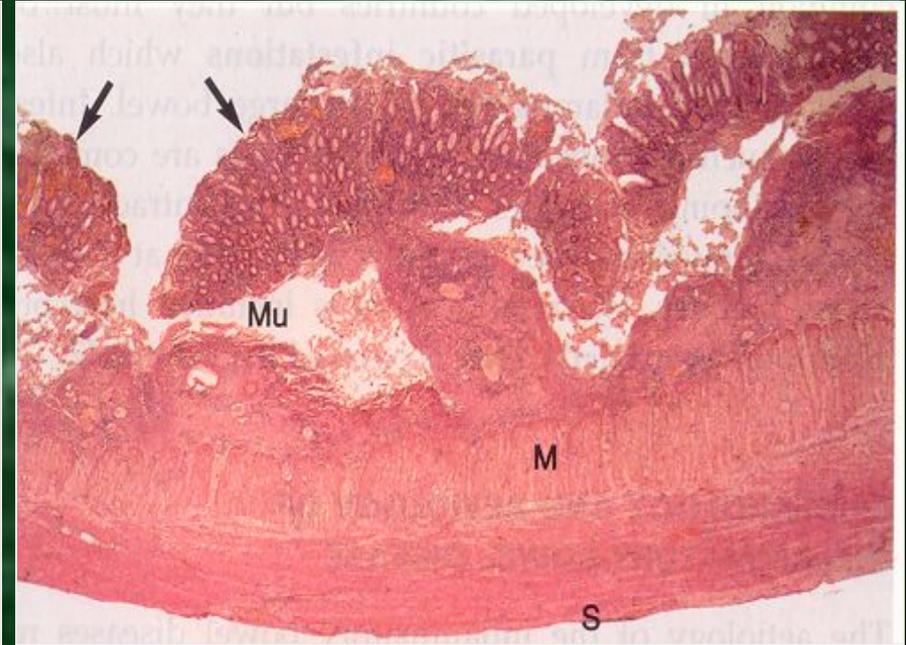


**Хронический
НЯК с язвами и
псевдополипами**

Хронический язвенный колит

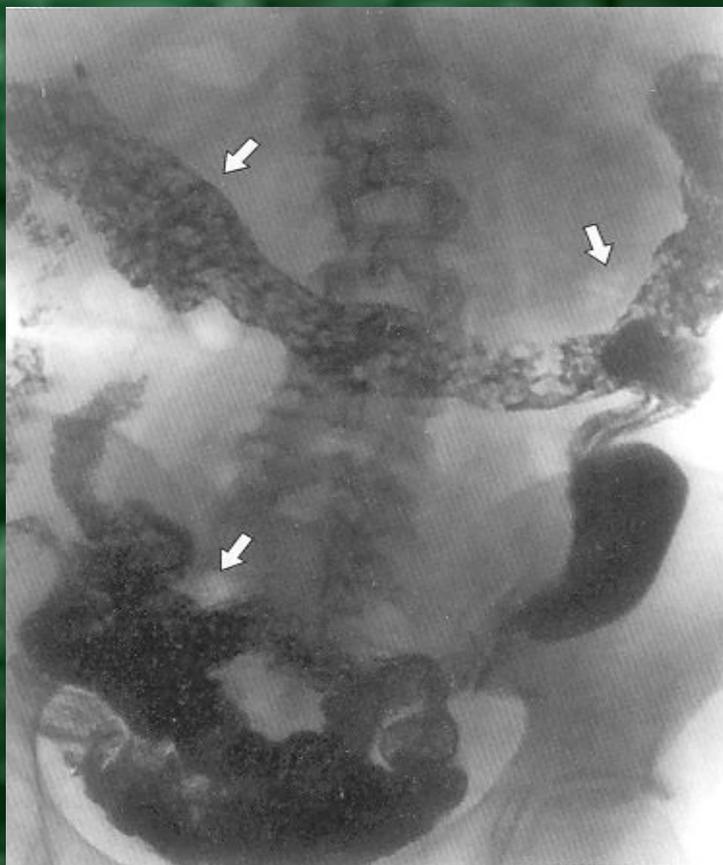


Макропрепарат



Микропрепарат

Псевдополипы при НЯК

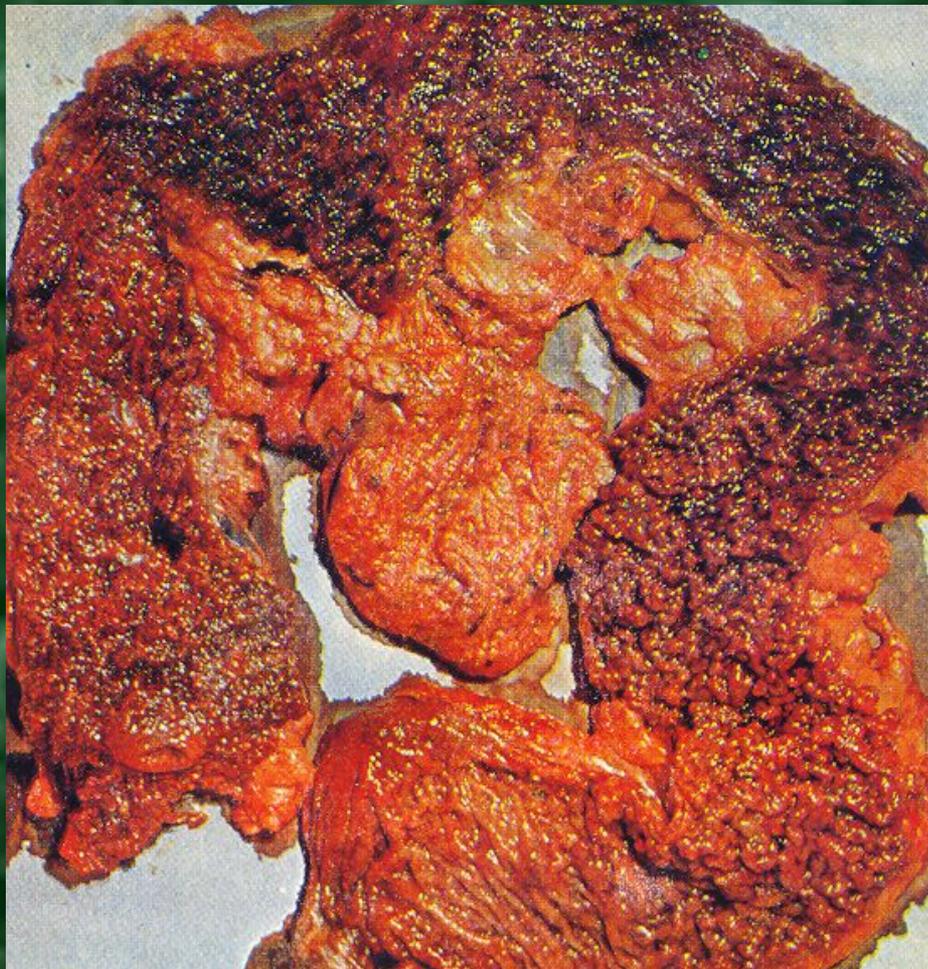


Ирригограмма



Эндоскопия

Псевдополипы при НЯК



Макропрепараты

Показания к хирургическому лечению

1. Неэффективность медикаментозной терапии (гормонзависимые и гормонрезистентные формы) – **65-70%**
2. Осложнения (перфорация, токсическая дилатация, кровотечение) – **20%**
3. Колоректальный рак – **10-15%**

M.Schein

Если терапевт хочет, чтобы
Вы срочно оперировали его
больного с колитом, имейте
в виду, что операция была
показана по меньшей мере
неделю тому назад...

Кровотечение при НЯК

- кровопотеря более 100 мл\сут
- нет динамики Нв в течение 48 часов вопреки переливанию 2 доз эр. массы в сутки
- объем кала более 1 л в сутки



выделения
больного



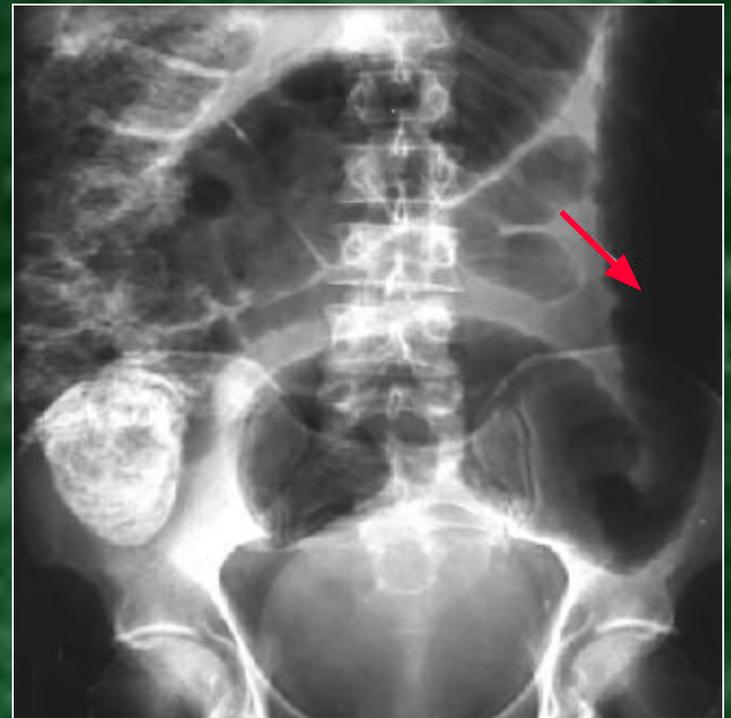
ЭНДОСКОПИЯ

Токсическая дилатация

Механизм развития : распространение воспаления на мышечный слой → поражение нервных ганглиев → потеря способности толстой кишки к сокращению → депонирование содержимого

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- метеоризм, исчезновение перистальтики
- урежение количества дефекаций
- напряжение брюшной стенки
- SIRS
- Rö – диаметр кишки более 8 см

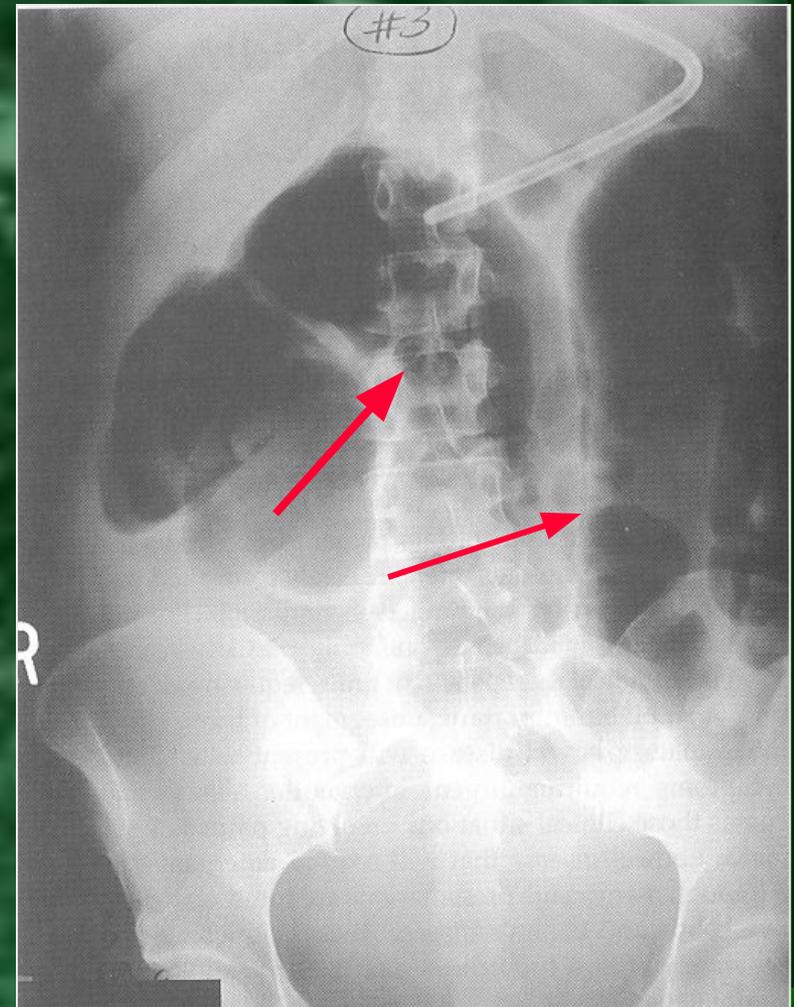


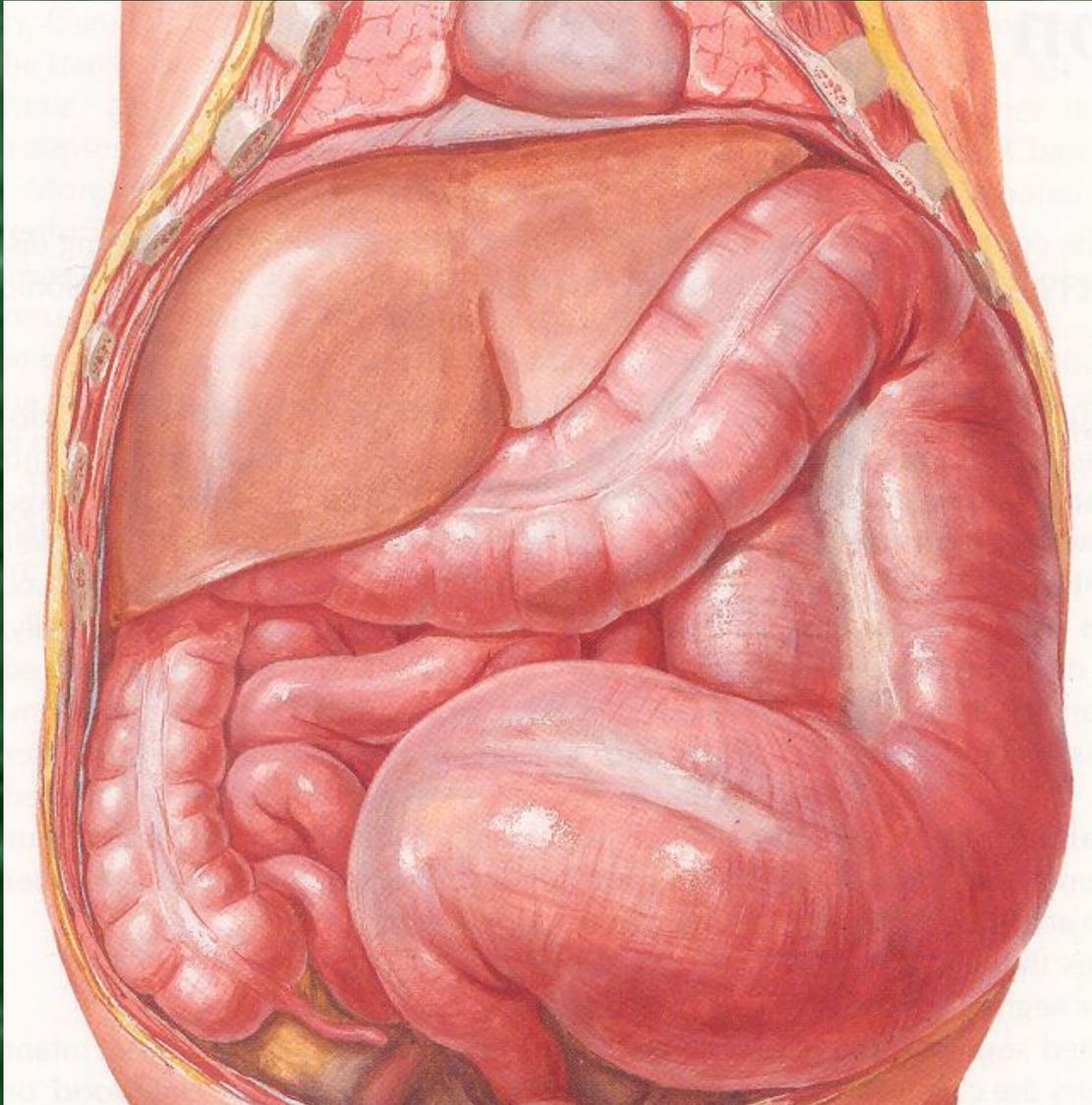
Лечение токсической дилатации

1. Парентеральное питание
2. Гомонотерапия – преднизолон
до 2 мг\кг массы \сут.(до 200
мг\сут.)
3. Эндоскопическая
декомпрессия толстой кишки
4. Антибиотикотерапия

Показания к операции при ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ

1. **Неэффективность декомпрессии** на фоне адекватной терапии
2. **Рецидив токсической дилатации** в течение 10-12 часов после декомпрессии толстой кишки
3. **Перфорация**
4. **Профузное кровотечение**

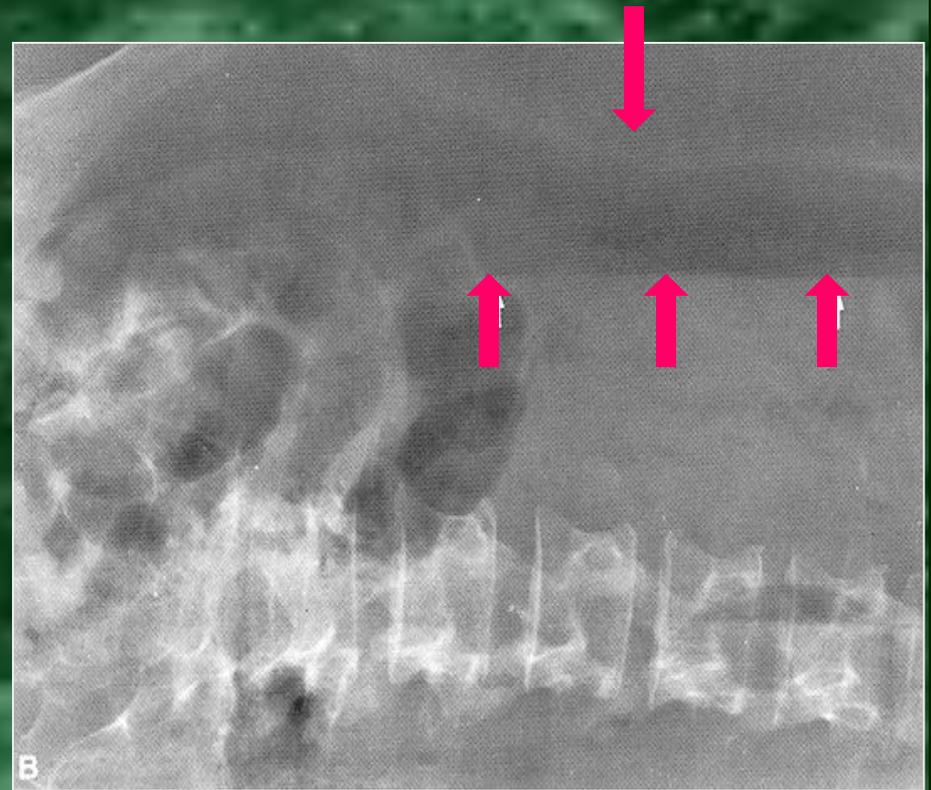




Токсическая
дилатация

Перфорация толстой кишки при НЯК

- нет острой боли в животе
- нет «доскообразной» мышечной защиты
- исходно существует серозный перитонит на фоне кишечной недостаточности

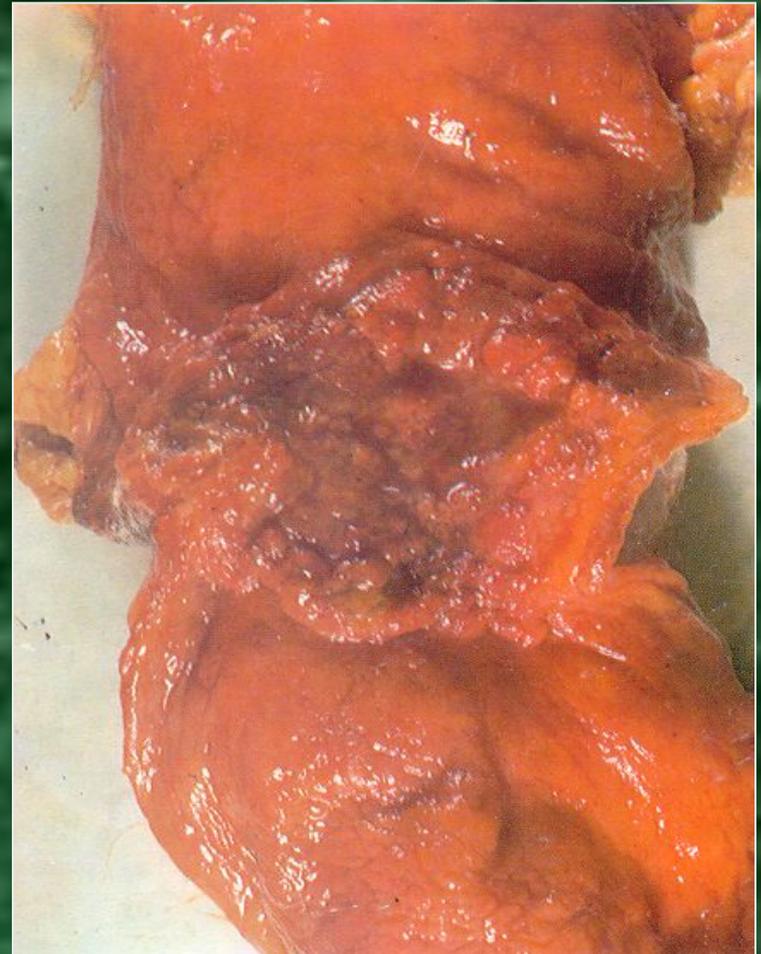


Колоректальный рак на фоне НЯК

Факторы риска:

- продолжительность анамнеза НЯК более 10 лет
- начало НЯК в возрасте до 20-25 лет
- субтотальный или тотальный колит

Особенности – часто множественный КРР, лечение – колпроктэктомия, 5-летняя переживаемость 30%

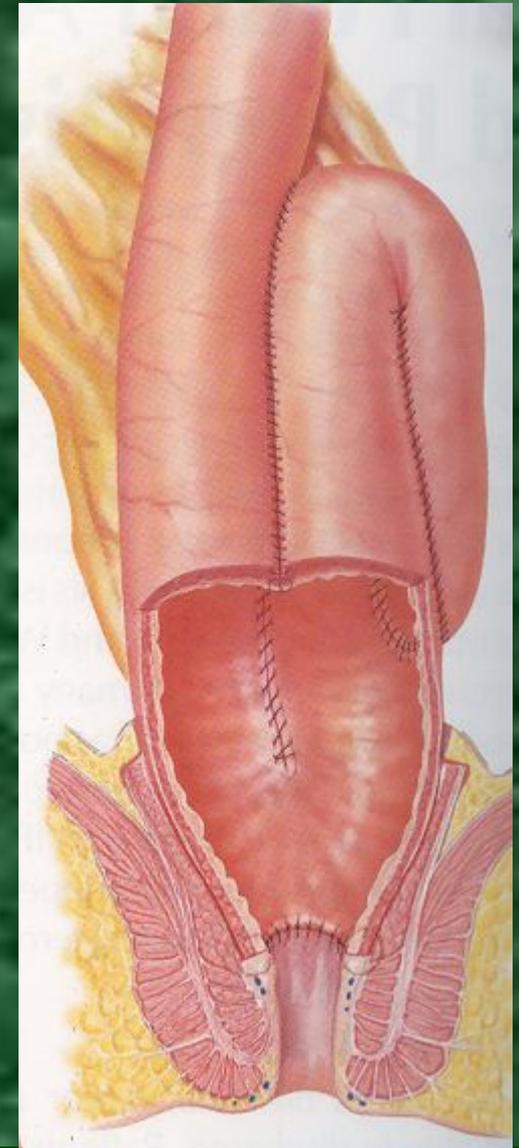
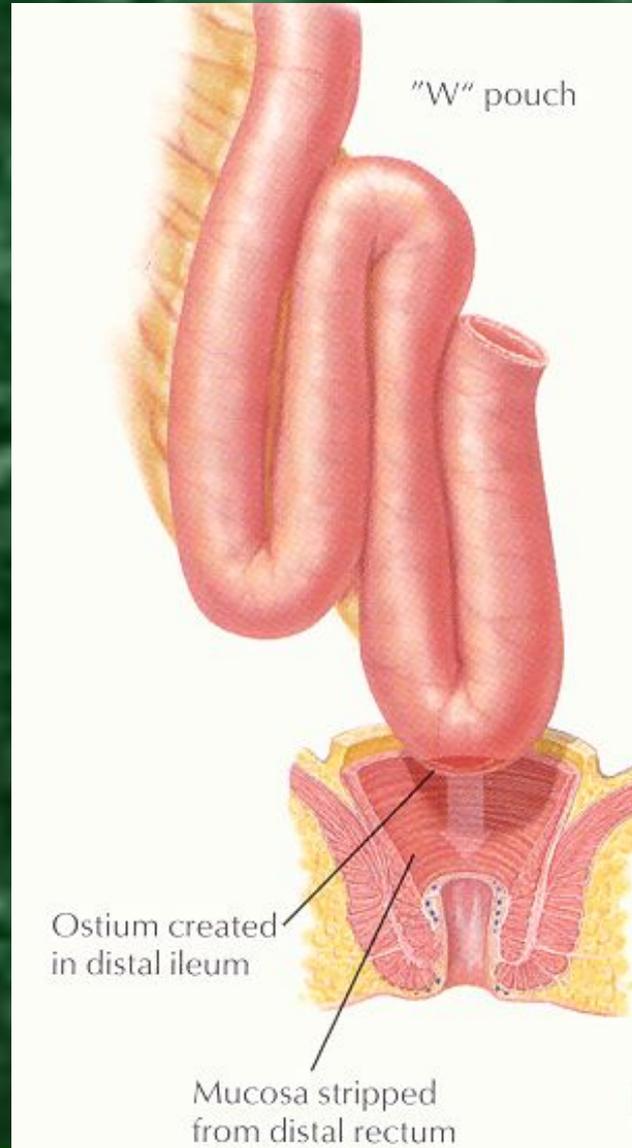
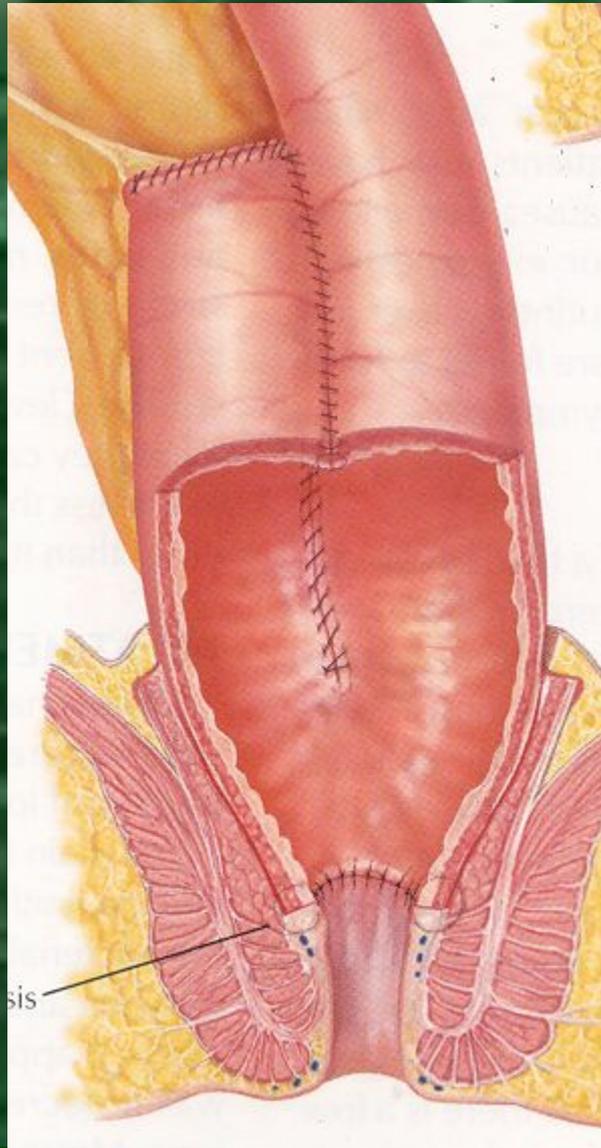


Выбор метода хирургического лечения при НЯК

1. С сохранением прямой кишки (субтотальная колэктомия, сигмостомия, илеостомия) - **30-40%**
2. Колпроктэктомия – **60-70%**
(КРР, рубцовые стриктуры, профузное кровотечение, псевдополипоз, тяжелая дисплазия эпителия слизистой толстой кишки)



Илеоректостомия



Исходы лечения НЯК

- Частота рецидивов в течение года:
 - на фоне противорецидивного лечения — **5-20%**
 - без противорецидивного лечения - **70-80%**
- Стероидозависимость, стероидорезистентность и резистентность к иммунодепрессивным препаратам — **35%**

Послеоперационная летальность при НЯК

Неэффективность медикаментозной терапии	1,5-3,5%
Кровотечение	8-12%
Токсическая дилатация	20-25%
Перфорация	50-60%
Колоректальный рак	4-5%



Колбаса докторская («Царицыно»)



E 124, E 621 - усилители вкуса

E 250, E412, E471, E415 – стабилизаторы

E 450 - краситель

E 461 - цветообразователь

Говядина и свинина (5-10%), вода, крахмал, молоко, соевый белок (90%), сахар, мускатный орех, кардамон, аскорбиновая кислота



Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание неустановленной этиологии, характеризующееся трансмуральным сегментарным воспалительным процессом в различных отделах ЖКТ с развитием местных и системных осложнений



Критерии диагноза БК

Клинические

- частые продолжительные боли в правой подвздошной области в течение 8 недель в сочетании с диареей и потерей массы тела
- инфильтрат в брюшной полости
- длительно незаживающие перианальные поражения (трещины, свищи, абсцессы)
- кожно-кишечный свищ (часто после операции)



Критерии диагноза БК

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ и ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ

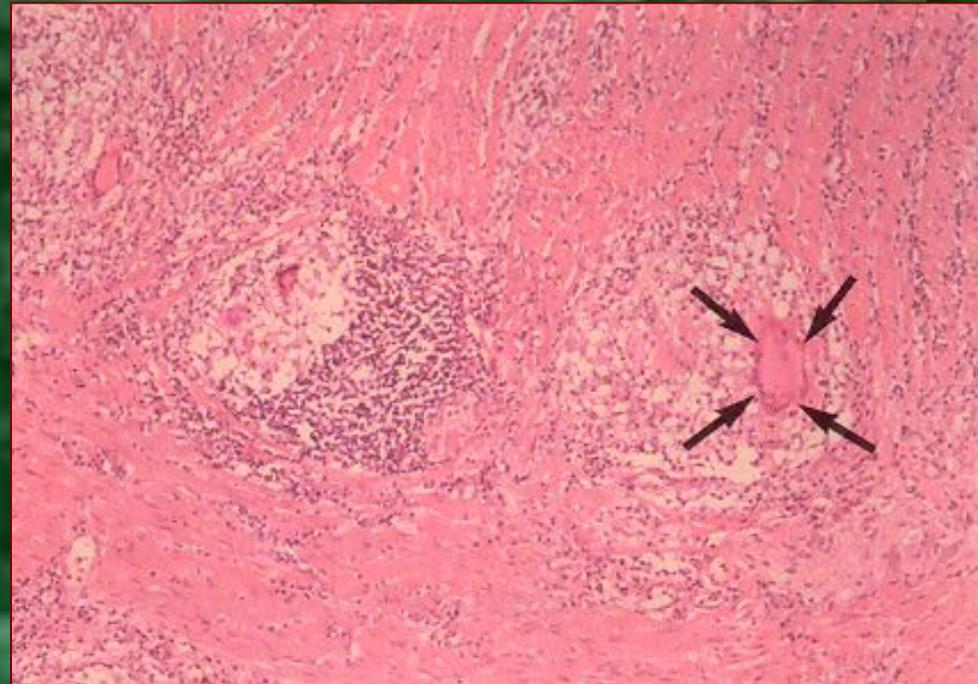
- **воспаление подвздошной кишки**
- **стриктуры тонкой и толстой кишки**
- **межкишечные свищи**
- **прерывистость (дискретность) поражения**
- **щелевидные язвы в виде «булыжной мостовой»**



Критерии диагноза БК

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ

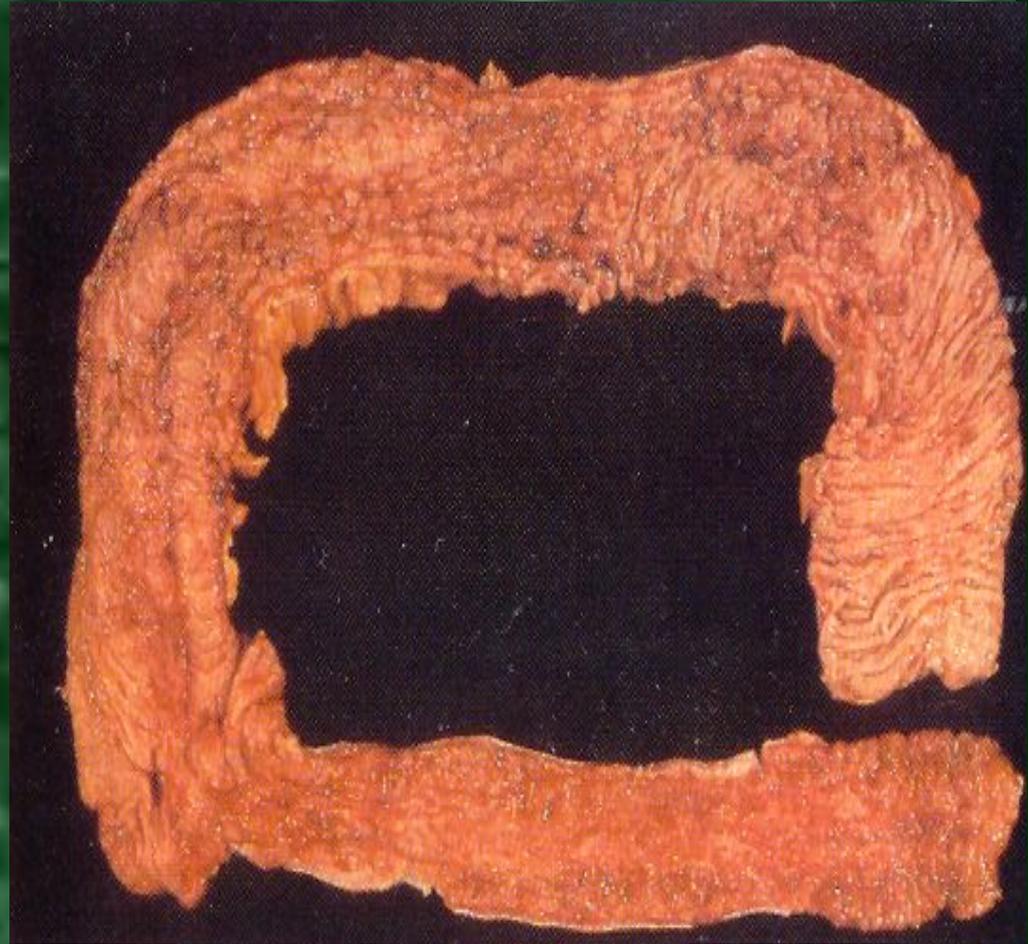
- эпителиоидная гранулема в различных слоях стенки кишки и в лимфатических узлах
- глубокая язва-трещина



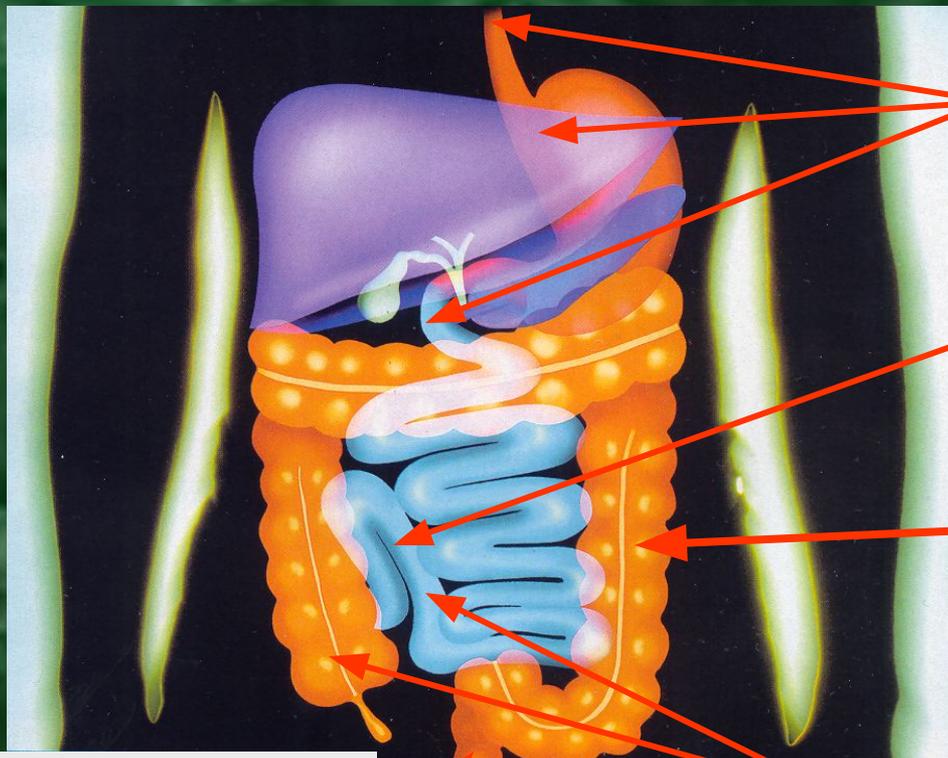
Классификация БК

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1. ИЗОЛИРОВАННЫЕ**
ЭЗОФАГИТ, ГАСТРИТ,
ДУОДЕНИТ, ЕЮНИТ,
ИЛЕИТ, КОЛИТ,
ПРОКТИТ
- 2. СОЧЕТАННЫЕ**
ИЛЕОКОЛИТ И Т.Д.



Локализация воспалительного процесса при БК



Пищевод, желудок,
12-перстная кишка
– 3-5%

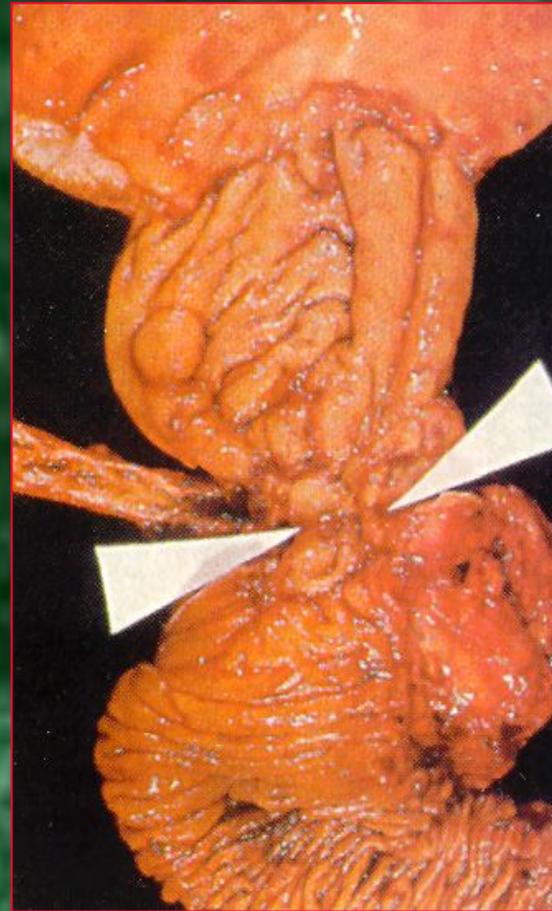
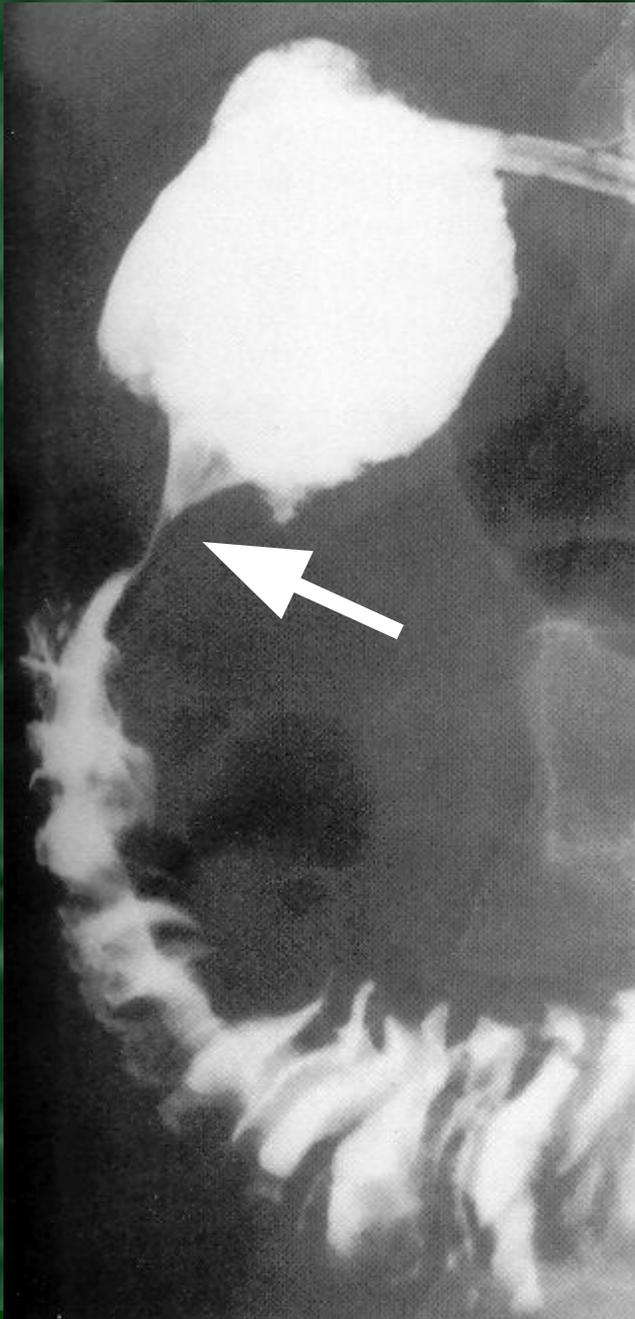
Тонкая кишка – 25-30%

Толстая кишка – 30%

Прямая
кишка-
40-50%

И тонкая , и толстая кишка – 40-45%

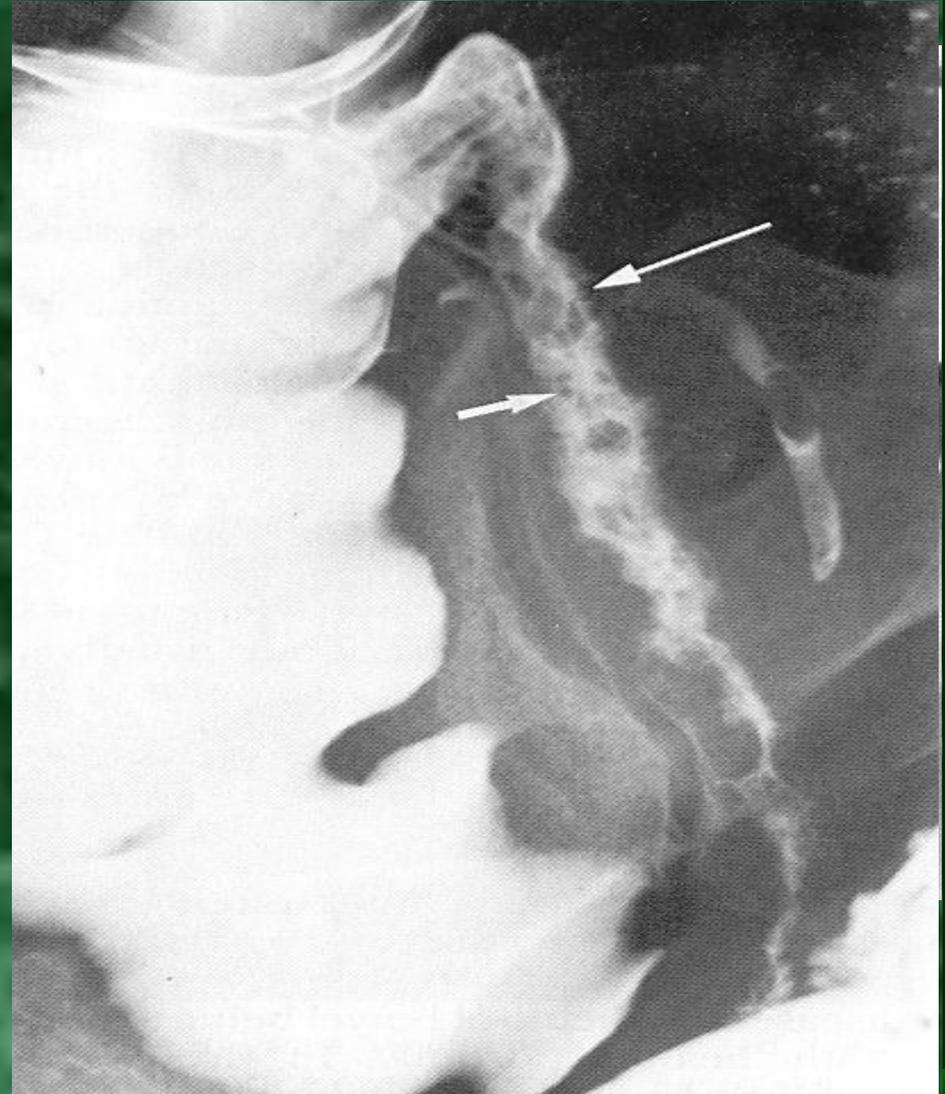
БК двенадцатиперстной КИШКИ



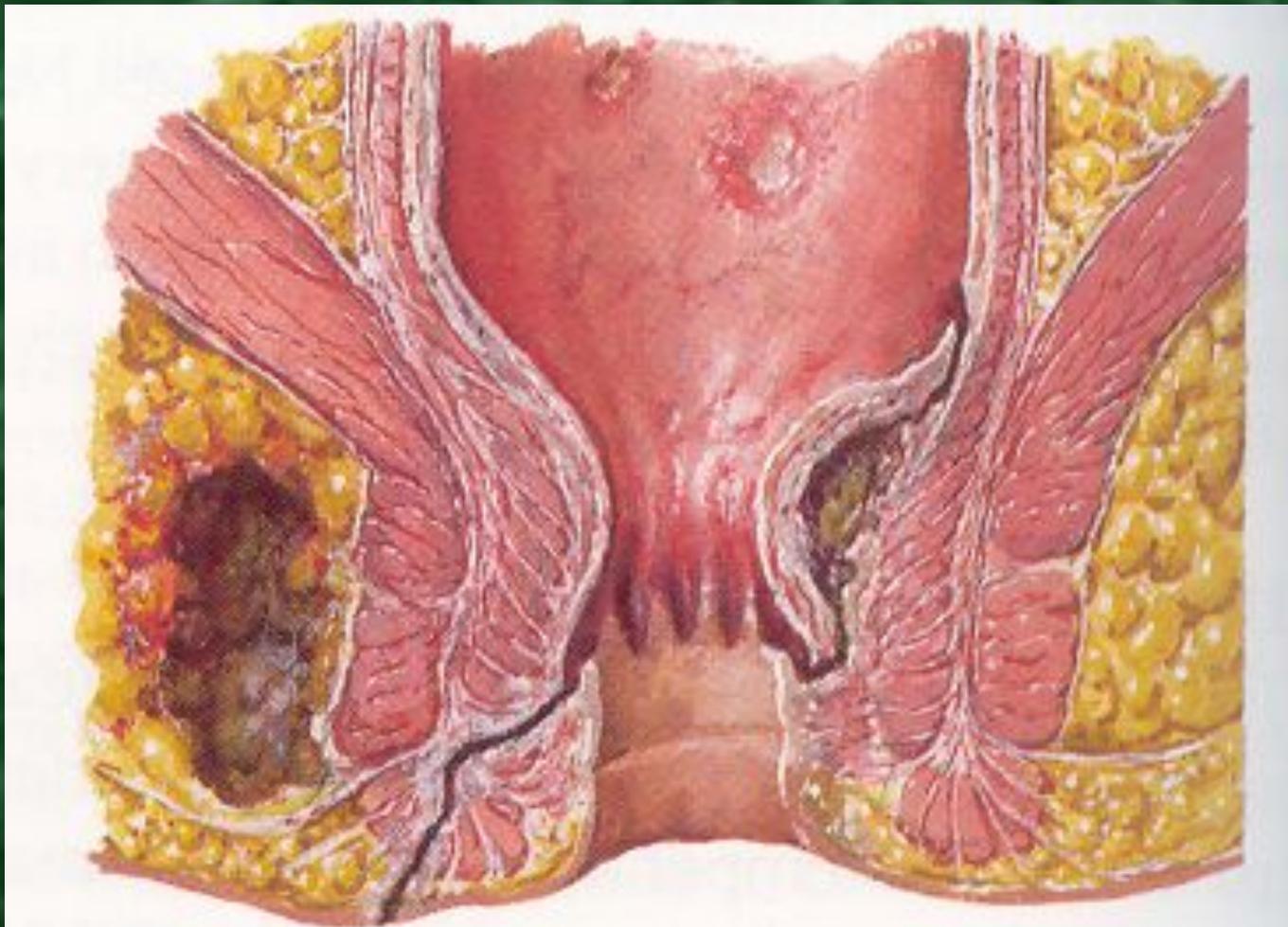
Классификация БК

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

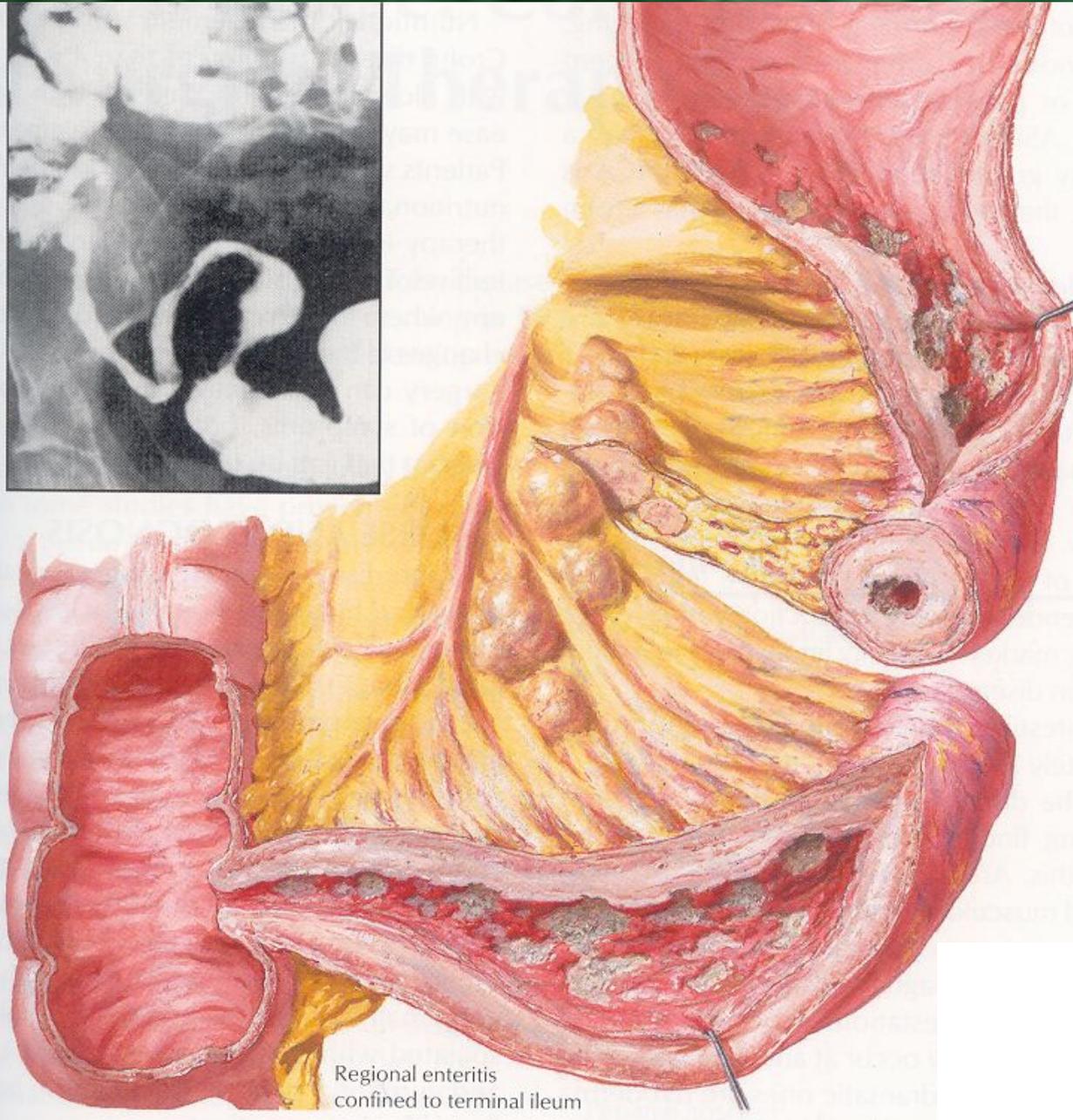
- токсическая (флегмона кишки, абсцесс, серозный перитонит)
- пенетрирующая (свищ, инфильтрат)
- стриктурирующая (кишечная непроходимость)



Кишечные осложнения при БК

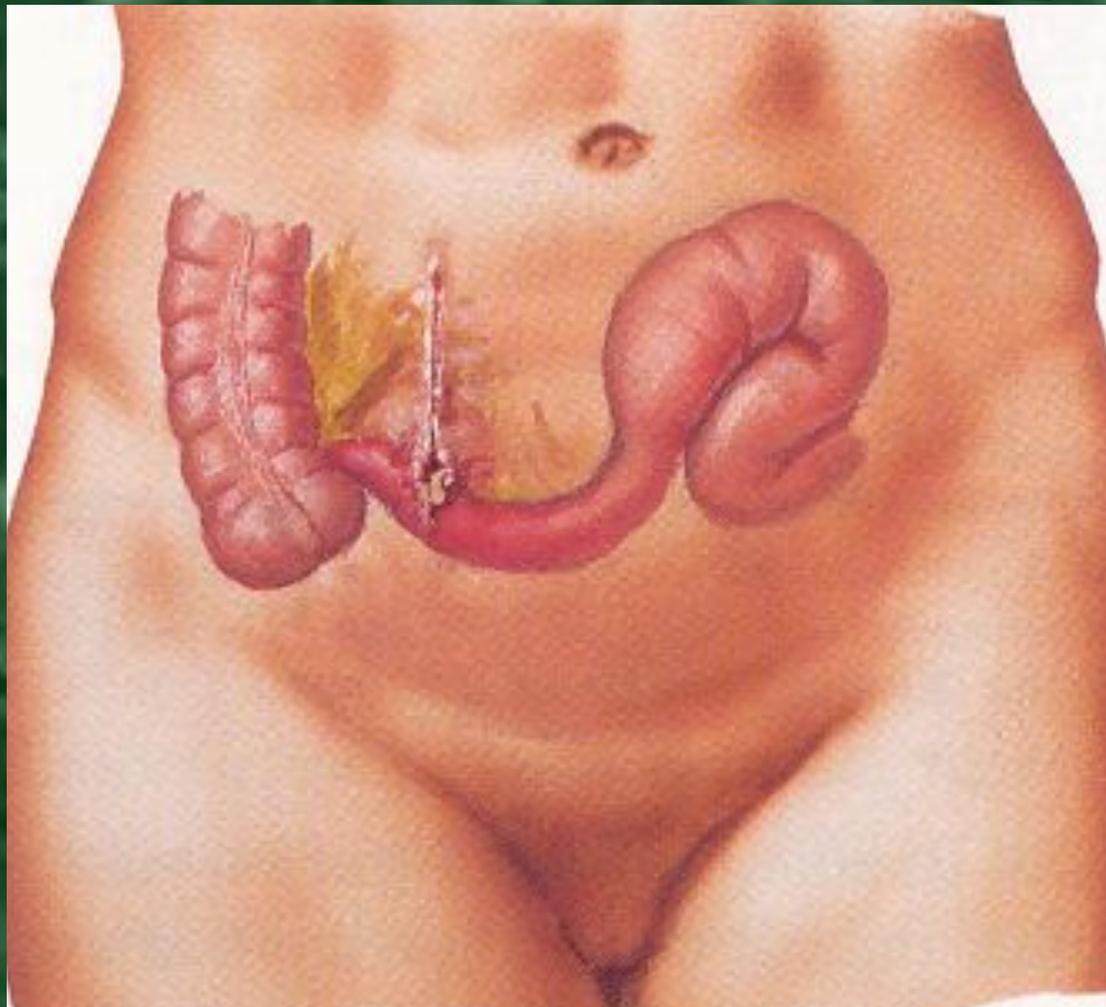


Перианальные поражения - **50%**



Стриктуры
– 30-50%

Кишечные осложнения при БК



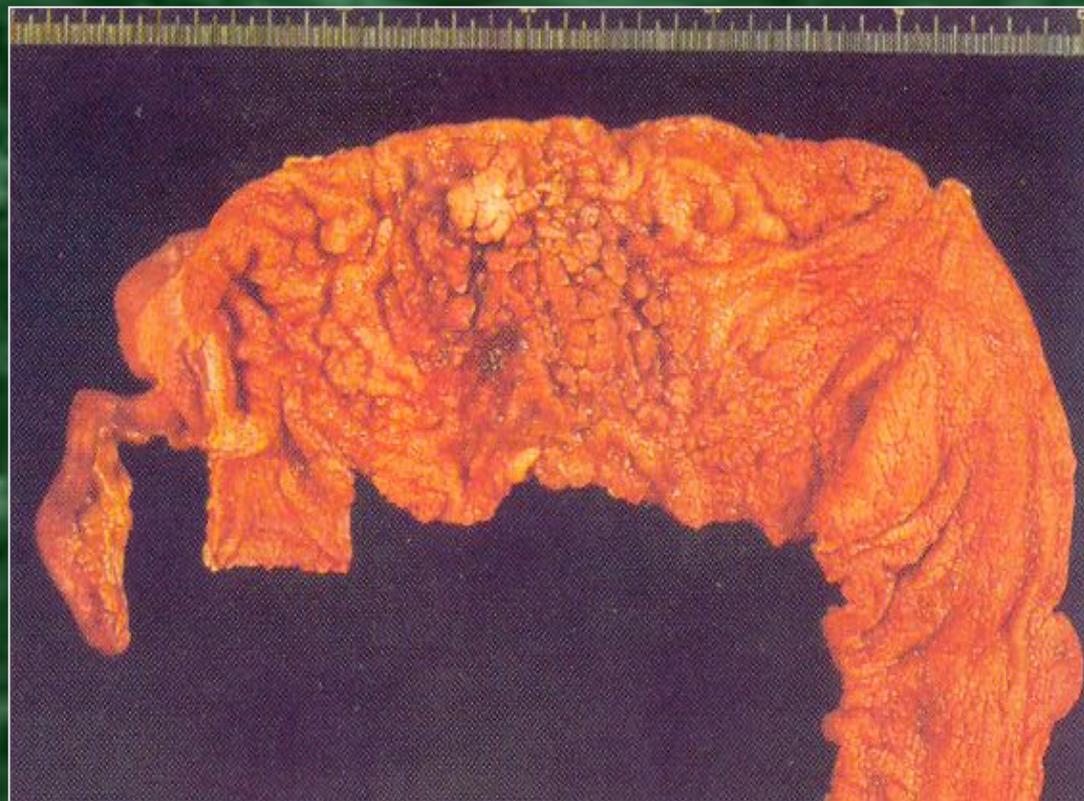
Свищи – 40%

Кишечные осложнения при БК



Абсцесс – 5-7%

Кишечные осложнения при БК (редкие)



- Токсическая дилатация – 1-2%
- Колоректальный рак – 0,5-1,0%

БК тонкой кишки

Клинические особенности:

- серозный перитонит
- инфильтрат, кишечный свищ
- частичная или полная кишечная непроходимость

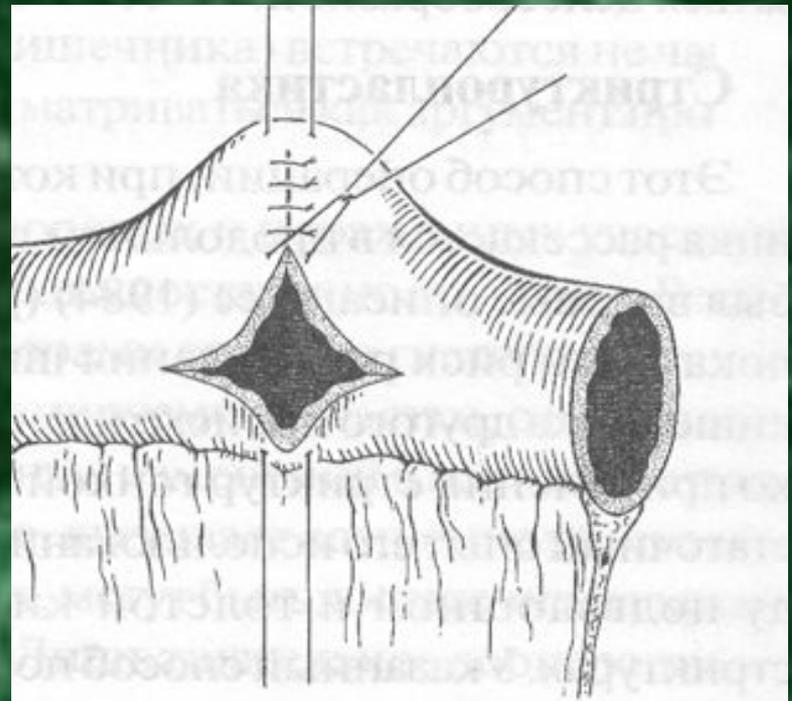


Виды операций при БК тонкой КИШКИ

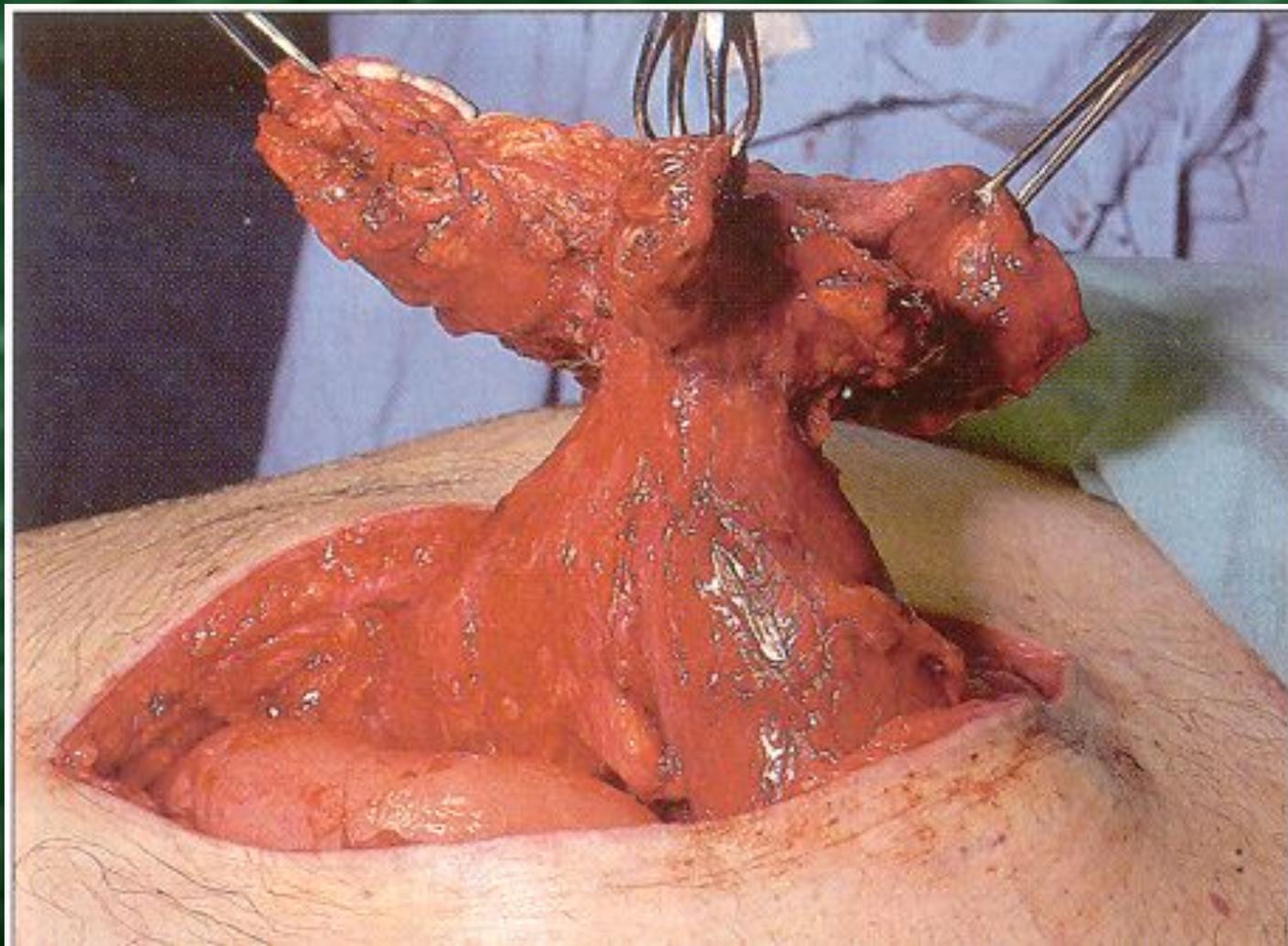
Показания к операции:

непроходимость (50-60%), свищи (30-35%)

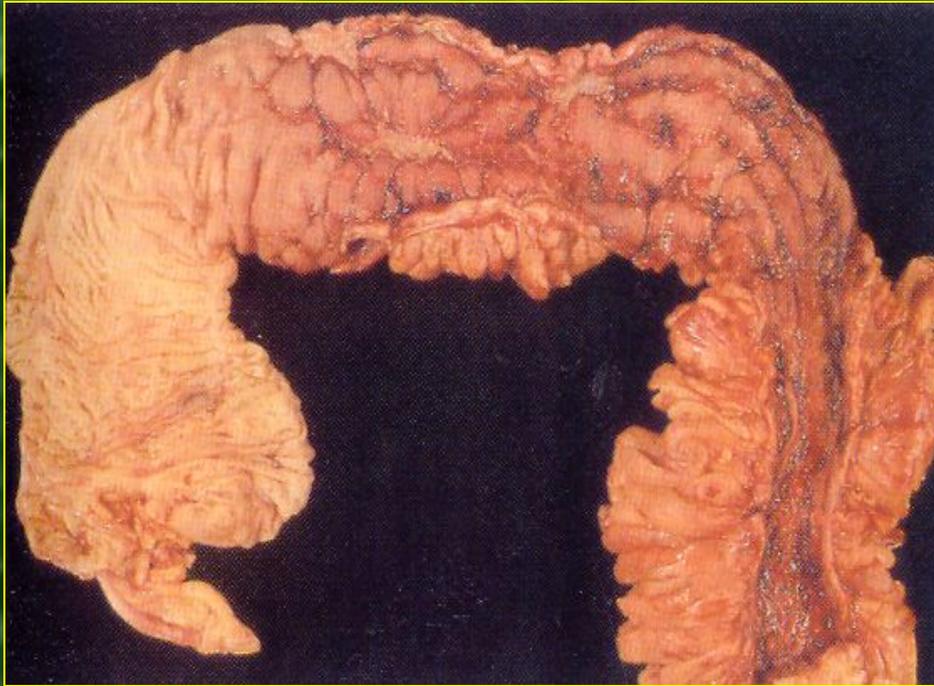
1. Резекция пораженного сегмента
2. Стриктуропластика
3. Обходной анастомоз



Резекция кишки, несущей свищ



БК толстой кишки



Субтотальный колит



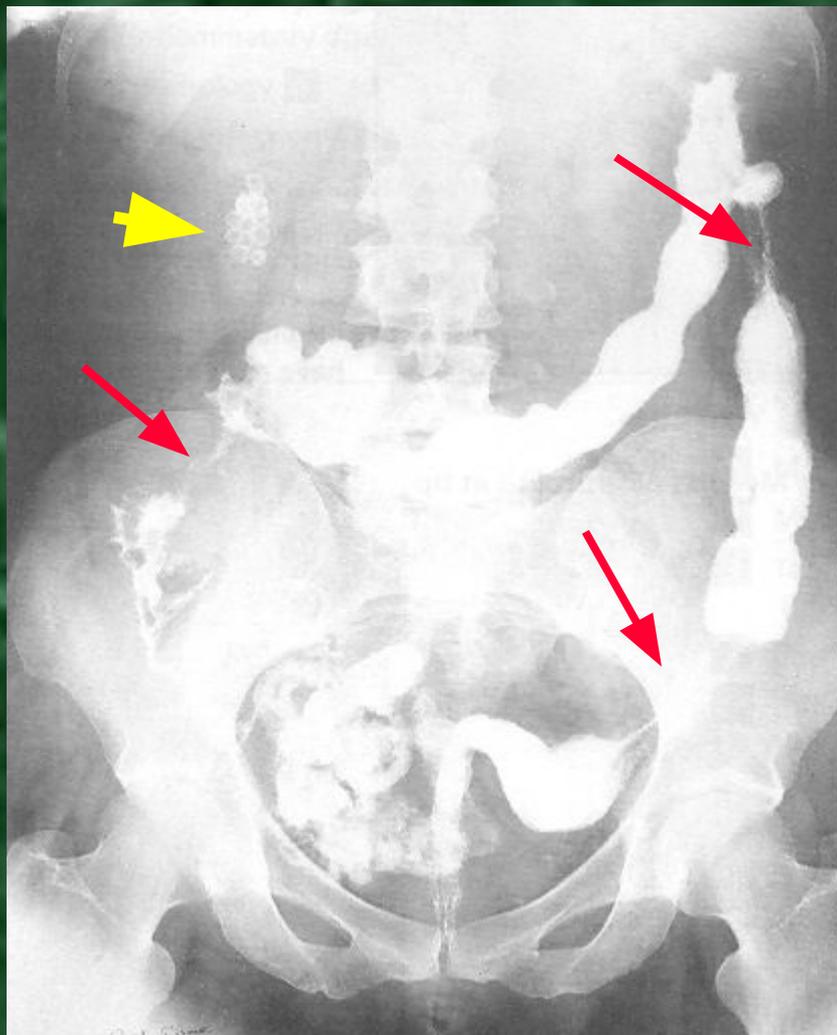
Перианальное поражение

БК толстой кишки



Перианальные поражения

Множественные стриктуры толстой кишки и холелитиаз



БК толстой кишки



Колоноскопия – глубокие язвы

БК толстой кишки

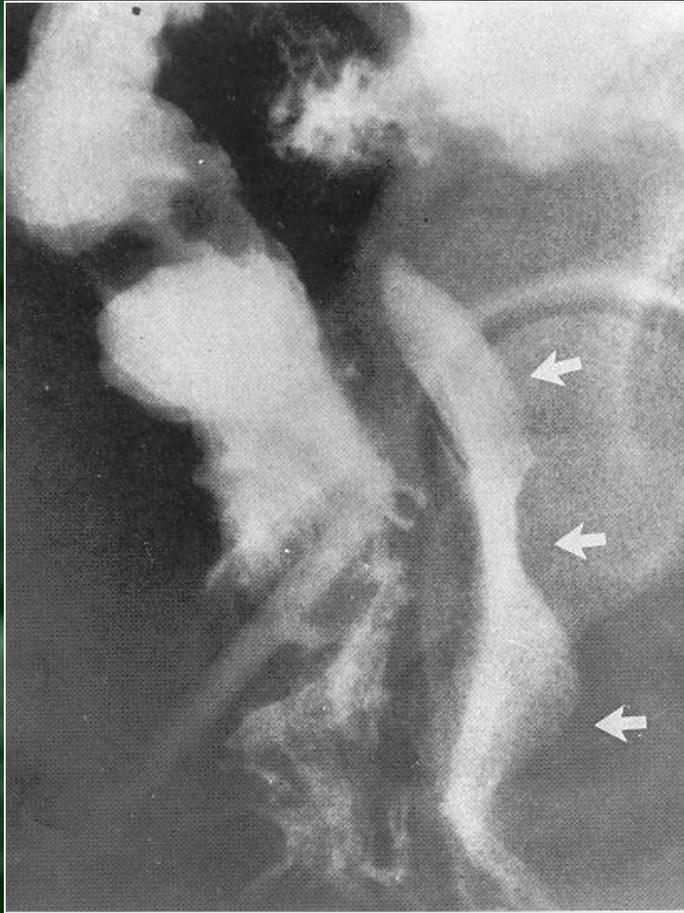


«Булыжная
мостовая»

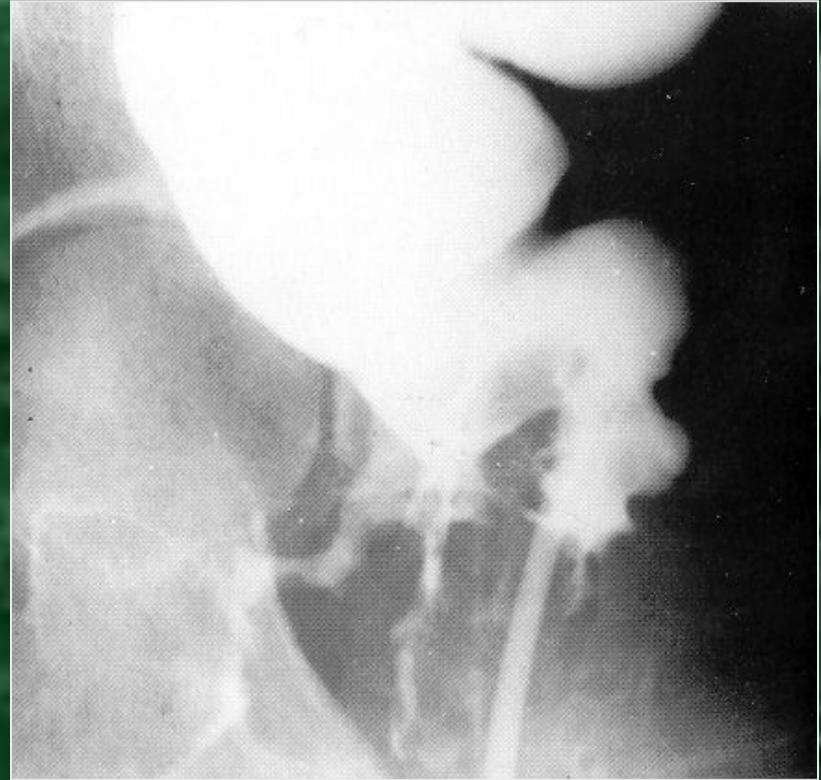


Толсто-тонкокишечная
фистула

БК толстой кишки



**Ректо-вагинальный
свищ**



**Множественные
свищи
прямой кишки**

Виды операций при БК толстой кишки

- **Сегментарная резекция** (свищи, локальные поражения)
- **Стриктуропластика** (ограниченные по протяженности стриктуры)
- **Колпроктэктомия** (панколит)
- **Колэктомия** (колит без поражения прямой кишки)
- **Илеостомия** (сепсис, перианальные поражения)

Противорецидивное лечение при болезни Крона

- **Преднизолон** – 30-40 мг\сут.
до 6-12 мес.
- **Азатиоприн** – 100-150 мг\сут.
до 2 мес.
- **Петаса** - 1.5-2.0 г\сут. - (при поражении тонкой кишки) или **Салофалк** (при поражении толстой кишки) - курс до 2 лет

Исходы лечения болезни Крона

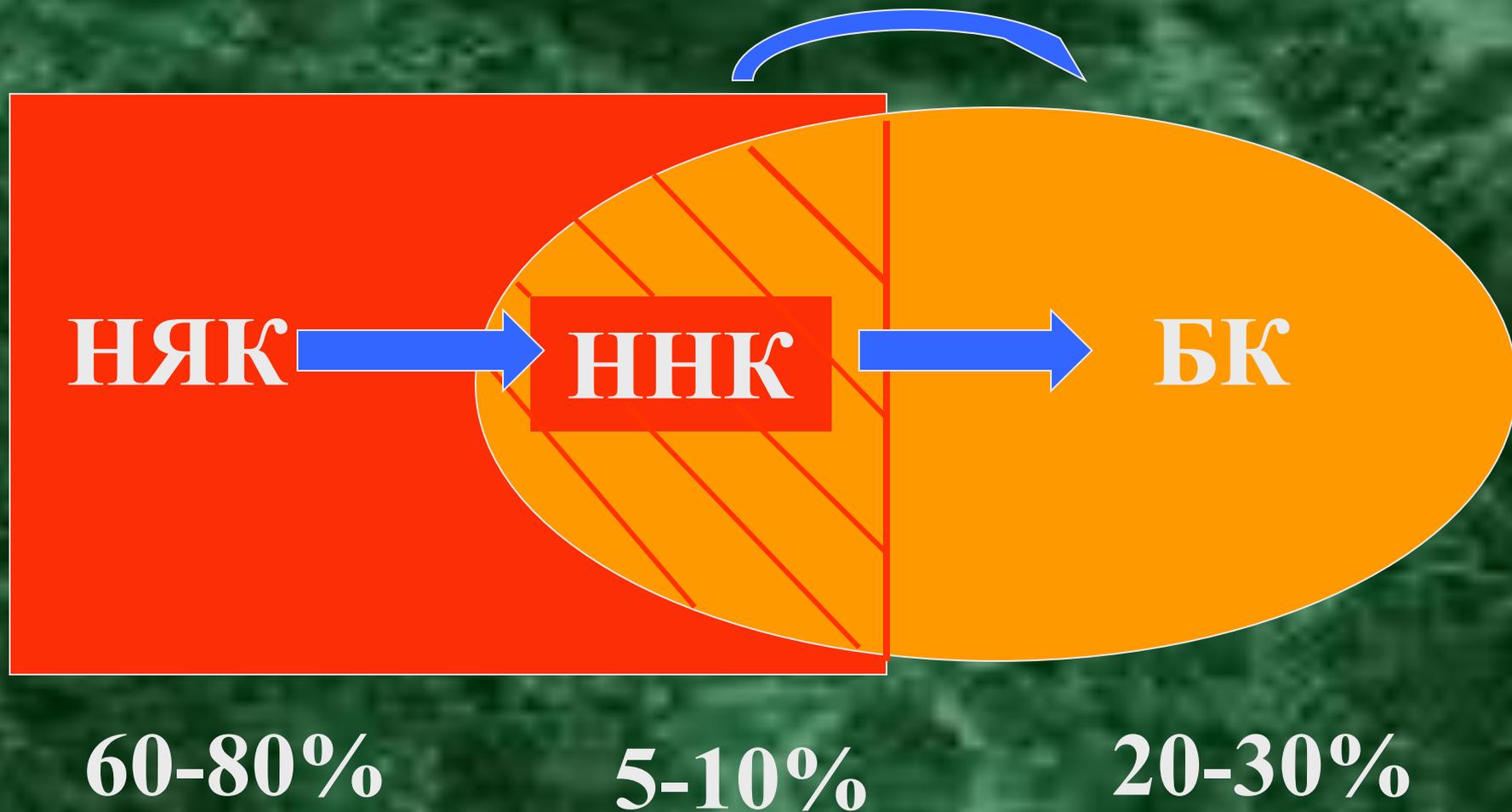
Частота рецидивов в течение года:

- **75-85%** без противорецидивной терапии
- **40-50%** на фоне лечения

Послеоперационная летальность:

- 3-9%** плановые операции
- 30-60%** экстренные операции

Трансформация клинической картины ВЗК



Стратегия иммунотерапии ВЗК

РЕАЛИИ - Кортикостероиды

- Неселективные иммунодепрессанты
(азатиоприн, 6-меркаптопурин, метатрексат)

- селективные иммуносупрессоры
(циклоsporин А, FK-506)

БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

- антитела к TNF (Инфлексимаб, Ремикейд)

- IL-10, антагонисты рецепторов IL-1

НАДЕЖДЫ И ФАНТАЗИИ

- антитела к IL-1, IL-11, IL-12, INF γ , CD4+

Резюме

Хотя болезнь Крона оперируют чаще , чем НЯК, излечить можно только язвенный колит, полностью удалив всю толстую кишку (проктоколэктомией).

Дивертикулез толстой кишки

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ:

8-10% популяции

30% взрослого населения

60% лиц старше 70 лет



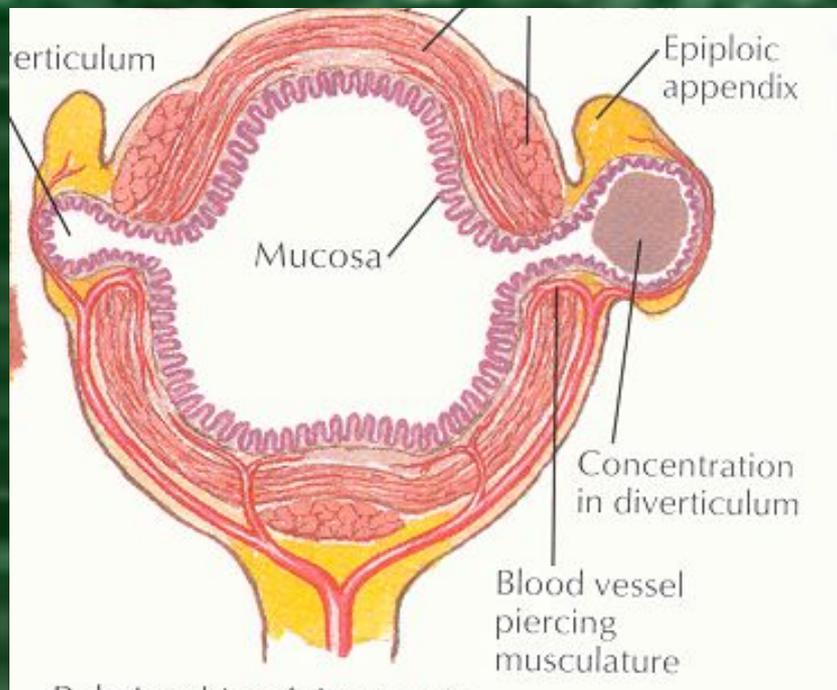
Этиология дивертикулярной болезни

За последние **100**
лет количество
растительной
клетчатки в
рационе европейцев
уменьшилось в
8-10 раз, а объем
стула - уменьшился
в **4** раза

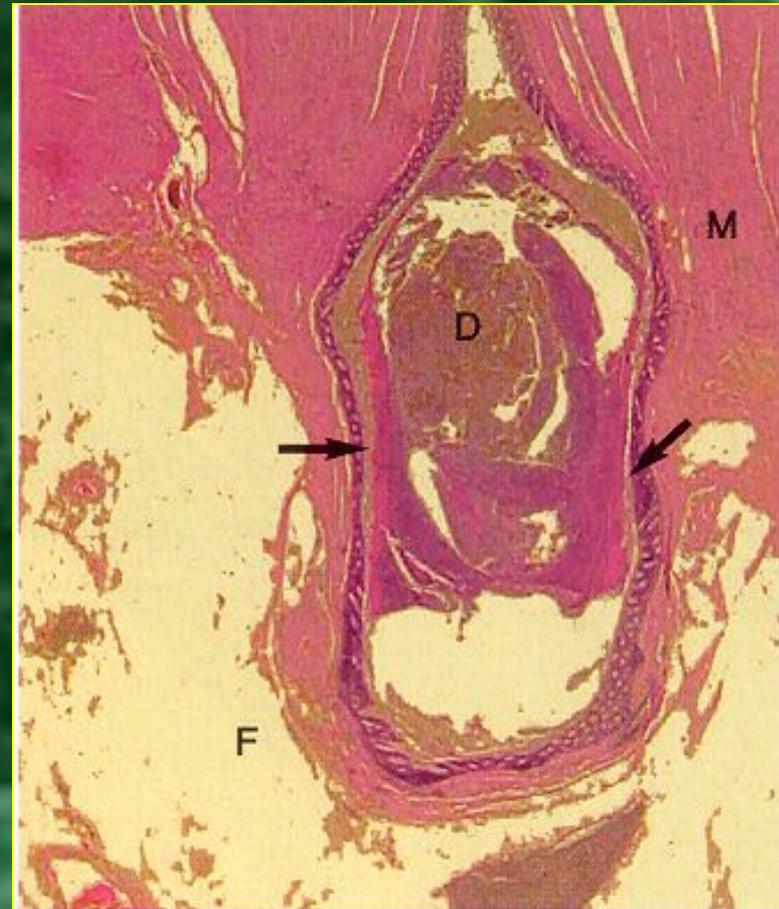


XVI век И. Бекелар
«Продавщица овощей»

Приобретенный псевдивертикул толстой кишки



**Схема
строения**



Микропрепарат



**Осложнения
острого
дивертикулита**

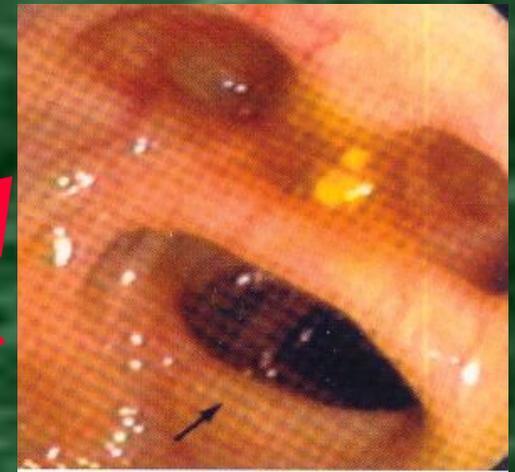
Механизм развития осложнений



**Множественные
дивертикулы**



**Окклюзия
каловым камнем**



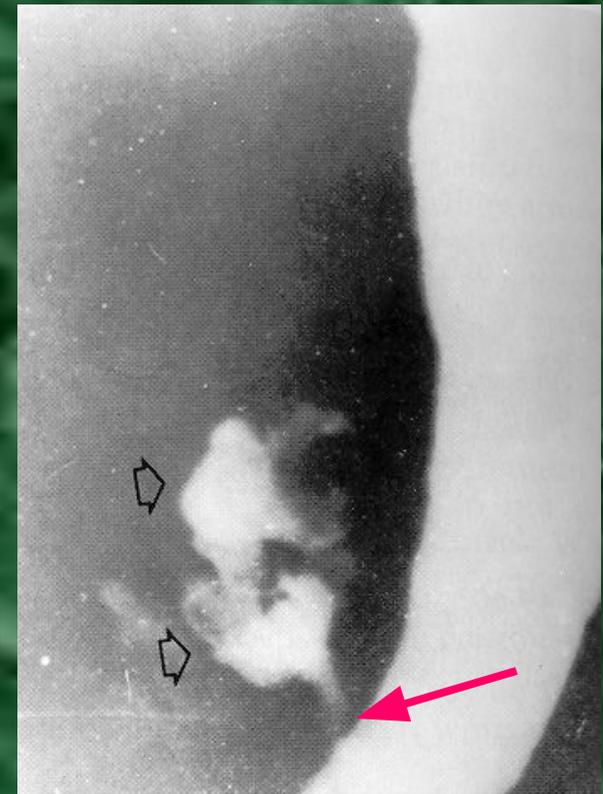
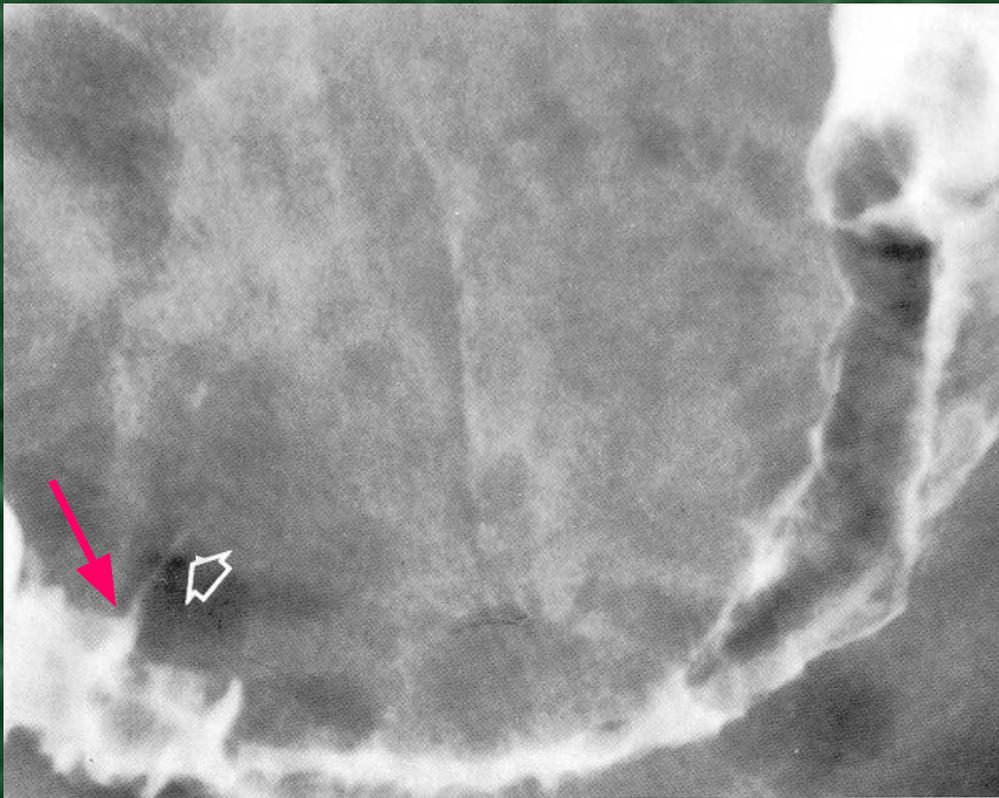
Хр. дивертикулит



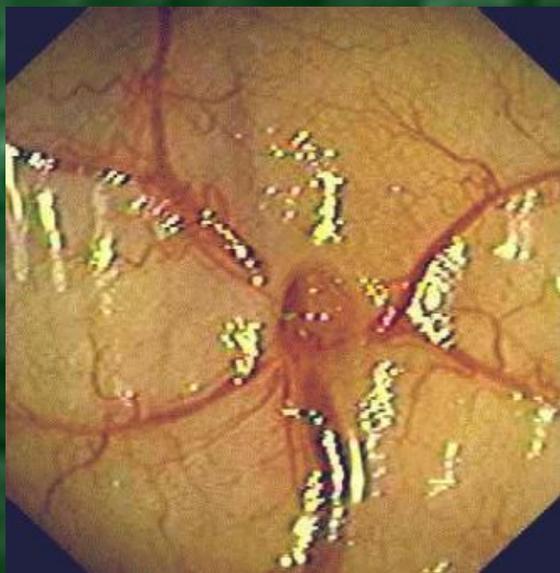
О. дивертикулит

ПОМНИТЕ !

***О.ДИВЕРТИКУЛИТ – это ВСЕГДА МИКРО- ИЛИ
МАКРОПЕРФОРАЦИЯ (может быть
прикрытой)***



Механизм развития осложнений

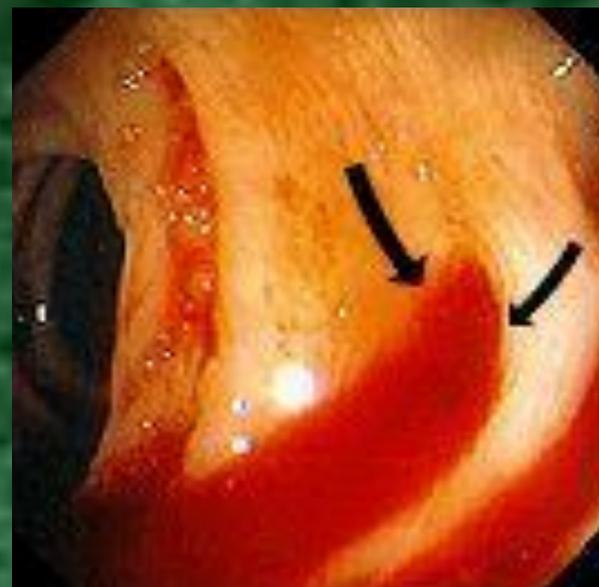


Устье
дивертикула



Хр. дивертикулит

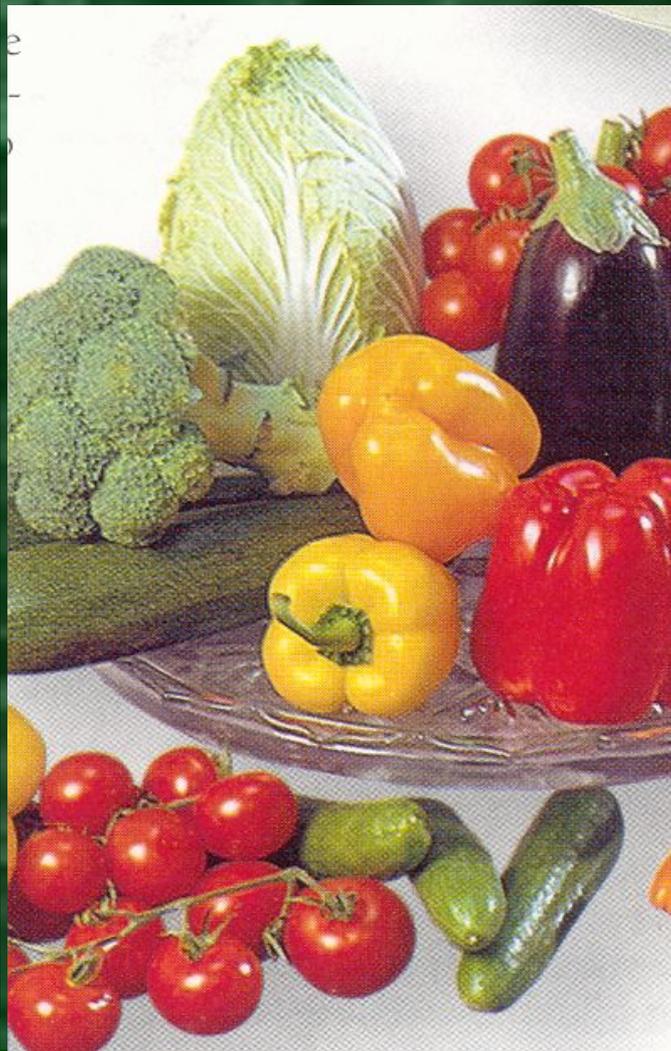
Кровотечение
из дивертикула



Классификация дивертикулеза ТОЛСТОЙ КИШКИ

1. **Бессимптомный**
2. **С клиническими проявлениями (боли, запоры, поносы, патологические примеси к каловым массам)**
3. **Осложнения:**
 - **Острый дивертикулит – 25-35%**
 - **Инфильтрат, абсцесс – 8-10%**
 - **Перфорация дивертикула – 6-8%**
 - **Свищи – 1-3%**
 - **Кровотечения – 8-12%**
 - **Острая кишечная непроходимость – 3-5%**

Принципы лечения хр. дивертикулита



1. Ежедневно 5-7 разновидностей фруктов и овощей (0,5-1.0 кг)
2. Слабительные набухающего действия (мукофалк, агиолакс, форлакс, метилцеллюлоза)
3. Спазмолитики (мебеверин, дицител, метеоспазмил)
4. Желчегонные (хофитол, цинарикс)
5. Ферменты
6. Пробиотики и эубиотики

Лечение острого дивертикулита

1. Постельный режим
2. Диета 0 (1-2 дня), затем стол 4.
3. Инфузионная терапия – 30-40 мл\кг\сут
(Кристаллоиды, коллоиды, детоксикационные среды)
4. Цефалоспорины 2-3 поколения + Метрогил в\в
7-10 дней, затем нитрофураны и\или
фторхинолоны 10-14 дней per os

Обследование только на фоне стихания процесса
(ирригография, колоноскопия) !

Показания к хирургическому лечению (абсолютные)

1. Неэффективность лечения о.дивертикулита (SIRS, перитонит).
2. Абсцесс, перфорация
3. Профузное кровотечение
4. Острая кишечная непроходимость
5. Невозможность исключить колоректальный рак



Показания к хирургическому лечению (относительные)

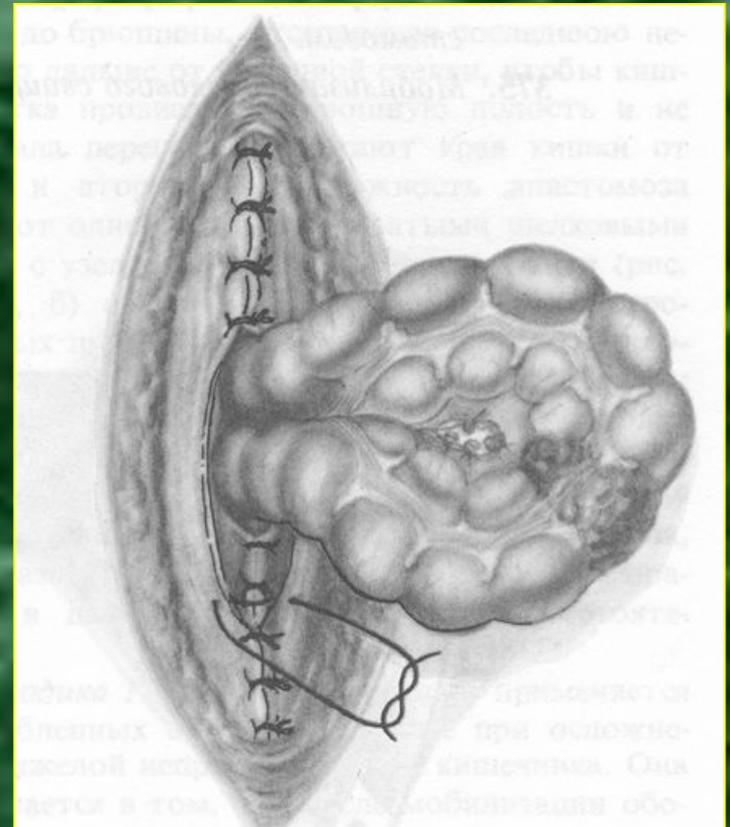
1. Хр. рецидивирующий дивертикулит
2. Свищи
3. Инфильтрат
4. Рецидивное кровотечение



Неотложные операции при осложнениях дивертикулярной болезни

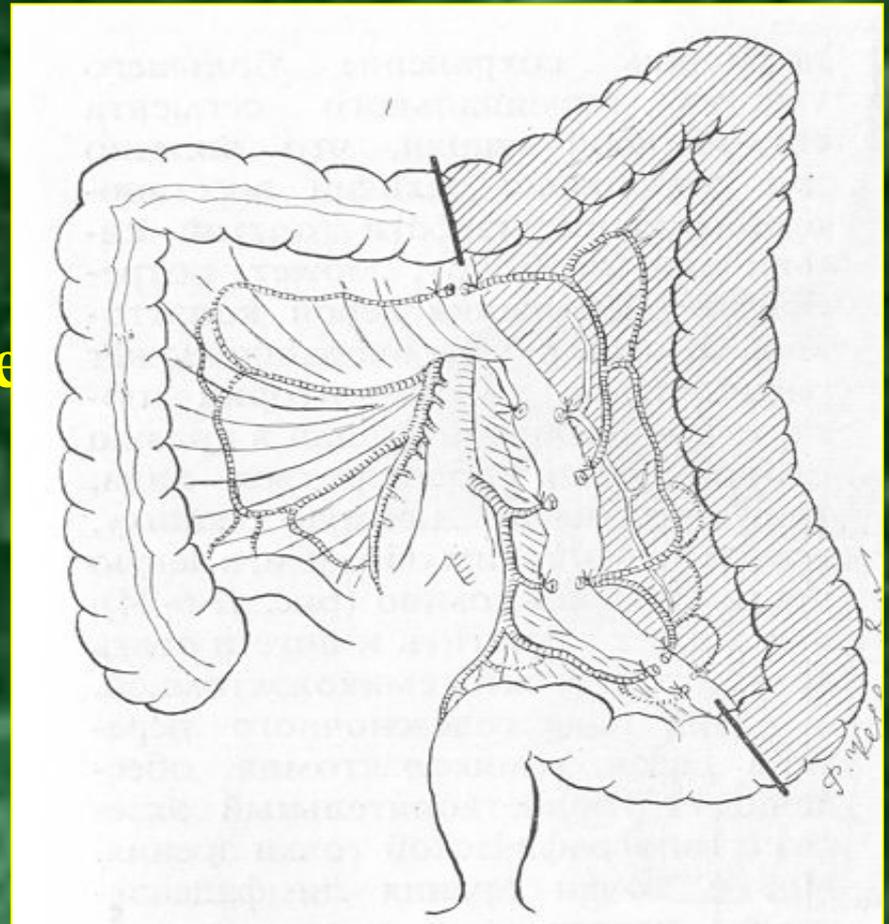
- **обструктивная резекция**
- **КОЛОСТОМИЯ**
- **экстериоризация
пораженного сегмента
кишки(при перфорации)**

**Отказ от межкишечного
анастомоза !**



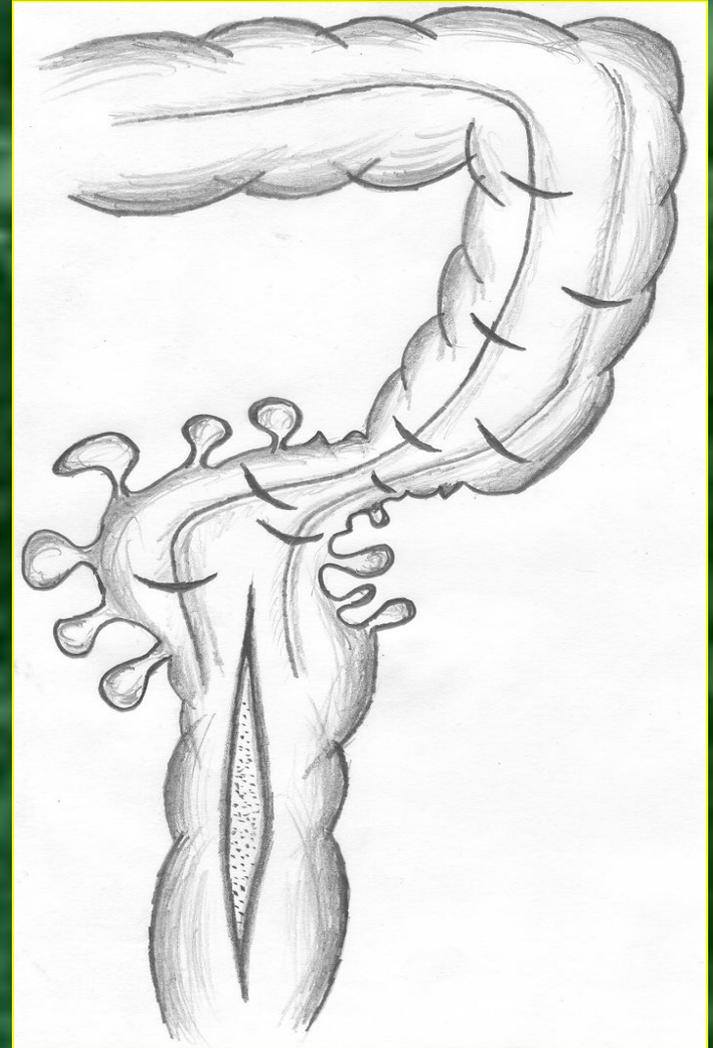
Кровотечения при дивертикулярной болезни

- редко профузные
- остановка методом бариевой клизмы (ирригография) или при колоноскопии, реже – при ангиографии
- операция выбора гемиколэктомия (колэктомия)



Плановые операции при дивертикулярной болезни

- резекция пораженного участка кишки с межкишечным анастомозом
- органосберегающая серозомиотомия по Reilly-Hodgson



Результаты лечения дивертикулярной болезни

ОСЛОЖНЕНИЯ:

3-7% - В «ХОЛОДНЫЙ» ПЕРИОД

15-25% - В «ОСТРЫЙ» ПЕРИОД

ЛЕТАЛЬНОСТЬ:

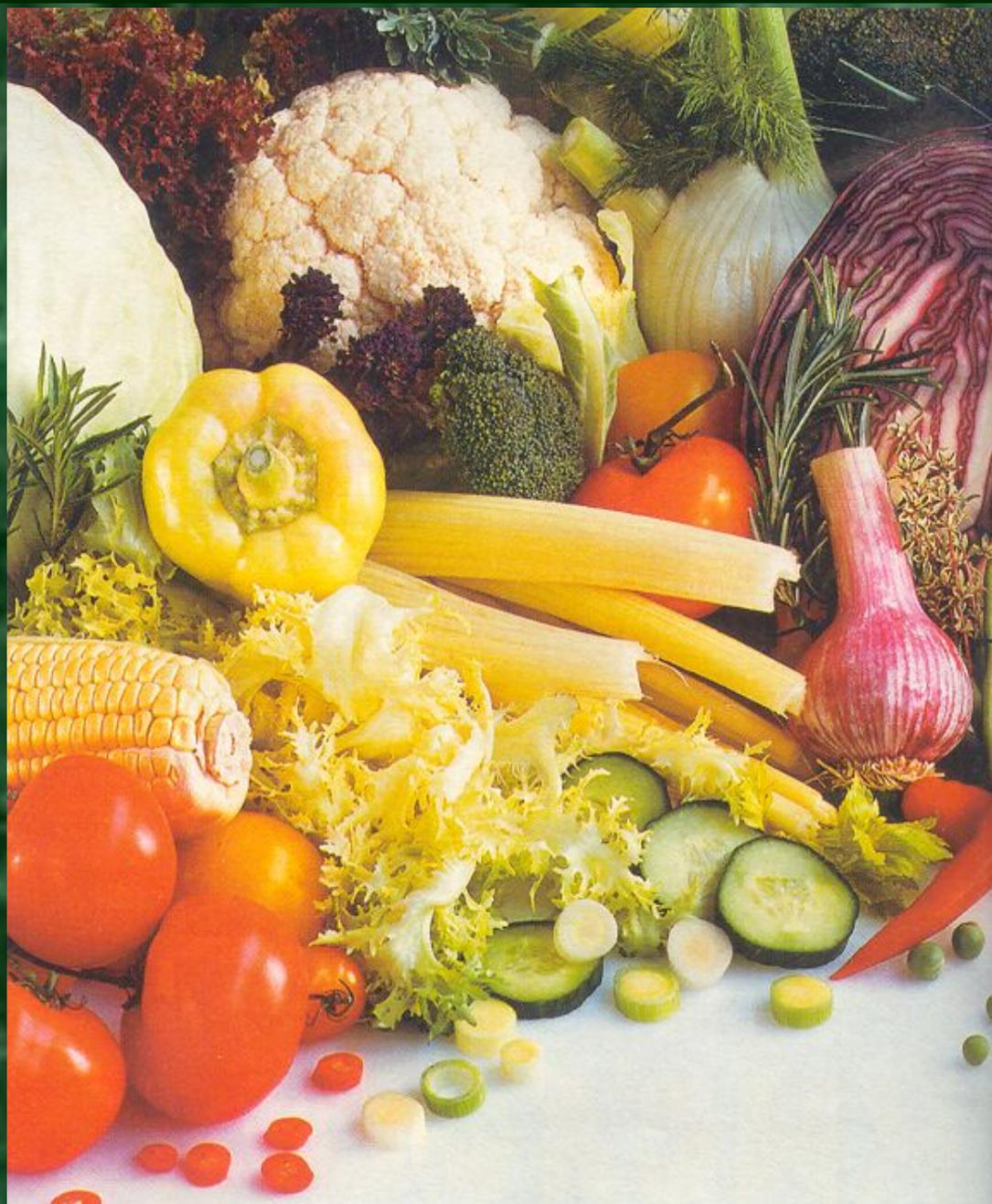
0-1% - ПЛАНОВЫЕ ОПЕРАЦИИ

6-10% - ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ



**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ !**

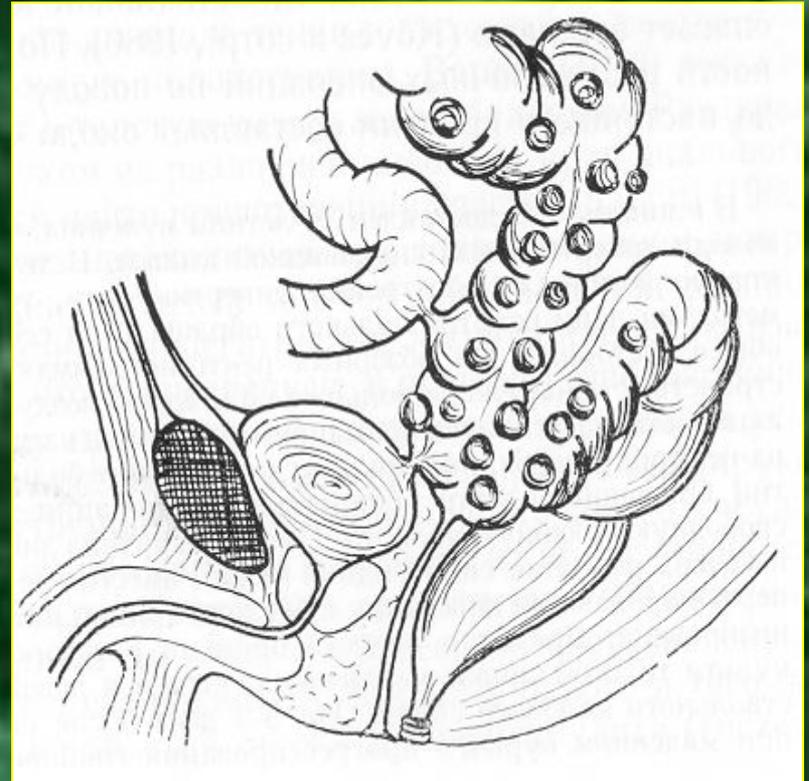
G.Arcimboldo 1591



Осенний букет

Свищи при дивертикулярной болезни

- САМОСТОЯТЕЛЬНО НЕ
ЗАКРЫВАЮТСЯ
- ХИРУГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ В ОДИН ИЛИ
НЕСКОЛЬКО ЭТАПОВ



Клинические проблемы при дивертикулярной болезни

- Лечение хронического дивертикулита с **болью и запорами** у стариков (от 30 до 50%)
- **Причина перитонита** (4-ая по частоте)
- **Дифференциальный диагноз** между дивертикулезом и колоректальным раком
- **Объем резекции** у больного КРР на фоне дивертикулеза толстой кишки

Советы:

1. Дивертикулярную болезнь следует заподозрить у лиц старше 50 лет с **болью в животе , нарушениями стула**, а также - при **кишечном кровотечении и анемии**.
2. При обнаружении дивертикулеза толстой кишки следует **исключить колоректальный рак**.

Признаки аутоиммунного воспаления при ЯК и БК

- Связь с определенными **HLA-антигенами**
- **Лимфоплазматическая инфильтрация** в очаге поражения
- Противотканевые **аутоантитела**
- **Системность** поражения
- Эффективность лечения **кортикостероидами и иммуносупрессорами**

Критерии резистентности к терапии

1. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

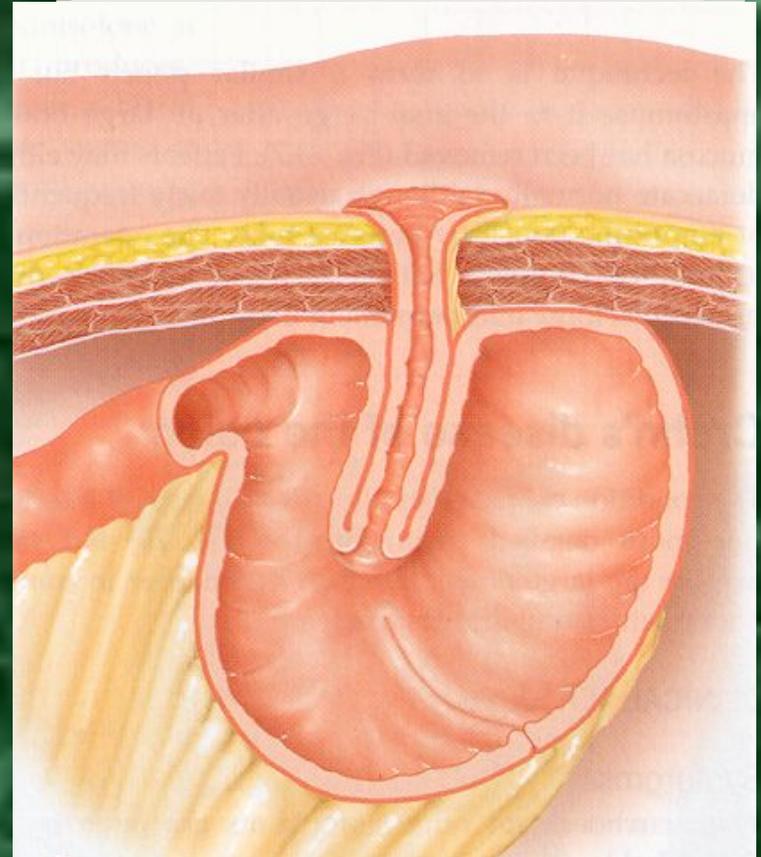
- дефицит массы тела более 20%
- нарушения КЩС и ВЭБ
- анемия (Нв менее 5г%, Нст менее 25%)
- гипопроотеинемия (менее 4.0 г%)
- внекишечные осложнения

2. **КИШЕЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ** (стул чаще 6-8 раз в сутки или объемом более 1 л в сутки)

3. **ИНТОКСИКАЦИЯ (SIRS)**

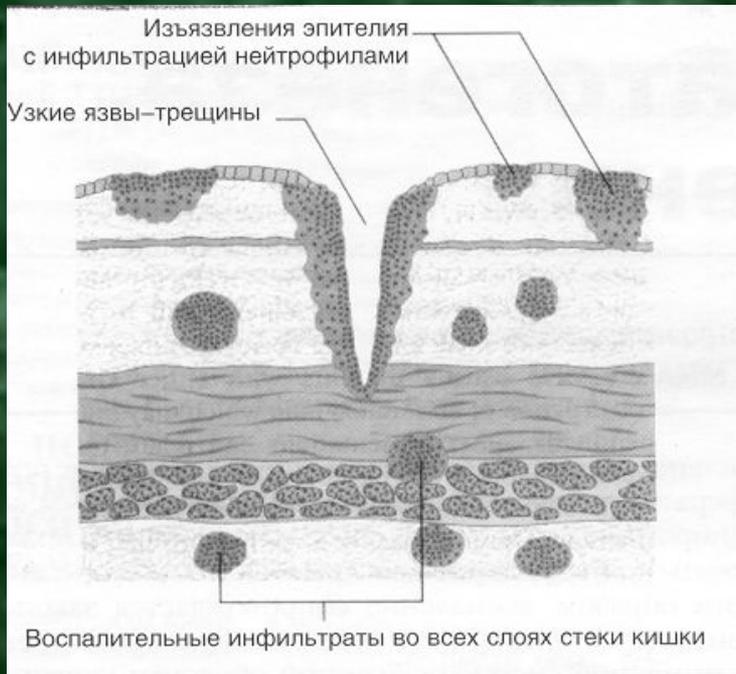
Показания к илеостомии при болезни Крона

- Сепсис
- Кахексия
- Периаанальные
осложнения
- Необходимость
отключения
кишки



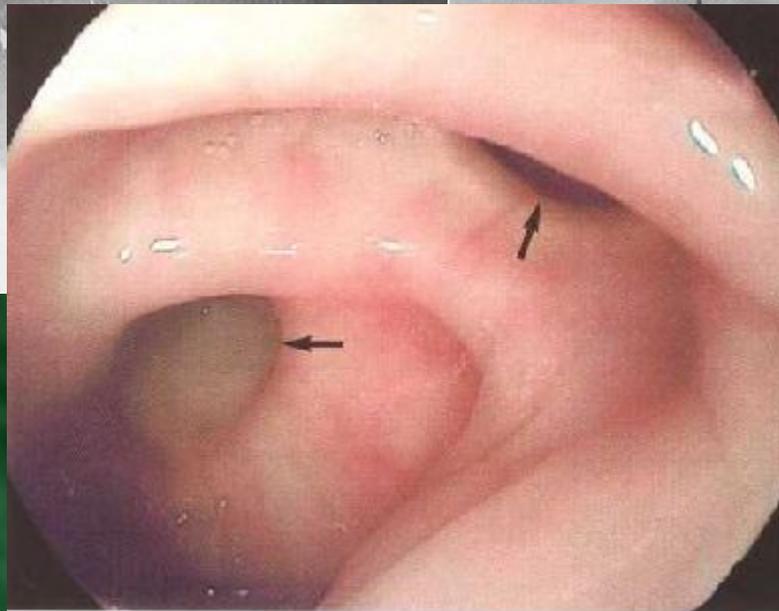
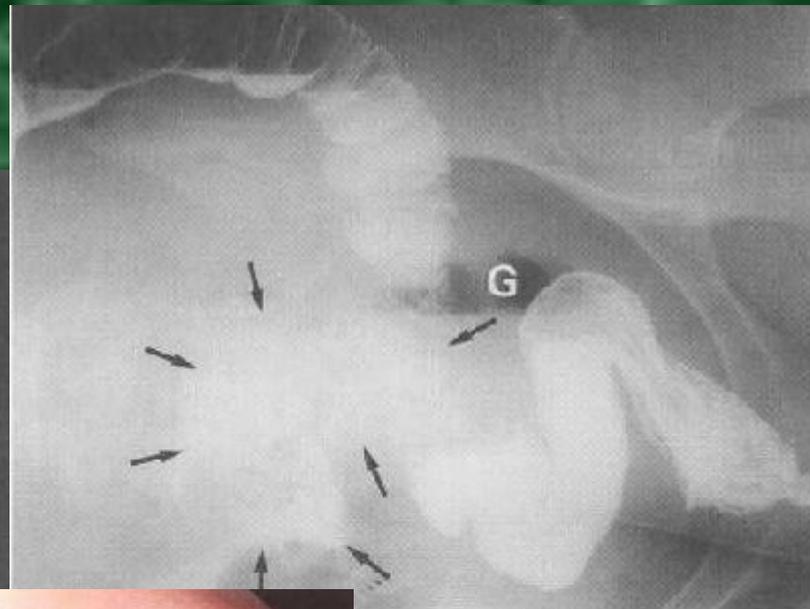
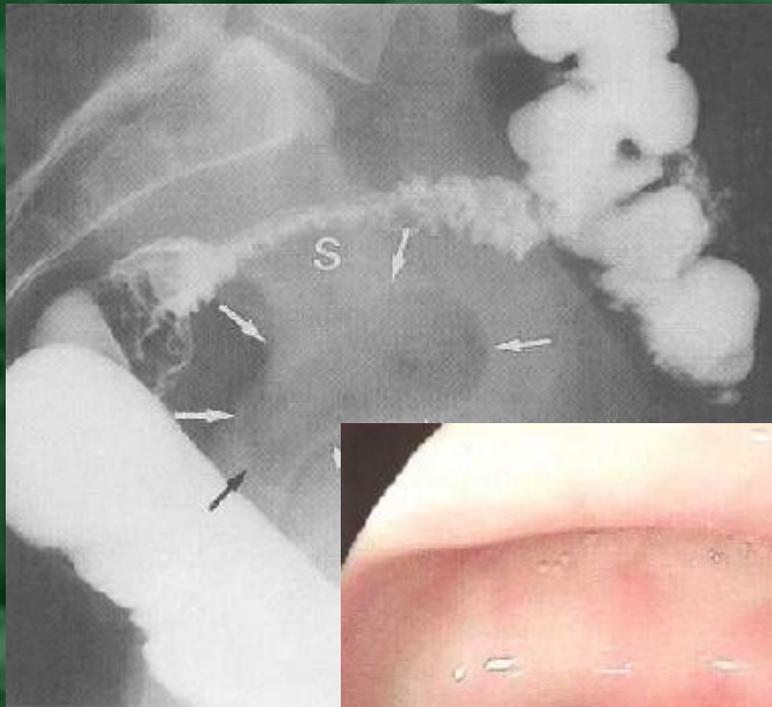
Инфильтрат при БК

Это зона вторичного воспаления вокруг глубокой пенетрирующей язвы-трещины, формирующей неполный кишечный свищ



NB !

**НЕ РАЗДЕЛЯЙ
ИНФИЛЬТРАТ ПРИ БК -
ПОЛУЧИШЬ НАРУЖНЫЙ
КИШЕЧНЫЙ СВИЩ !**



Abscess due to perforated diverticular

70-year-old woman who presented with abscess, a mass in the left iliac fossa and a fever. She was treated with antibiotics but the pyrexia persisted. Endoscopic view of the recto-sigmoid region shows spasm of the distal sigmoid **S** due to spasm and a gas-filled abscess (outline arrowed) antero-inferiorly (outline of gas in a large pelvic abscess, side upwards) of the same patient. This is a barium examination. This shows barium which is contained in the diverticulum (outline arrowed). Note also a fluid-filled abscess (outline arrowed) within the abscess. At laparotomy, the abscess was found to be walled off. This patient had the sigmoid colon excised and the end of the sigmoid was resected as a terminal colostomy in the left iliac fossa. 3 months later, the bowel was

reconnected.

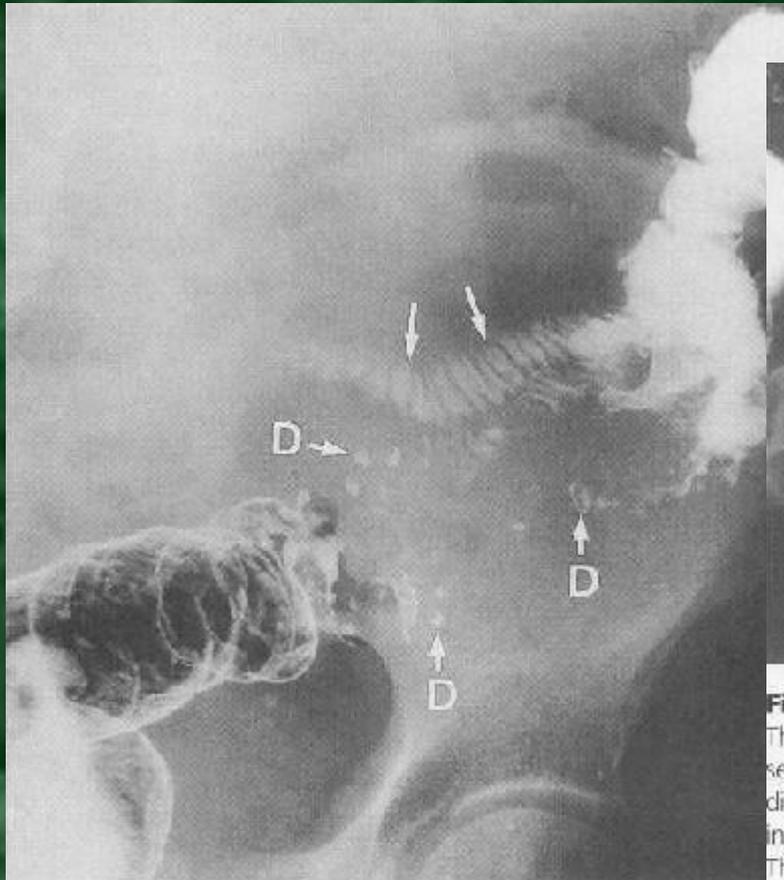


Fig. 22.8 Diverticular fistula into the distal ileum

Barium enema of a 61-year-old man with a recently erratic bowel habit, who presented with pain and tenderness in the left iliac fossa. The X-ray shows the sigmoid colon, although part of it is poorly filled with barium which is only seen in the diverticula **D**. There is a loop of small bowel which contains contrast (arrowed), indicating the presence of a colo-ileal fistula caused by peridiverticulitis.



Fig. 22.9 Diverticular stricture in the sigmoid colon

This 54-year-old man suffered several attacks of diverticulitis which settled with antibiotics. This frontal view of a barium enema shows diverticula **D** in the upper sigmoid colon and circular muscle hypertrophy in the distal sigmoid colon (arrowed) typical of diverticular disease. There is a stricture **S** near the recto-sigmoid junction. This stricture does not show the typical 'shouldering' of a carcinoma, although carcinoma could not be excluded on barium enema. Colonoscopy confirmed that it was benign. This patient later had a severe attack of diverticulitis which required surgery and a Hartmann's operation was performed.

Причины развития осложнений

1. ОБЪЕКТИВНЫЕ

- молниеносные формы
- гормонрезистентность

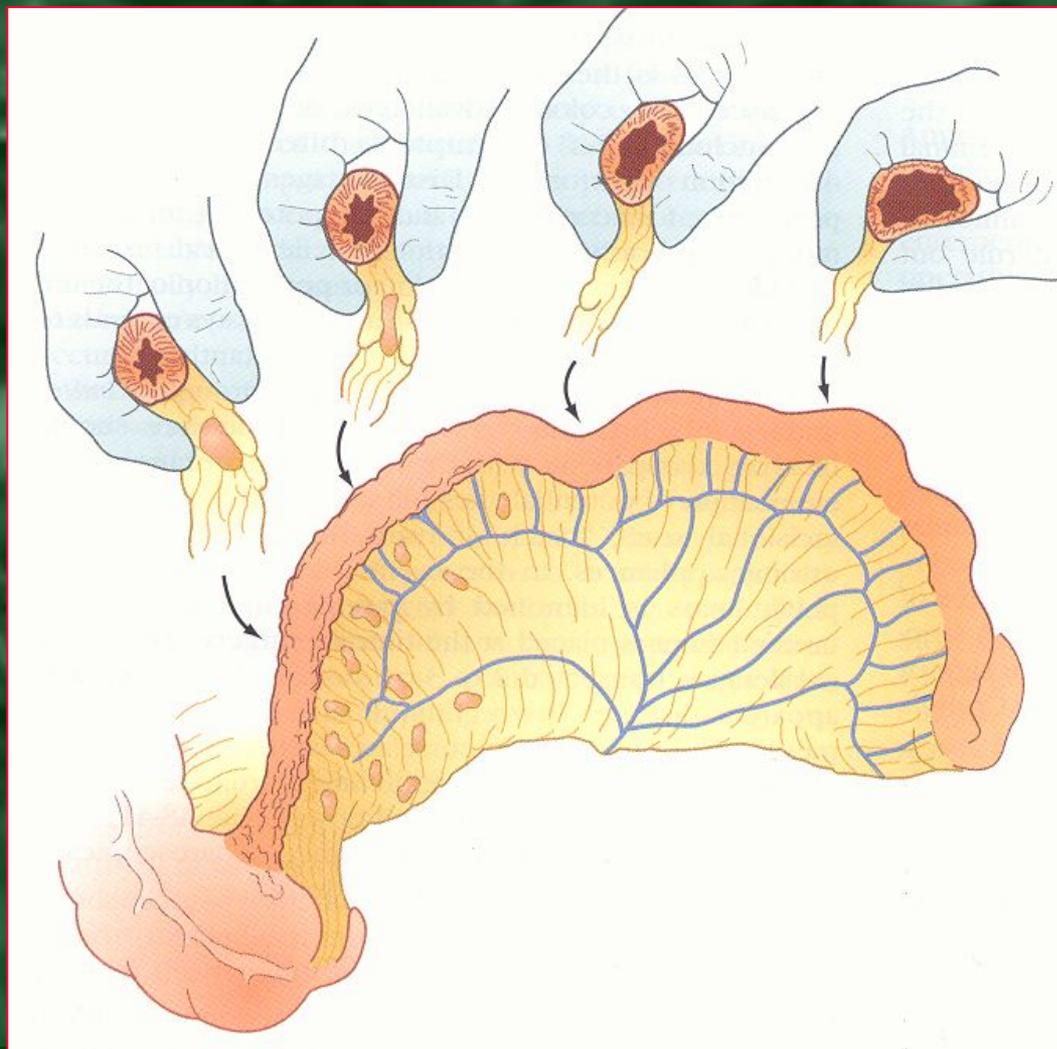
2. СУБЪЕКТИВНЫЕ

- запоздалый диагноз
- неполноценная терапия
- избыточные исследования на высоте обострения (колоноскопия, ирригография)

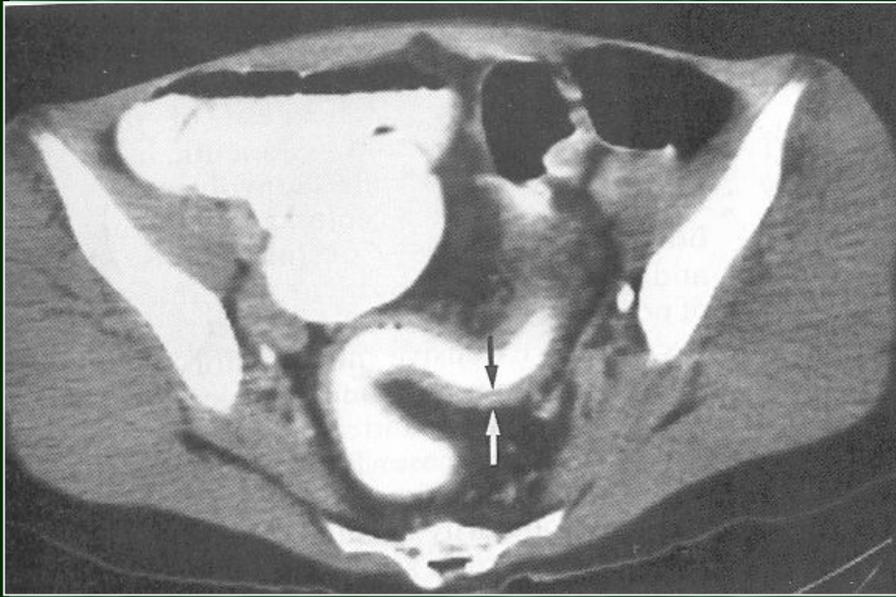
NB!

Для диагностики развивающихся осложнений достаточно измерить суточный объем кала, провести RRS, выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости

Выбор места пересечения тонкой кишки при ее резекции



БК толстой кишки



**Флегмона сигмовидной
кишки**



**МРТ: трансфинктерный
абсцесс**

Прогноз эффективности терапии при хр. дивертикулите

