

Разположени са изцяло интраперитонелно – йеюнуът в левия хипохондриум и около пъпа, а илеуът – в малкия таз.

Ширина – 1.5-2.5 см.

Зпочва от **flexura duodenojejunalis** (**ligamentum Treitz**) на височината на L 1- L 2 в ляво от гръбначния стълб и завършва в дясната илиачна област, преминавайки в цекума. Лигавични гънки (на **Kerkring**), високи 5-8 мм. – по-гъсто разположени в йеюнума; перест, папратовиден релеф.

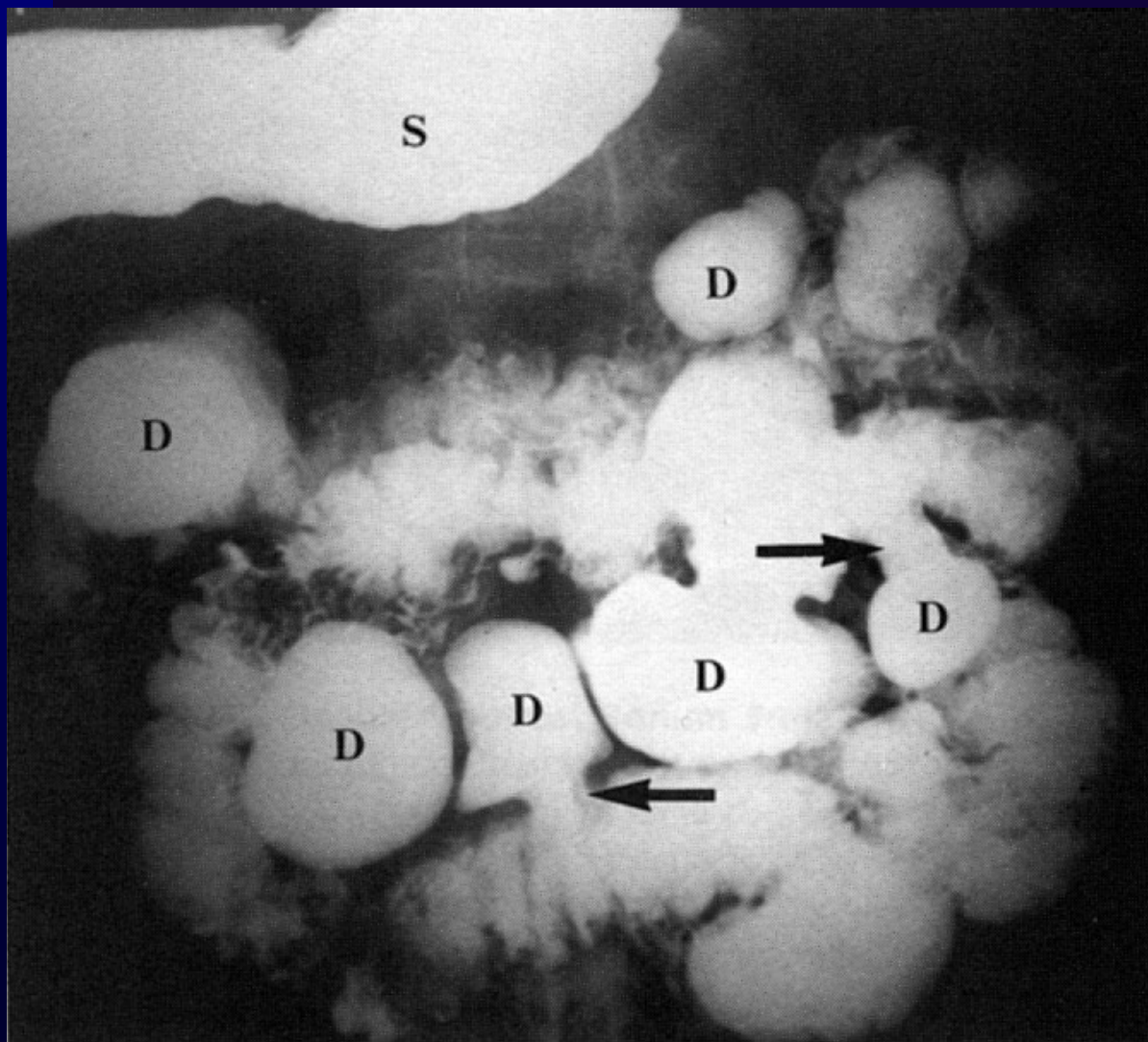
Вродени заболявания на тънките черва

1. Situs viscerum inversus
2. Enterocystoma /удвояване на тънкото черво/ – най-често в ileum terminale, от страна на мезото. При връзка с лумена на тънко черво
ДД: с Мекелов дивертикул. Диагностика – Ехо; СТ.
3. Стенози – мембрана с единичен или решетъчен отвор. Локализация – предимно в преходната зона йеюnum – илеум. При обзорна рентгенография – неравномерно разпределение на газовите колекции. Контрастно рентгеново изследване – с уротропна к.м.! – престенотична дилатация, стенозна перисталтика. Симптом на **Koenig** – преливане на течност от бримка в бримка, като газовите колекции се натрупват.

Вродени заболявания на тънките черва

4. Атрезии – най-често в йеюнума, на едно или няколко места.
Клинично: детето повръща мекониум.
Рентгенологично: /графия в право положение/ - хидроаерични сянки. Дистално липсва газ. Контрастно рентгеново изследване не се прави.
5. Дивертикули – обикновено са истински /трислойни/ и множествени, локализират се в йеюнума, от 3 mm до 3 cm в диаметър. Винаги имат собствена шийка, разположена перпендикулярно на лумена на червото.
6. Diverticulum Meckeli
7. Mesenterium commune
8. Meconium ileus

Тънкочревни дивертикули



Мекелов дивертикул

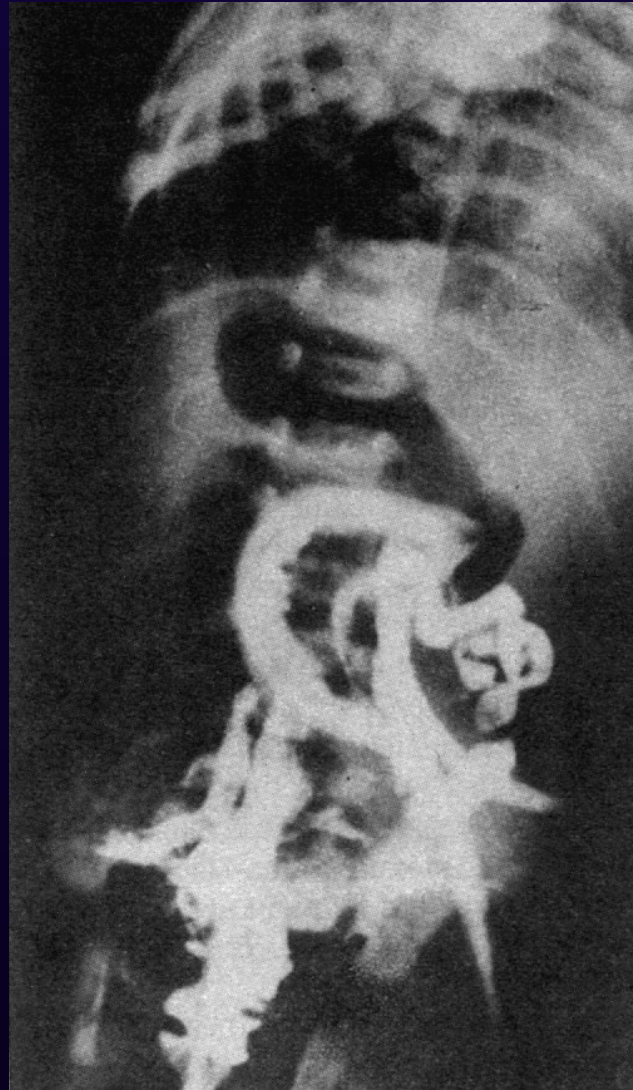
Представлява остатък от пъпния канал – **ductus omphaloentericus persistens**: при фетуса той свързва плацентата с първичния чревен канал. След раждането облитерира напълно след 8-та седмица. Размери: дължина 1-25 cm, ширина 0,5-10 cm. Локализира се на 25-125 cm от **v. ileocecalis /Bauchini/**. Може да бъде причина за развитие на инвагинация или странгуляционен илеус. В 50% протича безсимптомно. При малки деца – кръвоизливи или чревна непроходимост, при по-големи – с картината на остър апендисит. Рентгенологично изследване – пасаж!, 4-6 h **post caenam!** Разполага се централно и нагоре, а на профил – напред към гъпа.

ДД: с тънкочревни дивертикули – разполагат се по конкавната страна на тънкочревната бримка, там където е мезото. При възпалителен процес **/дивертикулит/** рентгеновото изследване не е възможно – поради спазъм и едем връзката между тънко черво и дивертикула се прекъсва. От значение е ехографията.

Варианти:

1. Свободно разположен в коремната кухина
2. Фиксиран умбиликално /Умбиликална фистула – отворена или затворена/
3. Фиксиран висцерално /Ентерокистома/
4. Съединителнотъканна връв между пъпа и тънко черво

Мекелов дивертикул



Mesenterium commune

Общ свободен и подвижен мезентериум за тънко черво и проксималната половина на дебело черво.

Рентгенологично: дуоденумът е разположен в дясно, но е инвертиран, липсва *flexura duodenojejunalis*, йеюnumът е разположен в десния горен квадрант, а дебелото черво е в ляво от гръбначния стълб.

Mesenterium commune



Meconium ileus

Наблюдава се кистозна фиброза на панкреаса. Поради намаляването на протеолитичните ензими протеините в мекониума не се разграждат. Постепенно мекониумът се състява и запушва лумена на терминалния илеум.

Заболяването се развива през първите дни от живота. Меконеум не се отделя! Често възникват усложнения – **волвулус**, **перфорация**, **пневмоперитонеум**, **мекониум-перитонит**.

Диагностика: на обзорна рентгенограма – образ на “**матово стъкло**”, тънкочревни хидро-аерични сянки.

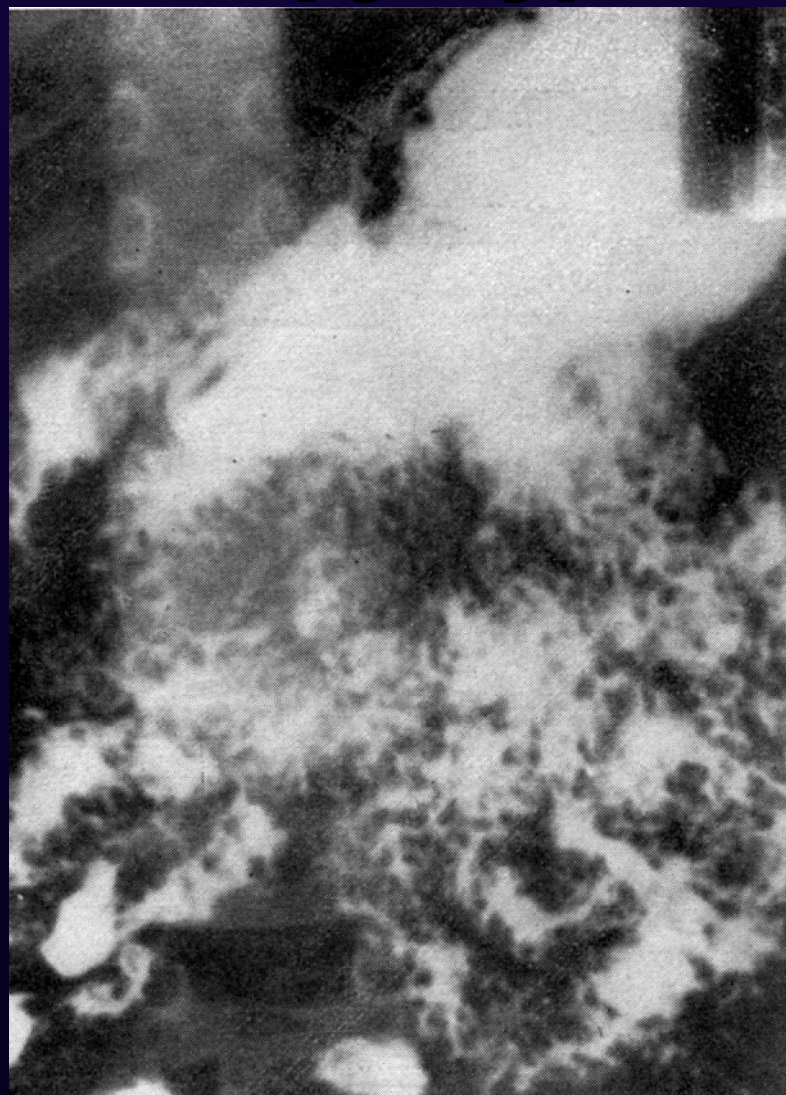
Контрастно изследване: иригография **/никога пасаж!** с хипертонична к.м.- неразреден Гастрографин или уротропни контрасти. Могат да се прибавят и муколитици – Tween 80. Задължително трябва да се стигне до зоната на “стоп”, бавно, без налягане. Контрастната клизма има **терапевтична значимост**.

Ентерити

Острите възпалителни изменения на тънкото черво не се диагностицират рентгенологично. Причини за хроничен ентерит: инфекциозни, паразитни, радиационни.

Рентгенологично: промени в структурата на лигавичния релеф – придобива **зърнист вид!** Пасажът е ускорен. Неравномерно изразен тонус, който обуславя неравномерното разпределение на к.м. - симптом на **“снежните топки”**. Обилно количество течност, която разрежда к.м – образ на **“матово стъкло”**. Язвени участъци – симптом на **“снежинките”**, симптом на **“снежна буря”**. **Необичайна находка** – газови колекции в дисталната част на тънко черво. Дребни хидро-аерични сянки.

Хроничен ентеринт – зърневидна структура





Проф. Н.Тоцев - МУ Плевен

Инфекциозен ентерит

Тук трябва да се имат предвид хроничните форми на бактериална дизентерия – тип Шигелла. Дизентерията няма характерен рентгенов образ. Наблюдават се същите промени както при банален ентерит. Не се установява преструктуриране на релефа на лигавицата.

При салмонелозна инфекция в детската възраст се засягат лимфните възли в дисталната част на илеума – в началото се наблюдава единични просветлявания, а в последствие множество овални просветлявания до 5 mm в диаметър – “паважен релеф”.

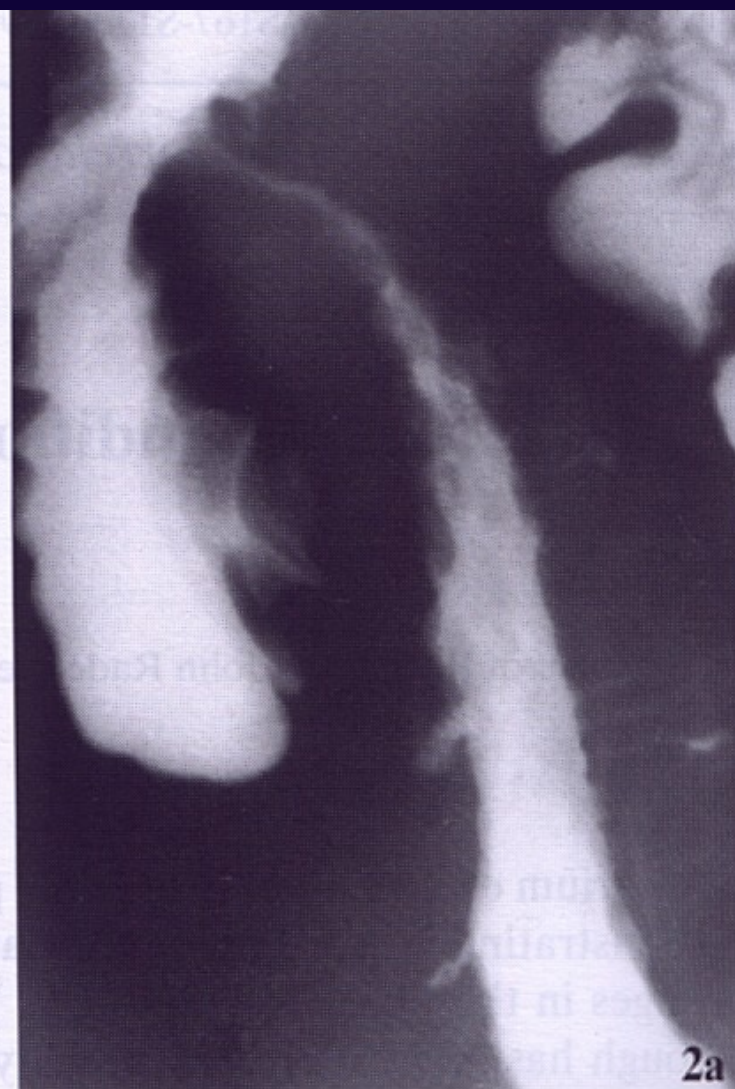
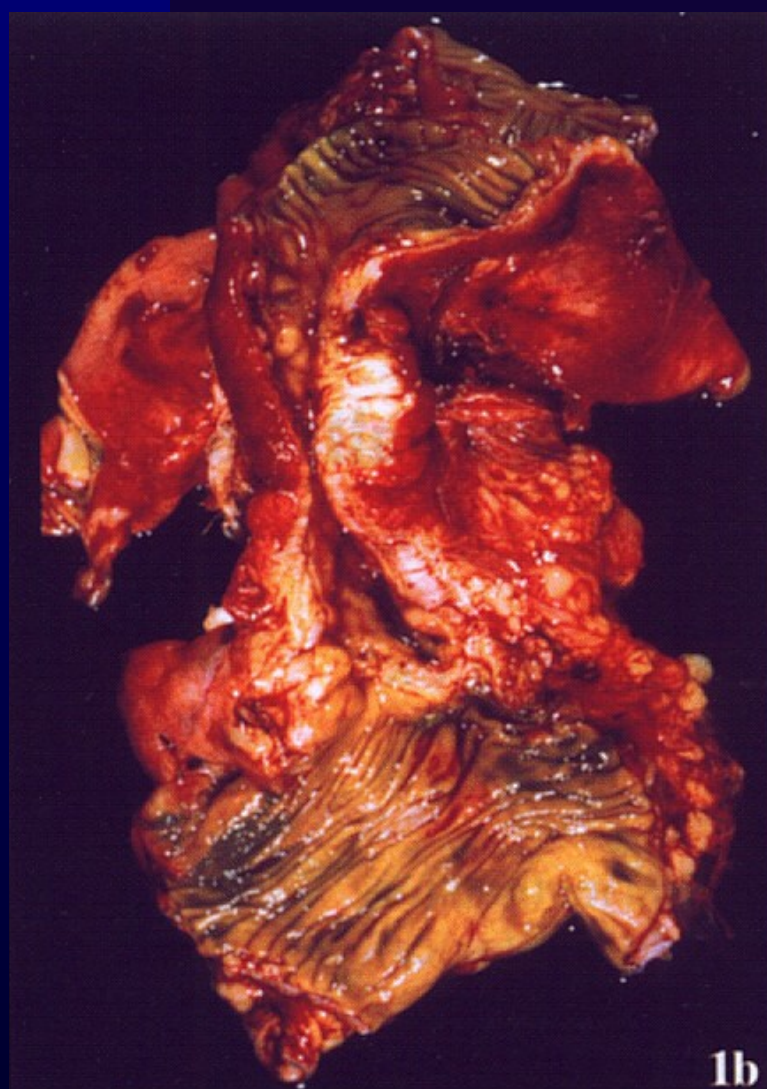
Регионерен ентерит /Терминален илеит/

Ограничен(10-30 cm) хроничен възпалителен процес на терминалния илеум /Crohn, 1932/. Сега е известно, че подобни сегментно локализирани възпалителни процеси могат да се локализират във всички части на стомашно-чревния тракт. Етиологията на заболяването е все още неизвестна. Развива се по-често при мъже на възраст около 30 години. Патологоанатомично: едем, грануломи от хиперпластична лимфоидна тъкан, разязвявания, перфорация и вътрешни фистули, локален перитонит, цикатризиране, склерозиране, стенозиране. Рентгенологично: неравномерно стесняване на лумена, очертания неравни/зъбцовидни/, преструктуриран релеф, ригидна стена, липсва перисталтика.

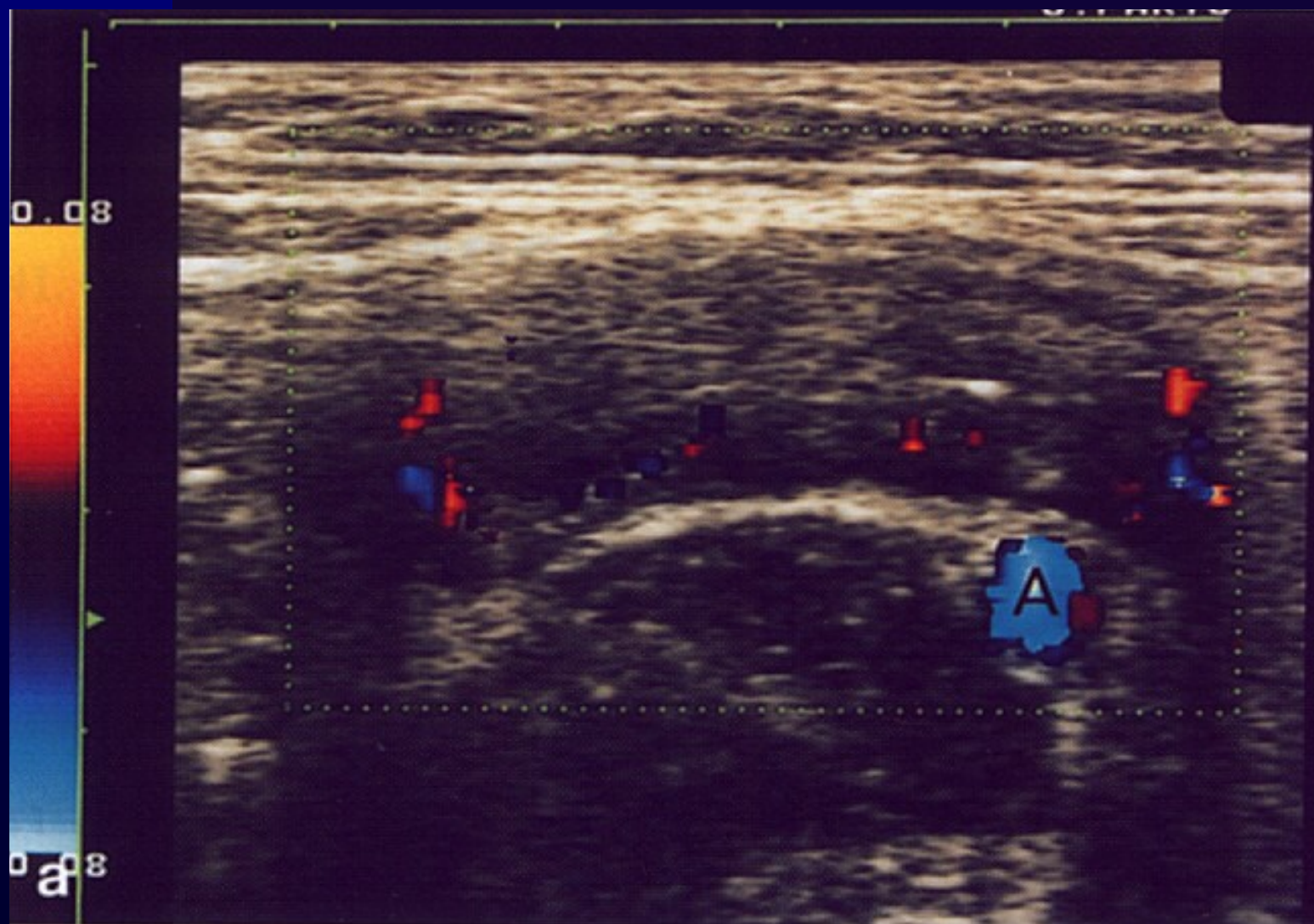
Клинично: протича интермитиращо/ на тласъци/ - болка, диария, анемия. Слиз и кръв в изпражненията.

При засягане по съседство на Баухиновата клапа – баухинит.

Терминален илеит – пасаж



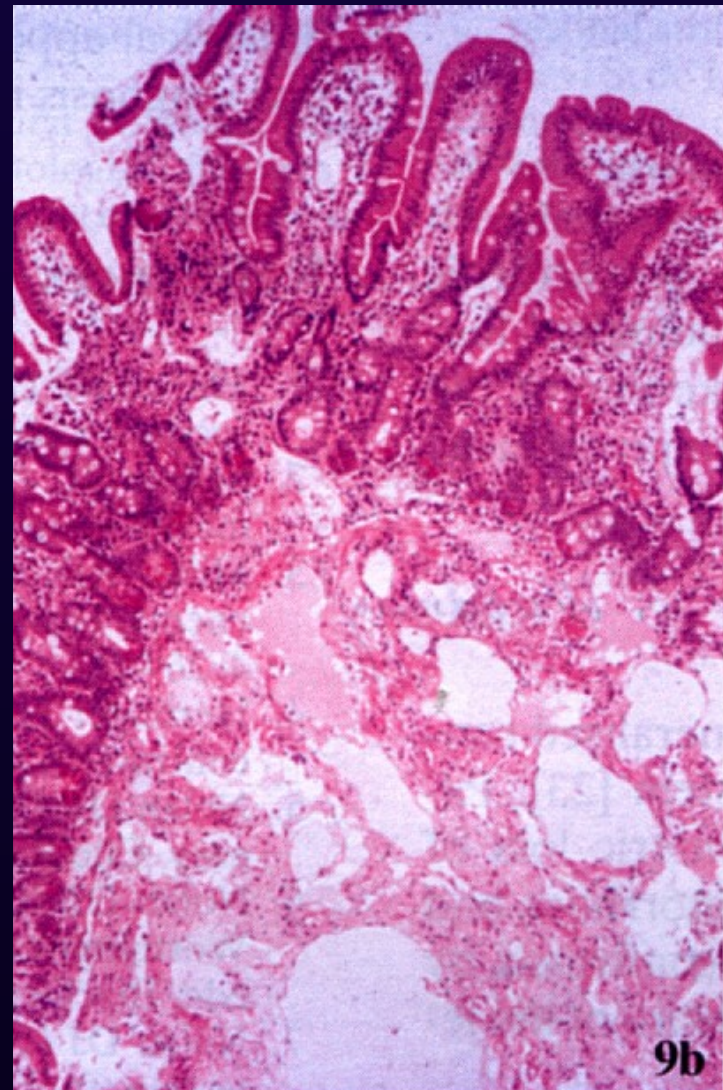
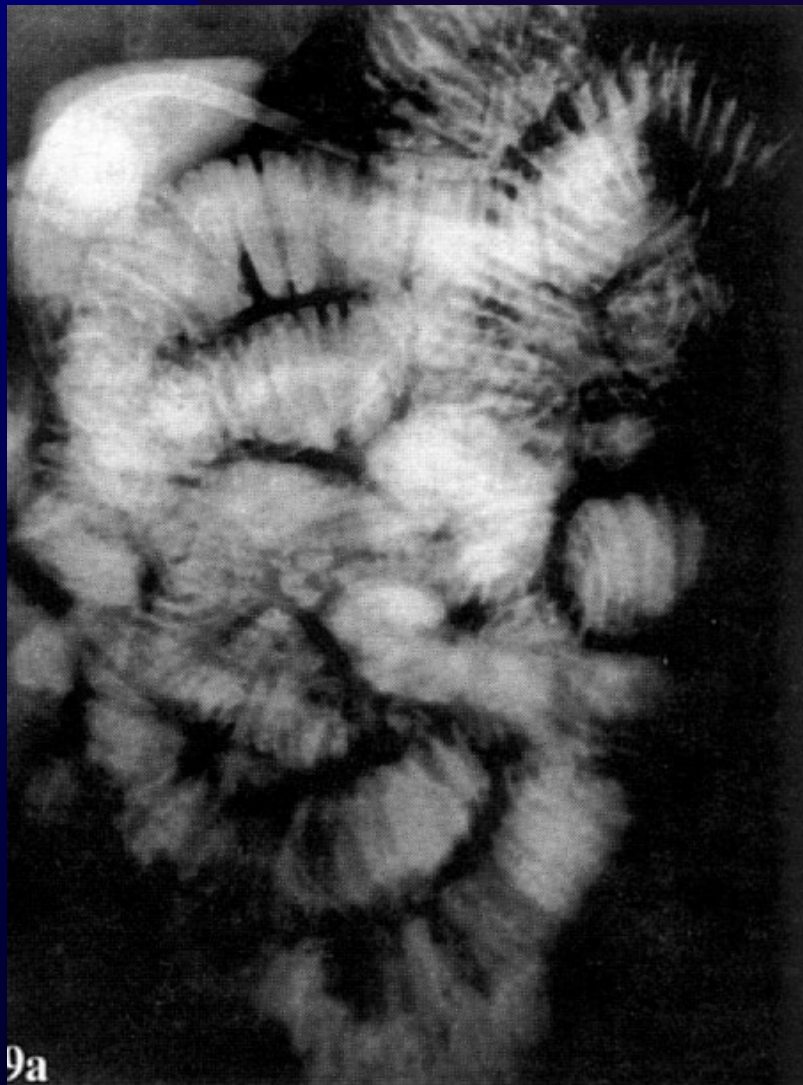
Терминален илеит - ЕГ



ДД: на Терминалния илеит

1. Синдром на Голден /ileitis follicularis Golden/. Intestinal lymphangiectasia.
2. Възходящата форма на **ХУХК** (Backwash ileitis), който започва от илео-цекалната област – ileocolitis /синдром на/ Brooke-Cooke(1951).
3. Туберкулозен илеит
4. Лъчевообусловен ентерит – ” радиационен ентерит”
5. Съдовообусловен ентерит – ” исхемичен ентерит”
6. Актиномикоза
7. Саркоидоза
8. Амилоидоза

Синдром на Голден



ДД: между м. Крон и с-м Голден

РДД МЕЖДУ М. КРОН И С-М ГОЛДЕН

Симптоми	м. Крон	с-м Голден
локализация на променит	от дистално към проксимално	целия илеум терминале
гълбочина на промените	цялата стена е изван нея	само мукоза и субмукоза
ширина на лумена	ВИНАГИ стеснен неравномерно	нормален или разширен
очертания	неравни, негладки, неясни, зъбцовидни наядени от молци	гладки, заоблени
релеф на лигавицата	преструктуриран полиморфно-ерозии, язви, псевдополипи	паважен- псевдоаденоми
стена	ригидна	мека и гъвкава
моторика	липсва	бавна и повърхностна
усложнения	фистули, сраствания, локален перитонит	няма
развитие	прогресивно	регресивно

Туберкулозен ентерит

Понастоящем първична чревна туберкулоза не се наблюдава. Заразяването става с мляко от болни крави – туберкулозен бактерии тип “Bovinus”. Вторична чревна туберкулоза се среща при белодробна туберкулоза във фаза на разпад. Измененията са мултиплени. Локализират се в дисталната част на илеума и илео-цекалната област – в 90%. Процесът обхваща лимфните възли и Пайеровите плаки, които казеифицират, разпадат и конfluират помежду си. Образуват се циркулярни разязвявания. Рентгеновата картина не е патогномонична. Отначало промените са предимно функционални – неравномерно разпределение на к.м., забавяне на пасажа на к.м./ илеостаза/ - контраста се задържа до 12 h p.c.

Туберкулозен ентерит

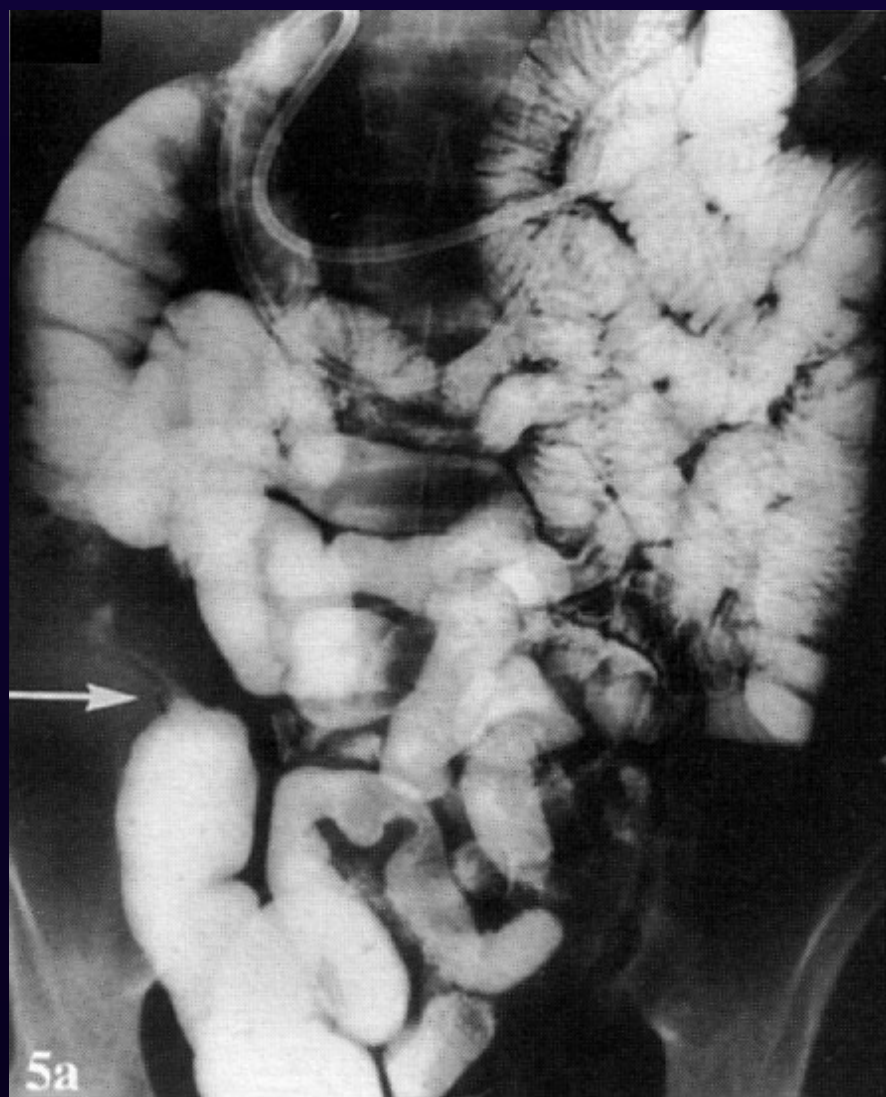
Морфологични промени:

1. Хиперплазия на лимфните фоликули и плаките на Пайер – “паважен релеф”, както при салмонелоза.
2. Единични /”алармен възел”/ или множество субепителиални туберкули.
3. Очертания на червото - нерезки и неравни, като начупен трион; ребра на акордеон.
4. Стеснения на лумена /симетрични или концентрични/ и деформация на чревните бримки – хроничен илеус!
5. Обилни колекции от газ, слуз и течност, които разреждат и флокулират к.м. – мраморовиден изглед, като географска карта. Малки хидро-аерични сянки.
6. Язвени дефекти /единични или множествени/ - депа от к.м. с полигонална форма и размери до 1 см в диаметър.

“Алармен възел”



Туберкулозен ентерит



Лъчевообусловен ентерит

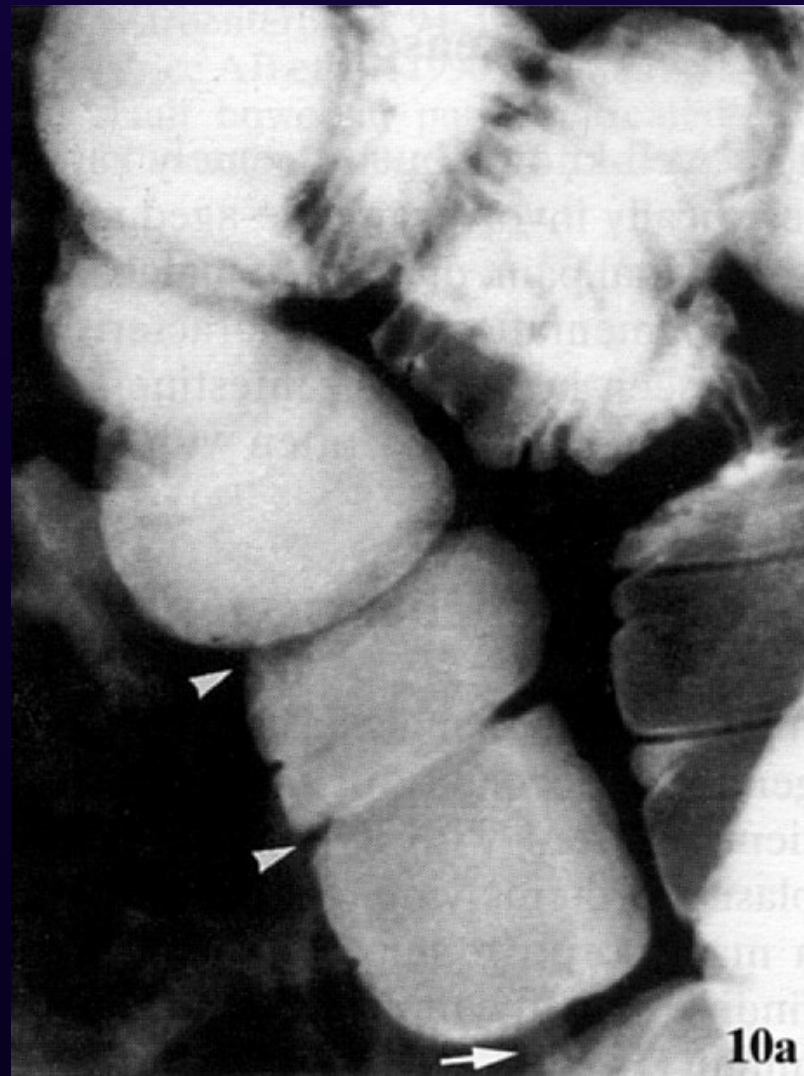
Заболяването се получава като резултат от проведена лъчетерапия. Лъчевообусловените ентерити са форма на интестинална исхемия, получена в резултат на нарушения в съдовия ендотел, които резултират с облитериращ ендартерит. Дисталният илеум е най-често засегнатата зона. Времевият интервал между проведената лъчетерапия и развитието на лъчевообусловения ентерит варира значително и може да бъде от порядъка на години. Клиничните симптоми са представни от коликообразна коремна болка, диария, малабсорбция и интермитентна интестинална обструкция.

Радиологично: ентероклизис, задебеляване на Баухиновата клапа, мурално задебеляване, задебеляване на мукозата, фиксации и прегъвания по дължината на тънкото черво. Рядко наблюдавания "бариев басейн" е причинен от матирани или приближени една до друга чревни бримки

Non steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) enteritis

Нестероидните противвъзпалителни препарати често дават усложнение в тънките черва. Характерните находки включват множествени куполообразни структури, дължащи се на изтъняването на стената на тънкото черво -мукоза и субмукоза.

NSAID - enteritis



Съдовообусловен ентерит

Бива два вида – при остра и хронична исхемия.

Острата исхемия рентгенологично при ентероклизис се представя с задебеляване на конвекситетите на Баухиновата клапа без забележимо намаляване на лумена на тънкото черво, която може да се възстанови за 6-8 седмици и структурата на исхемичния участък да възстаниви нормалният си изглед.

Хроничната исхемия е резултат на мезентериална венозна тромоза, която най-често е резултат на компресия от метастатични процеси в лимфните възли. Пациентите се представят с обструктивни симптоми и при ентероклизис се наблюдава зърнисто задебеляване на Баухиновата клапа с изтъняване лумена на тънкото черво.

Посттравматична исхемична стриктура



Язвено-некротичен ентерит

Развива се при недоносени хипотрофични кърмачета на изкуствено хранене. Според някои автори значение имат стрепто- или стафилококови огнища в организма, от които по хематогенен път микроорганизмите проникват в тънкото черво. Други автори свързват заболяването с тежки оперативни интервенции на органи в абдоминалната област. Протича остро с тежка клинична картина – повръщане, диария, дехидратация. Усложненията са чести – перфорация, дифузен перитонит. Леталитет – до 70 %. При обзорна рентгенография – раздути от газ чревни бримки, множество дребни хидро-аерични сянки, които бързо се променят по форма и големина. В абдомена има свободен газ. Ако детето оздравее, в стената на червото се развива обилно съединителна тъкан, което води до склерозиращ ентерит.

Склерозиращ ентерит

Етиологията и патогенезата не са установени окончателно.

Предполагат се: след оздравяване на остър язвено-некротичен ентерит, дистрофично-дегенеративни изменения в резултат на непълноценно хранене с белтъци и витамини, вирусна или анаеробна бактериална инфекция, сепсис. Процесът се локализира предимно в йеюнума. Възвръзка с прорастване на съединителна тъкан в стената се образуват циркулярни стеснения на лумена до 5 mm, на участък с дължина 10-12 cm. Очертанията са неравни – като начупен трион. Контрастната материя преминава на тънка струйка. Развива се престенотична дилатация проксимално.

Чревна пневматоза

Pneumatosis cystoides intestinalis - наблюдава се при кърмачета като вторична проява на други заболявания – ентероколит, инфекциозна диария и др. Засяга йеюнума и колона – субсерозно се образуват газови мехурчета. Патогенезата не е окончателно уточнена. При кашляне и плач газовите мехурчета се пукат и възниква пневмоперитонеум. Промените могат да се установят само в условията на контрастно рентгеново изследване – зърнисти просветлявания, наредени като гердан по външния контур на бариевата суспензия.

Рядко срещани тънкочревни заболявания

- 1 Болест на Wolman /интестинална липидоза/
2. Болест на Whipple /интестинална липодистрофия/
3. Болест на Waldman /интестинална лимфангиектазия/

Болест на Wolman

Наследствено, автозомно-рецесивно заболяване – ензимопатия.
Липсва липазата, катализираща хидролизата на холестероловите естери. Последните неразградени се натрупват в епителните клетки на тънкото черво, хепатоцитите и РЕС.
Заболяването се наблюдава още през първите дни от живота с хепатоспленомегалия. Установяват се калцификати в надбъбреците.

Болест на Whipple

Чревната липодистрофия е описана за пръв път от **G. Whipple** през **1907** г. Етиология неизвестна. Патогенеза недоизяснена. Редица автори я причисляват към колагенозите, други – към тезауризмозите /т.н. отлагащи ретикулози/. Освен тънко черво се поразяват мезентериалните лимфни възли, перитонеума, черния дроб и далака. Патологоанатомично: тънкото черво е раздуто с задебелени стени, лигавицата е набъбнала с характерни жълти петна и кръвоизливи. Микроскопски: lamina propria е богато инфилтрирана с макрофаги, даващи интензивна PAS- реакция поради наличието на специфични гликопротеинни включвания – т.н. зрънца на **Sierockie**. Клинично: тежки и изтощителни диарии с изхождане на обемисти изпражнения без слуз и кръв. **Рентгенологично:** наблюдаваните промени не са патогномонични.

Болест на Waldman

Интестиналната лимфангиектазия е описана за пръв път от **Н.А.Waldman** през **1961** г.Предполага се, че заболяването е вроден дефект в развитието на лимфната система.

Патоморфологично: уголемяване на субмукозните лимфни възли.

Клинично: масивни диарии от стеатореен тип. Окончателна диагноза: тънкочревна аспирационна биопсия.

Рентгенологично: преструктуриране на релефа на лигавицата на ileum terminale с перестоподобен тип – както е в йеюнум.

Ентеропатии

Названието “ентеропатии” има сборен характер, като обединява разнообразните болестни изменения в интестиналния тракт с невъзпалителна генеза, с водещ клиничен симптом – диария. При тях рентгеново изследване не се провежда, освен понякога с оглед на диференциална диагноза.

Два основни патогенетични механизма:

1. **Maldigestion** - нарушения в смилането: при недоимъчна ензимна и/ или жлъчна секреция. Глутенова ентеропатия – цьолиакия /нашеско спру/
2. **Malabsorbtion** - нарушения във всмукването /резорбцията/: при непоносимост към някои хранителни продукти и лекарствени средства, токсични фактори от ендо- или екзогенен произход, постоператвни състояния. Ексудатвна ентеропатия /синдром на **Gordon**/; алергична ентеропатия /чревна астма/; лактозна ентеропатия; токсична ентеропатия.

РДД между ентерит и ентеропатия

РДД МЕЖДУ ЕНТЕРИТ И ЕНТЕРОПАТИЯ

Симптоми	Ентерит	Ентеропатия
скорост на предвижване к. м.	рязко ускорено	ускорено-забавено
разпределение на к. м.	рязко неравномерно	умерено неравномерно
релеф на лигавица	съществено преструктуриран	нормален или леко преструктуриран
газ в лумена	умерено	много
течност в лумена	има	има
слуз	обилно	минимално

Чревна паразитоза

При контрастно рентгеново изследване на интестиналния тракт, само *Ascaris lumbricoides* се вижда добре: ивицеста слаба сянка с дължина около 15-20 cm и ширина 3-5 mm. При палпация сянката е подвижна, но не променя размерите си.

Поради слабата си плътност тениите *Lambliа intestinalis*/ се виждат трудно – евентуално на прицелни рентгенограми с компресия: зърневидни слаби сянки /просветлявания/ по лигавичните гънки на йеюнума. ДД: със синдрома на *Peutz-Jeghers* – полипоза на гастринтестиналния тракт + хиперпигментация /жълто-кафяви до черни петна/ по лигавиците на устната кухина, хранопровода, стомаха и чревния тракт, както и около устата, носа и кожата на крайниците.

Аскарискс в тънко черво

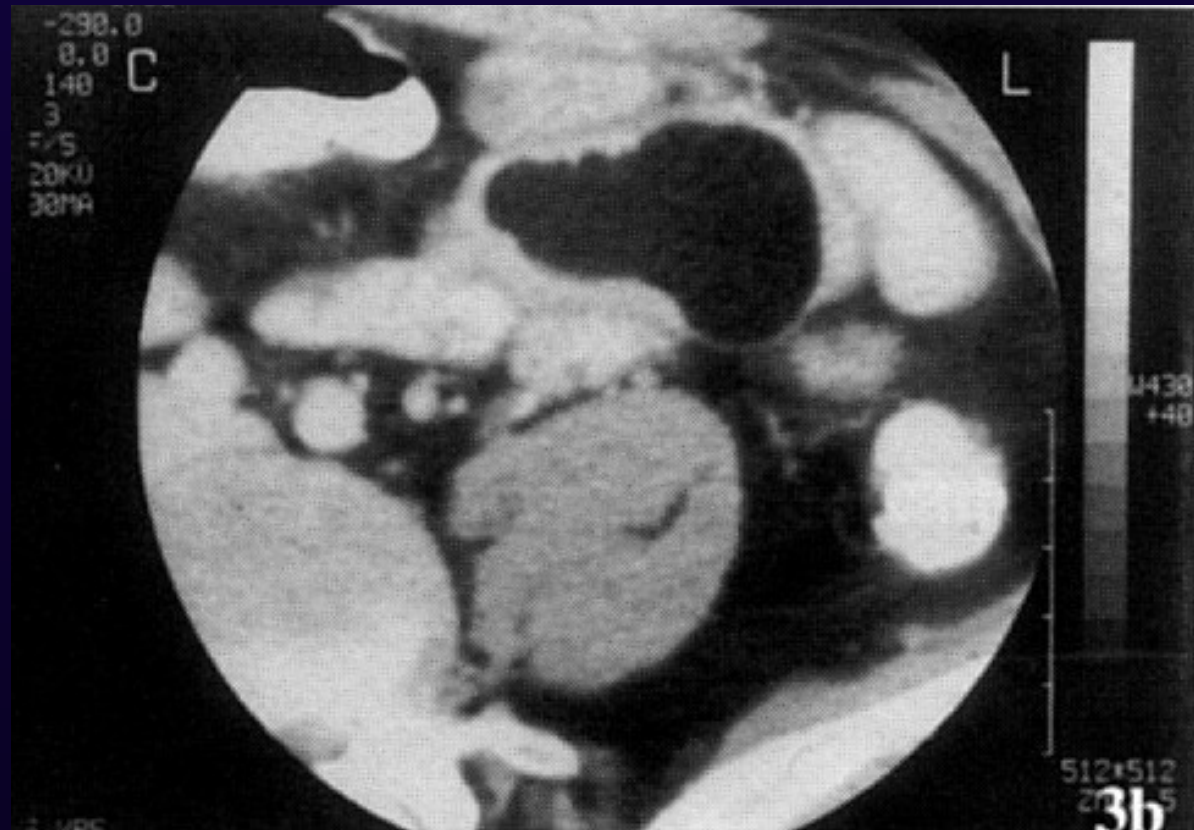
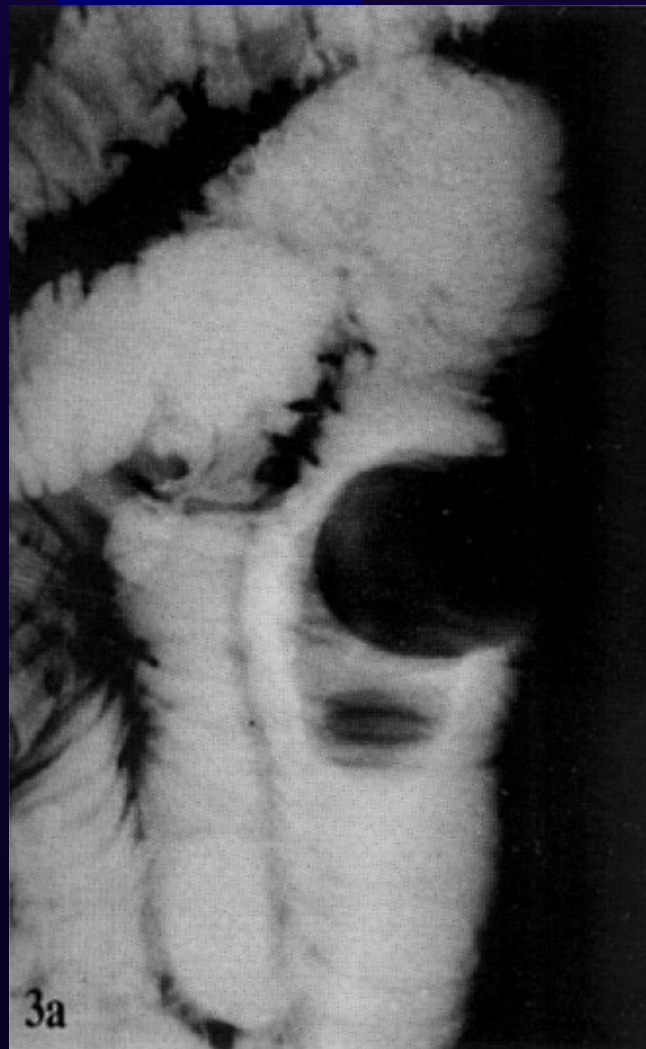


Тумори на тънко черво

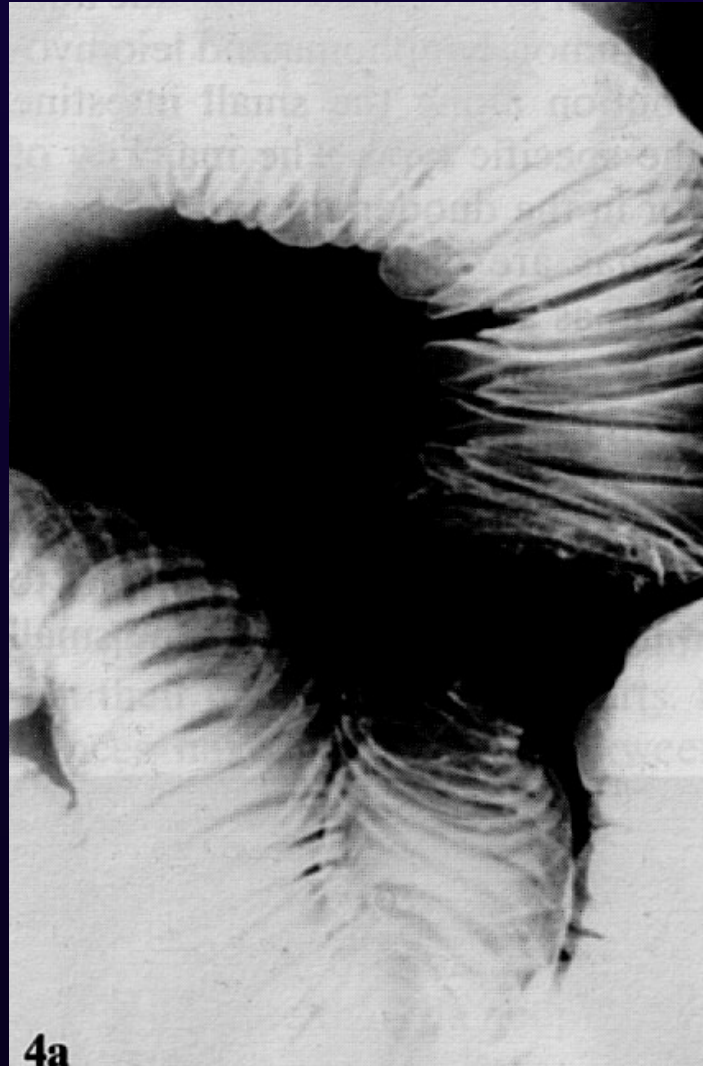
Биват – доброкачествени и злокачествени. Доброкачествените: епителни - полипи и неепителни - лейомиом, аденом, липом, лимфангиом, хемангиом, неврогенни тумори – неврилемом /шваном/ и неврофиброми /при неврофиброматозата; болест на **Recklinghausen**/. Злокачествените: аденокарцином, лейомиосарком, лимфом /лимфосарком; ретикулосарком/, лимфогранулом.

Карциноид: единични, по-често множествени тумори произхождащи от аргентофилните клетки на Либеркюновите жлези./**Kulschitsky**, 1897/ на лигавицата на гастроинтестиналния тракт, жлъчните пътища, протоците на задстомашната жлеза, бронхите. Най-често се локализируют в илеума (70%) и апендикса (12%). Отделят серотонин, които предизвиква внезапни пристъпи на горещина и червено оцветяване на кожата в горната половина на тялото – “**флъш-синдром**”. Понякога малигнизируют и метастазират.

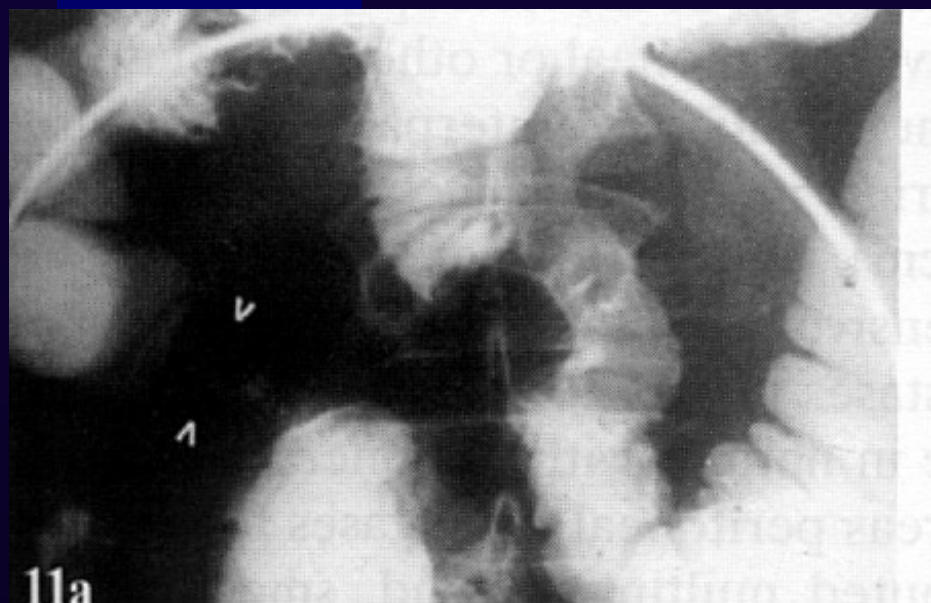
Липом на тънко черво



Аденокарцином на ѝеюнума



Карциноид

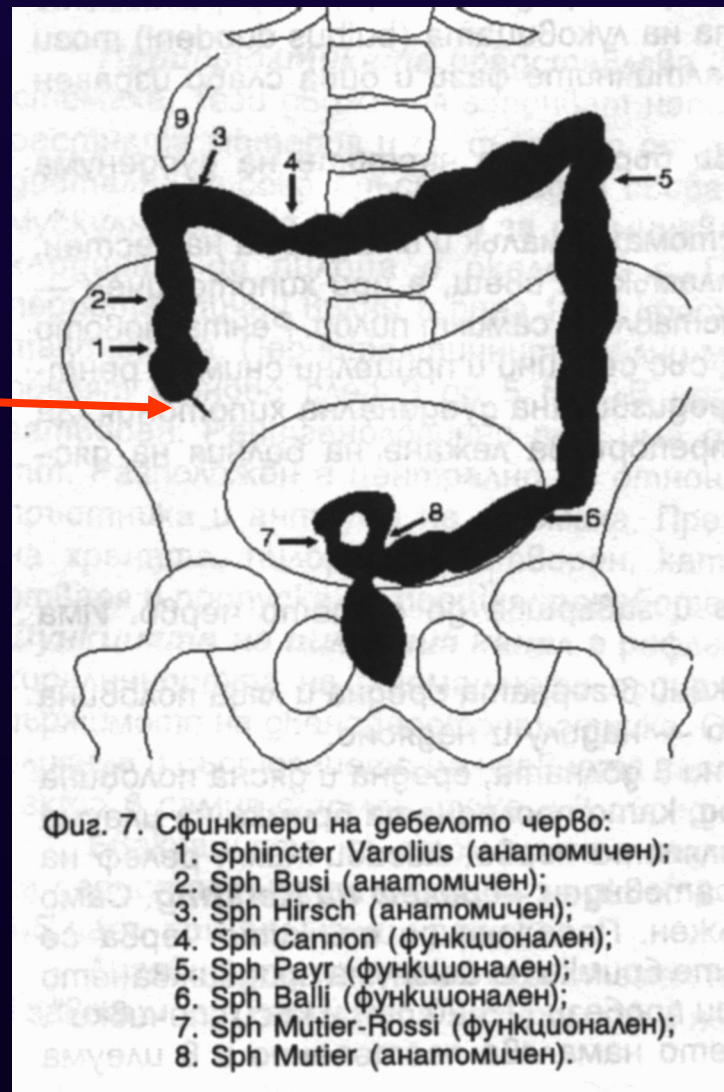


Нормална лъчева анатомия на дебело черво

Дължина – 1,5–2 метра, широчина – 4-5 сантиметра. Части: сляпо черво, възходящо, напречно, низходящо, S-образно и прааво черво. По хода му се оформят 2 извивки – *flexura hepatica et flexura lienalis*. От дъното на цекума изхожда апендиксът. Циркулярната и надлъжната мускулатура /*taeniae coli* – *t. libera, t. mesocolica, t. omentalis*/ оформят хаустрите – *haustreae coli*. В дебелото черво нормално има газови колекции . Открояват се 8 сфинктера.

Сфинктери на дебелото черво – схема

Функционален сфинктер на
Gerlach



Мекониум-илеус

Наблюдава се в първите дни от живота на новороденото. Автозомно предаващо се заболяване. Налице е пълна обтурация на червото, която се дължи на събирането на мекониум с по-гъста консистенция. Локализира се в дисталните части на илеума и сигмата. Етиология – кистозна панкреатична фиброза (синдром на [Landshteiner,1905-Fanconi,1935-Andersen,1938](#)).

Клинично: картина на пълна чревна непроходимост.

Рентгеновата картина е подобна на тази при вродените атрезии и стенози.

Микроколон

Установяването му е почти патогномонично за съществуването на тънкочревна атрезия.



Двоен колон

Рядка аномалия, най-често се открива случайно на операционната маса или при аутопсия. Вторият колон понякога може да даде собствена сянка, която е паралелна на сянката на нормалния колон. Тази сянка се дължи на натрупване на калциеви соли.

Долихосигма, долихоколон

За долихосигма се приемат находките с дължина **повече от 30 см.**, като сигмата излиза извън очертанията на таза – над биилиачната линия. Долихосигмата е честа причина за обстипация.

Долихоколонът се наблюдава относително по-рядко и често се комбинира с мегаколон.

Долихосигма



Мегаколон

Изразява се в увеличаване размерите на целия колон или само на някои от неговите сегменти. Не е отделна нозологична единица, а синдром с различна етиология и патогенеза:

1. Аганглионарен мегаколон (вроден мегаколон; болест на Хиршпрунг)
2. Идиопатичен мегаколон
3. Симптоматичен мегаколон
4. Мегаколон с долихоколон

Болест на Хиршпрунг

Описана е още през 1886 г. от **Hirschprung**. В 1949 г. **Swenson** установява, че се касае за аганглионарна зона. Тя е локализирана най-често в дисталната част на сигмата. Ректумът е нормален, понякога хипопластичен. По-късно могат да се разширят и дисталните бримки на илеума. Хаустрация почти или напълно липсва.

Клинично болестта се открива най-рано 6 месеца след раждането, независимо че болестта е вродена. Участъкът с нарушена инервация е стеснен (ахалазия), а проксималният участък е разширен.

Клинично – запек, задръжка на газове и постепенно разширяване на колона. Децата губят тегло и придобиват “голям” корем. По-късно - белези на субилеус и илеус. За разлика от идеопатичния мегаколон, където стеснения участък е плосък, тук стеснението е с конусовидна форма. Ето защо е необходимо **освен лицева и профилна рентгенография**. Заболяването се диагностицира чрез **иригоскопия и иригография без предварителна подготовка с очистителни клизми и лаксативни средства**. **Пероралното излседване е противопоказно, т.к. има опасност от перфорация.**

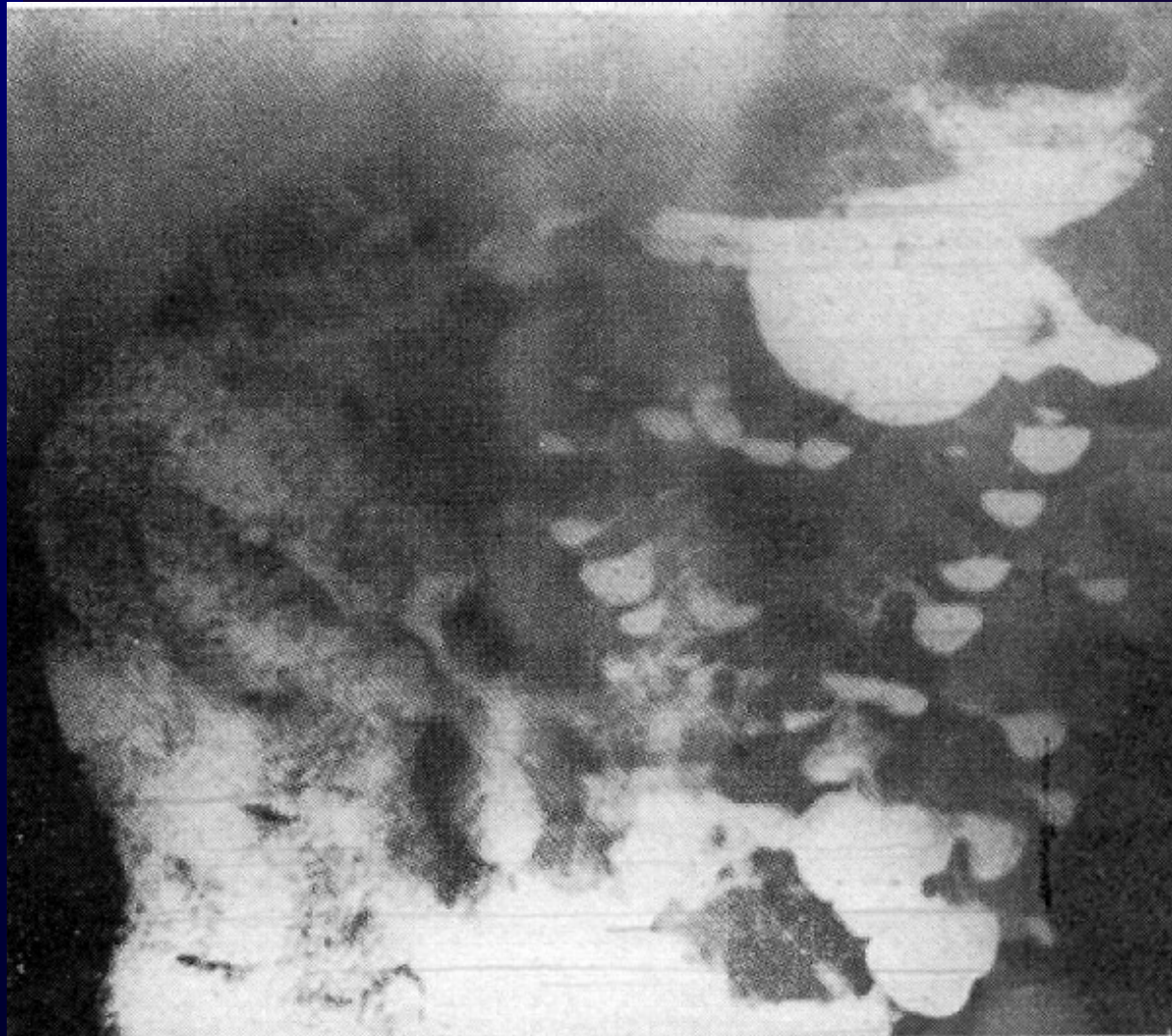
Болест на Хиршпрунг



Mesenterium commune

Това е вродена аномалия, която засяга тънкото и дебелото черво. Касае се за смутено ембрионално завъртане на първичната чревна тръба. За тънкото и дебелото черво остава общ мезентериум, поради което тънкото черво се разполага изцяло в дясната половина на коремната кухина, а дебелото – в лявата.

Mesenterium commune

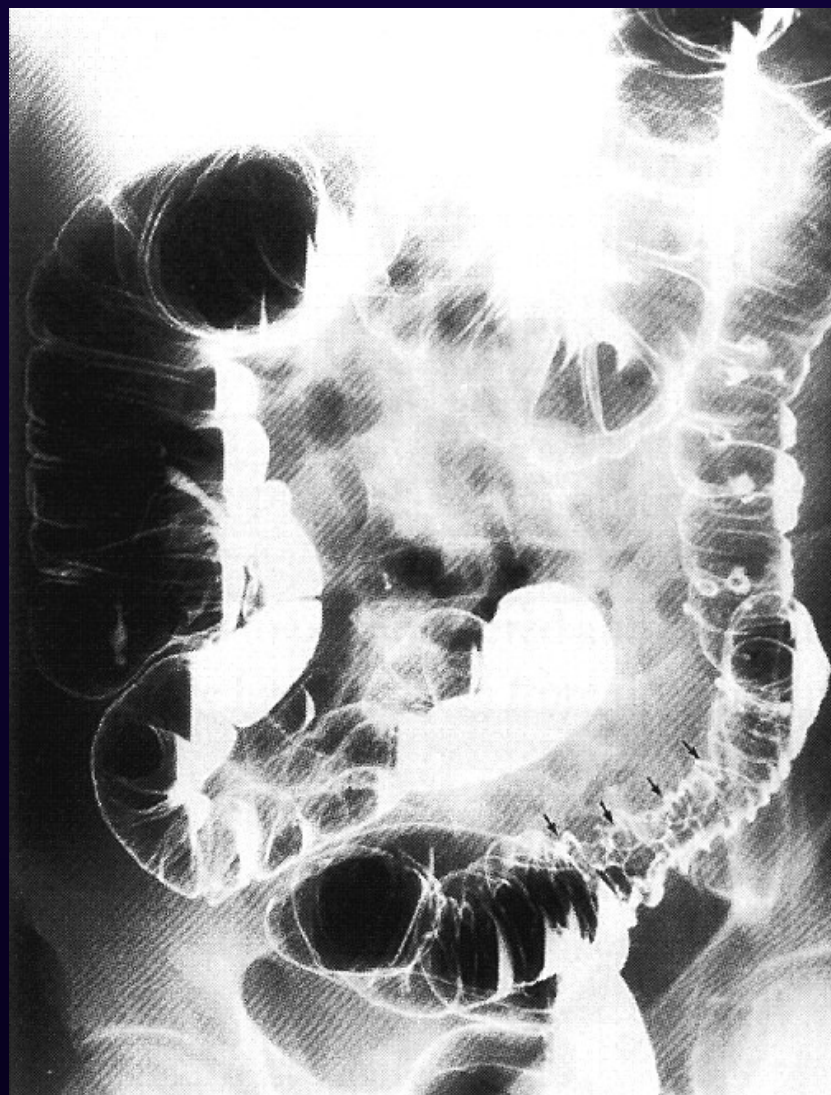


Дивертикули на дебело черво

Най-често се локализират в сигмата. Могат да бъдат единични и множествени.

Клинично – дискомфорт, болки, тежест, повръщане, смущения в дефекацията. Усложнения – дивертикулит, абсцеси, перитонит, илеус, кръвотечение, фистули, малигнизация.

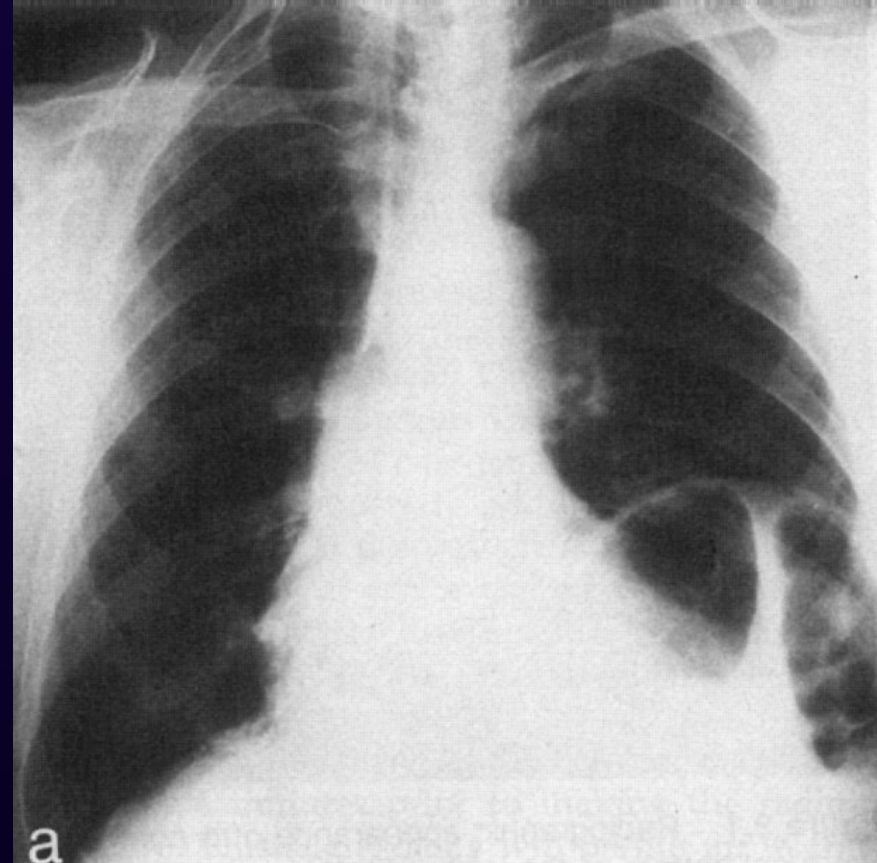
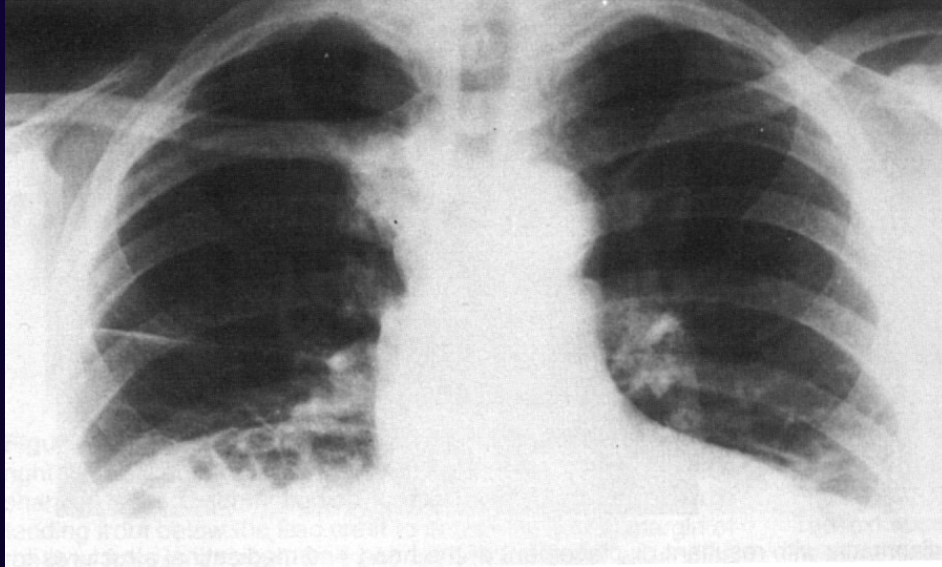
Дивертикули на дебелото черво



Синдром на Chilaiditi

Interpositio colonis – когато чернодробната флексура се вмъква между повърхността на черния дроб и десния диафрагмален купол. При децата може да се наблюдава и в ляво – интерпозиция на лявата дебелочревна флексура между левия диафрагмален купол и форникса на стомаха.

Chilaiditi-syndrom



Вродени заболявания на ануса и ректума

A. Висок тип (надлеваторни) малформации

Ано-ректална агенезия

Ано-ректална агенезия с фистула

ректо-везикална

ректо-уретрална

ректо-вагинална

ректо-клоакална

Ректална стеноза

Ректална атрезия

Вродени заболявания на ануса и ректума

Б. Нисък тип (подлеваторни) малформации

Анална агенезия

Анална агенезия с фистула

ано-булбарна

- ано- вулварна

ано-пенисна

- ано-вестибуларна

ано-скротална

- ано-вагинална

ано-перинеална

Анална стеноза /мембрана/

Анална атрезия

Рентгенография – метод на Wangensteen-Rise



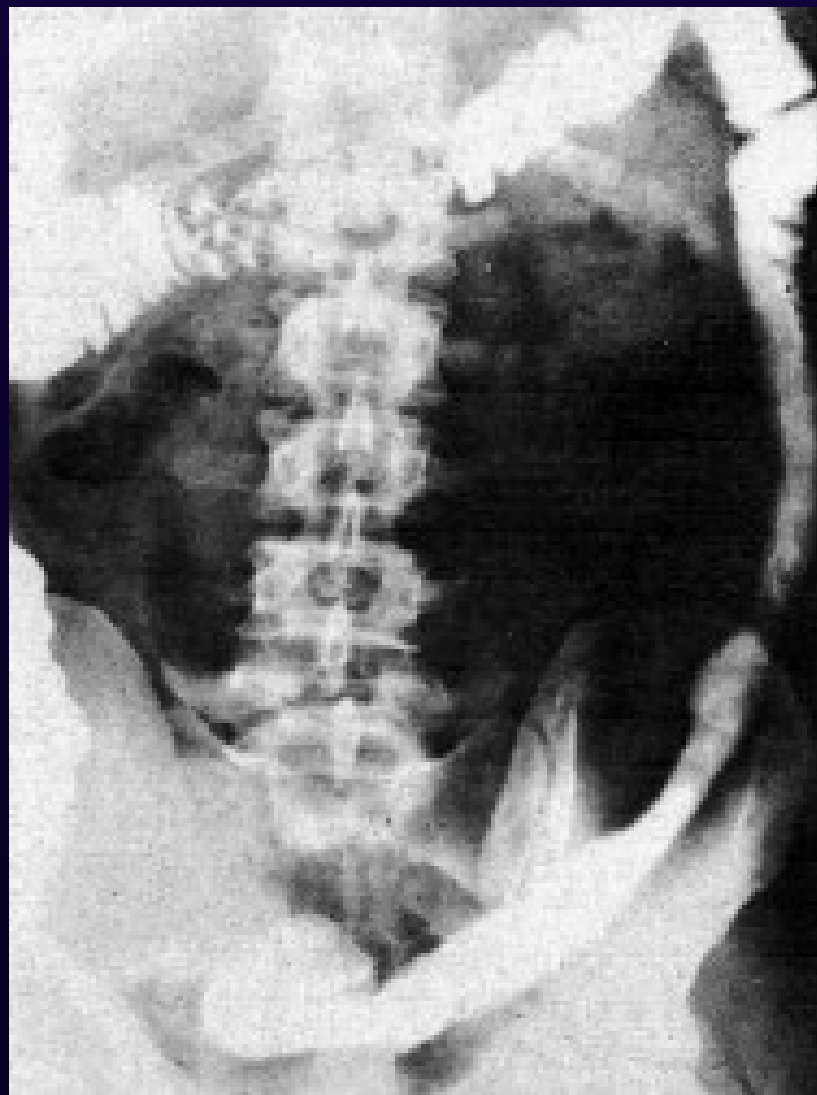
Колити

Колитите са възпалителни и дистрофични процеси, засягащи лигавицата на цялото дебело черво (панколит) или по-често отделни негови сегменти (тифлит, трансверзит, десцендит, сигмоидит и др.). Патологоанатомично биват: катарални, фибринозни, улцерозни и др.

Клинично – болки в корема, смутен пасаж, диария със слуз, отпадналост и загуба на тегло. Биват остри и хронични.

Рентгенологично – лигавичният релеф е променен, на места - полипоиден (мозаична структура). Установява се повишен тонус/ локален хипермотилитет – **симптом на Щирлин**/, полиморфна хаустрация и участъци на стесняване на лумена на протежение над 10-15 см./като “тясна тръба”, “шнур”, “връв” – **симптом на Крейн**/.

Хроничен колит



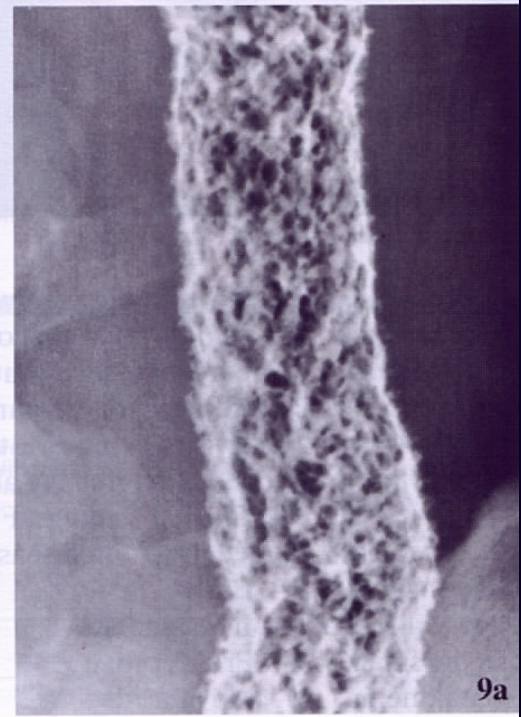
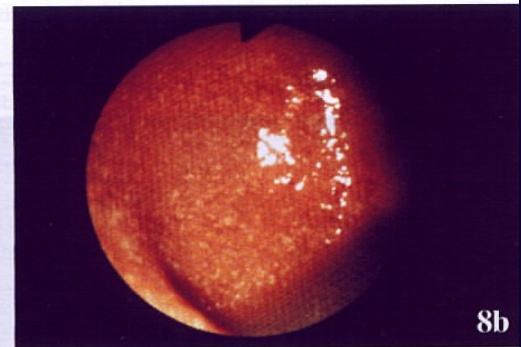
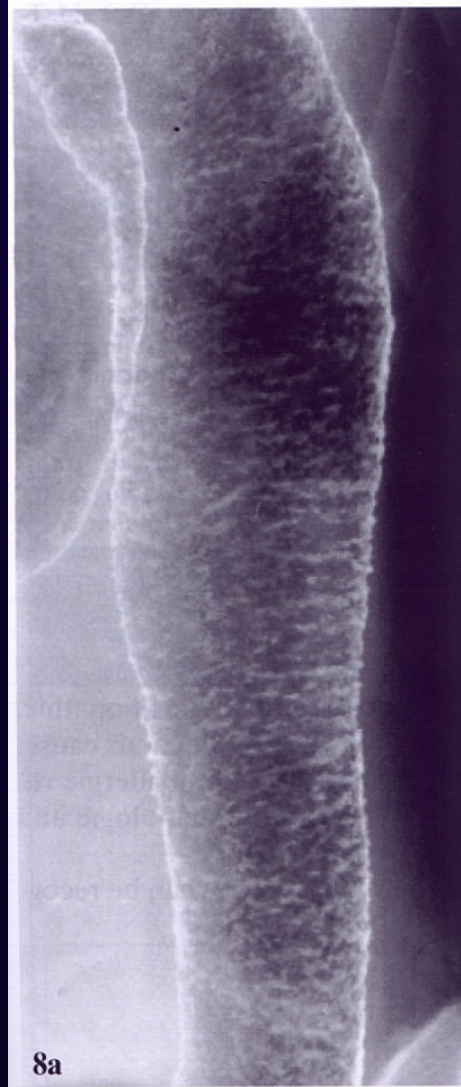
Хроничен улцерозен хеморагичен колит – ХУХК

Заболяване, при което се получават некротично-деструктивни изменения, предимно в сигмата и ректума. Характеризира се с множество разязвявания и ръбцова фиброза. Етиология – автоимунна.

Клинично: изтощение и анемия, коликообразни болки, кръв във фекалиите и кръвоизливи.

Рентгенологично – дебелото черво е неравномерно стеснено, с изгладени хаустри, сегментация, на места с неравни очертания и др. Лигавичният релеф е променен – грубоват или полипоиден, на места изгладен. Характерни са язвите, които се установяват най-добре при използване на двоен контраст – **симптом на “звездно небе”**. Мукозната хиперсекреция разрежда к.м.и придава неправилен /псевдодивертикули/ и ретуширан характер на чревните контури.

ХУХК



Мукозен колит. Синдром на Smith

Представява функционално секреторно смущение на дебелото черво. В англо-саксонската литература синдромът е известен като **Irritable bowel syndrome (IBS)** или още **Colon irritable syndrome**. Измененията при него са от локален и общ характер, като нямат патогномонична значимост.

Клинично се проявява с болки, диария и запек.

За диагностицирането му понастоящем са от значение т.нар. критерии на **Manning и сътр./1978г./** и критериите на Международната комисия – Рим /1990г./

Римски критерии за диагностициране на IBS

Фиг. 1

Римски критерии за диагностициране на IBS

Постоянни или рецидивиращи оплаквания, в продължение най-малко на три месеца, от:

Коремна болка, която се облекчава след дефекация, или е свързана с промяна в честотата на изхождане и консистенцията на изпражненията.

Неправилен (променлив) тип дефекация през най-малко 25% от времето (2 или повече от следните симптоми):

Променена честота на изхождане

Променена форма на изпражненията (твърди или кашави/воднисти)

Променен пасаж на изпражненията (затруднен или ускорен)

Чувство за недоизхождане

Изхождане на слуз

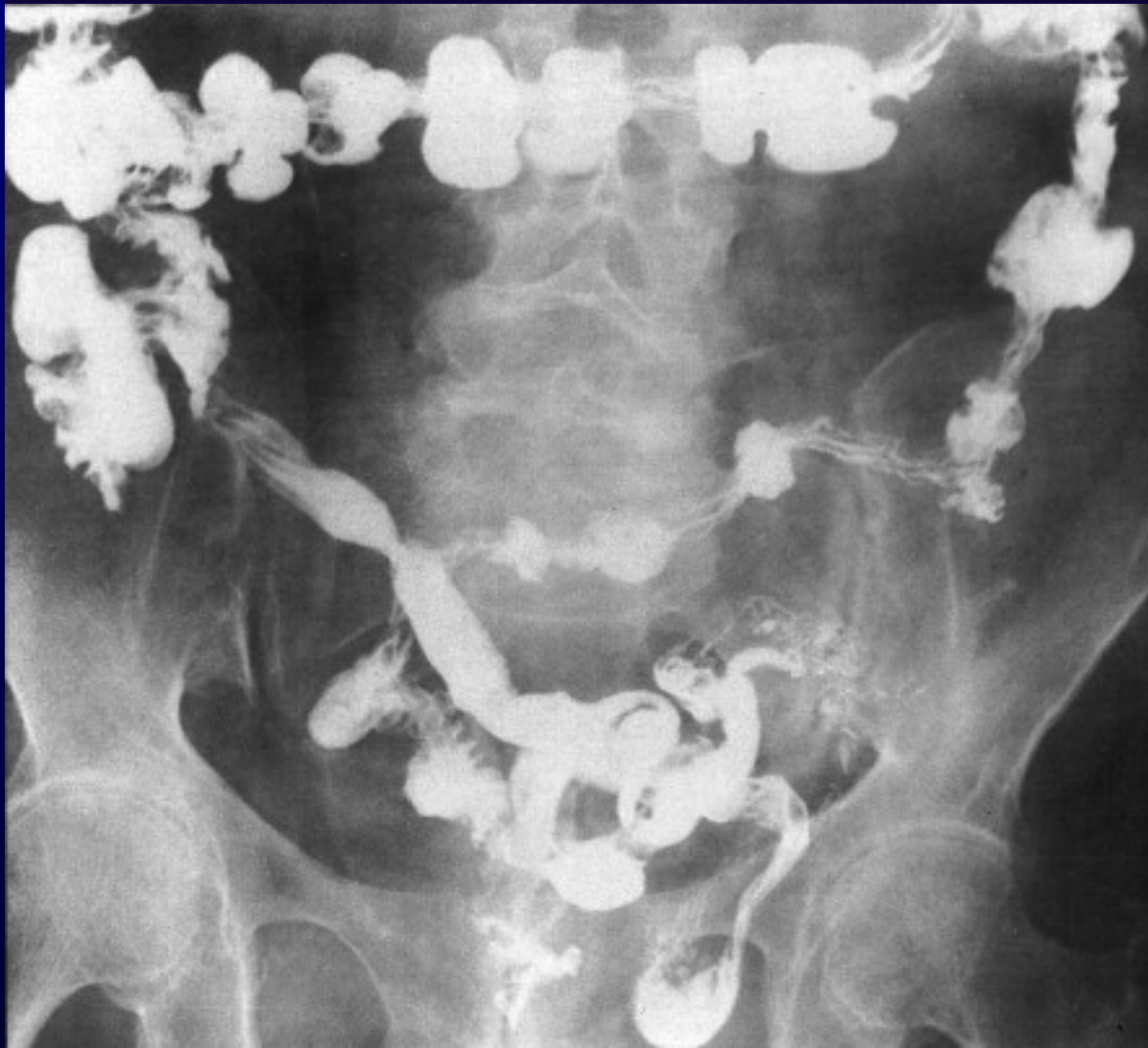
Подуване или чувство за подуване на корема

Мукозен колит. Синдром на Smith

Рентгенови белези:

1. Болка в началото при контрастната клизма
2. По-изразена хаустрация
3. Дълбока хаустрация в сигмата
4. Цялостно намаляване калибъра/лумена/ на червото
5. Непълна евакуация на контраста (след изхождане)
6. Необичайно изпълване на апендикса при евакуацията
7. Необичайно изпълване на терминалния илеум
8. Многобройни, дълбоки и асиметрични циркулярни мускулни контракции
9. Разпространени “спазми”
10. Образ на т.нар. предивертикулозно състояние
11. Намаление на лумена на *ampulla recti* под 50% от трансверзалния диаметър на малкия таз

Мукозен колит. Синдром на Smith



Видове колостомии

- **декомпресиращи** – двустолови /тип двуцевка/
- **диверзионни** – с напълно прекъсване на чревния лумен. Проксималния край се извежда като едностолова колостома, а дисталния се извежда на предна коремна стена като фистула или остава затворен на глухо в коремната кухина – операция тип **Hartmann**.
- **перманентни** (**anus praeter naturalis**)
- **континентни**
 - временни: биомеханични протези – неимплантируеми и имплантируеми
 - постоянни: гладкомускулна сфинктеропластика /**Schmidt,1978**/

Диверзионен колит

За първи път заболяването е описано през 1970 г. Касае се за възпалително заболяване, което е резултат на нарушена резорбция на късоверижни мастни киселини (*short-chain fatty acids* – SCFAs) и засяга изключения от пасажа дистален сегмент на дебелото черво – сигма и ректум.

Доброкачествени тумори на дебело черво

Установяват се сравнително рядко. Биват: полипи/ фиброаденоми/, миоми, липоми, фиброми, лейомиоми, ангиоми и др.

Клинично протичат безсимптомно, рентгенологично се откриват случайно при изследване по друг повод. Дават окръглен дефект в изпълването, с гладки и резки очертания.

Полипи

Биват солитарни и множествени. Единичните се установяват рядко, по-често при мъжете. Локализират се предимно в сигмата. Обикновено са на “краче”. Могат да дегенерират злокачествено. Размери - **2 и повече сантиметра**. Откриват се най-добре в условията на двоен контраст или ендоскопски.

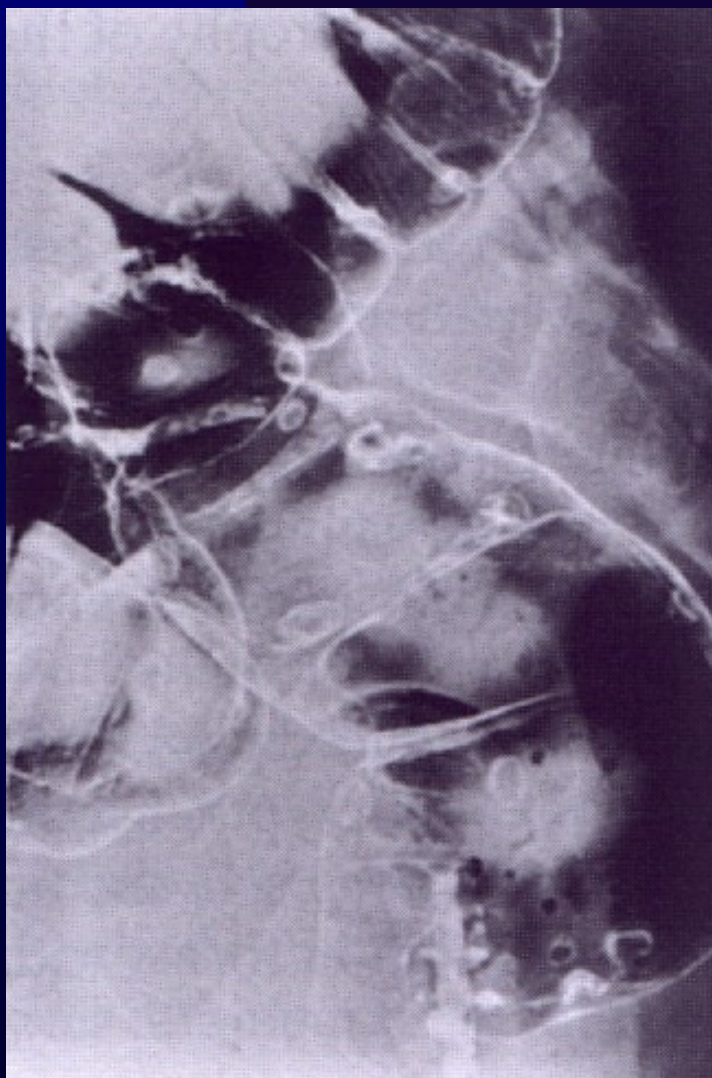
Множествена (дифузна) полипоза: фамилно доминантно унаследяващо се заболяване. Развитието започва още в яслената или предучилищната възраст и към 20-30 години дегенерира малигнено. Клинично протича като ХУХК.

Дифузна полипоза

Известни са няколко нозологични синдрома:

1. Синдром на Cronkhite – Canada – дифузна полипоза, включително и в антрума на стомаха, алопеция, меланодермия, диаричен синдром.
2. Синдром на Osfield – дифузна полипоза, множество мастни кисти по кожата, аденомиоматоза на тиреоидеята и надбъбреците.
3. Синдром на Gardner – дифузна полипоза, кожни фиброми и липоми, остеоми и остеофиброми по костите.
4. Синдром на Peutz – Jeghers – дифузна полипоза, меланозна пигментация по устните и външните генителии, анемия.
5. Синдром на Zanka – дифузна полипоза, епидермални кисти, карталагинерни екзостози.
6. Синдром на Turcot – Depre – дифузна полипоза, медулобластоми и ганглиобластоми в мозъка.
7. Синдром на Werner – дифузна полипоза, едокринна аденоматоза.

Полипоза на ректума



Карцином на дебело черво

През последните години карцинома на колона излезе първи по честота сред малигнените образувания на гастроинтестиналния тракт. Наблюдават се три основни макроскопски форми: **екзофитен** (туморовиден), **ендофитен** (инфилтративен, скирозен) и **язвен**. Най-често се развива **ендофитната** форма. Тя се наблюдава обикновено в преходните участъци между отделните части на колона и в зоните на анатомичните и функционални сфинктери.

Клинично:

При левостранна локализация на процеса се извяват симптомите на чревна непроходимост. Те се демонстрират с малки клинични прояви – упорит запек, сменящ се с “лъжлива диария”, малки количества изпражнения с много слуз, коликообразни болки, чувство за подуване на корема, кръвоизливи и т.нар. симптом на “неверния приятел” (изхождане вместо очакваното отделяне на газове).

При десностранна локализация на процеса най-рано проявяващ се клинично симптом е болката. Рядко се наблюдават кръвоизливи.

Карцином на дебело черво

Ракът на сигмата най-често е скирозен и обхваща пръстеновидно червото, като го стеснява. Обикновено процесът се развива на прехода сигма – ректум.

Карциномът на ректума заема пето място по честота след рака на стомаха, матката, белите дробове и млечната жлеза. По мястото на развитието си бива: **супраампуларен, ампуларен и анален.**

Карцином на дебело черво

Рентгенологични белези:

1. Ригидност на чревната стена
2. Стенотични промени в лумена на червото – при ендофитната форма на карцинома
3. Промени в лигавичния релеф – неправилен, хаотичен (злокачествен релеф)
4. Дефект в изпълването – основен рентгенов белег при екзофитната форма на карцинома

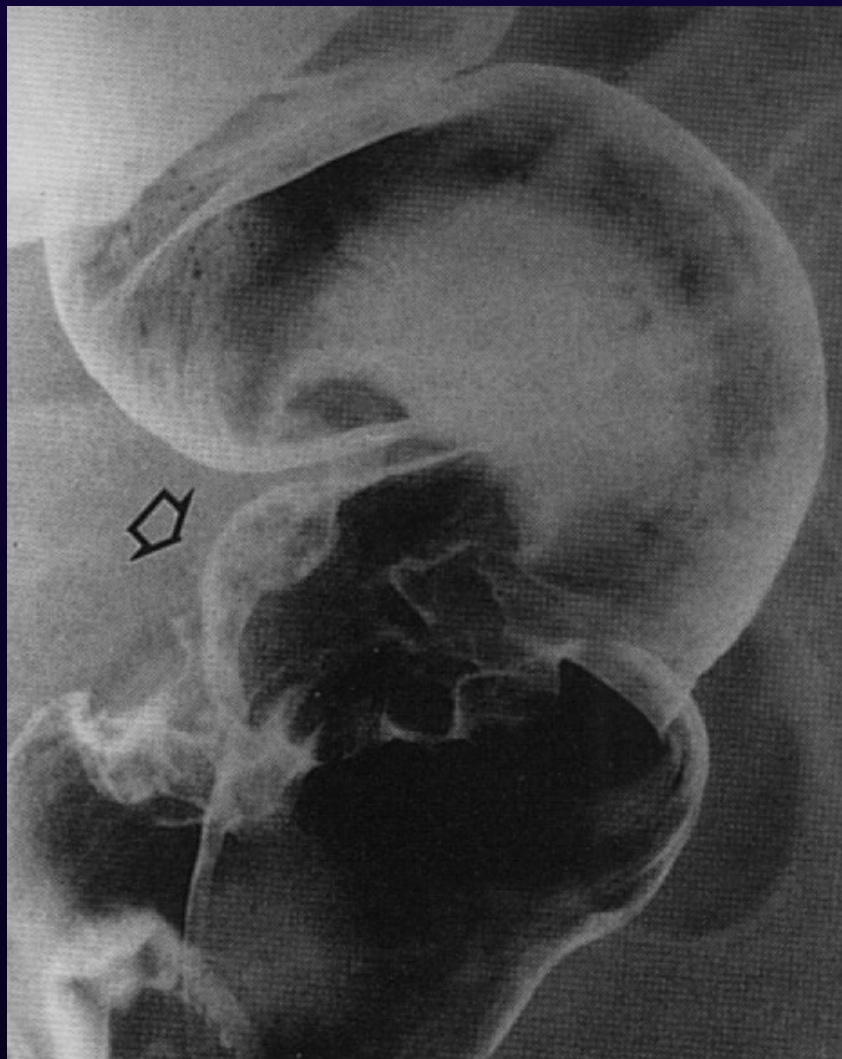
Карцином на дебело черво



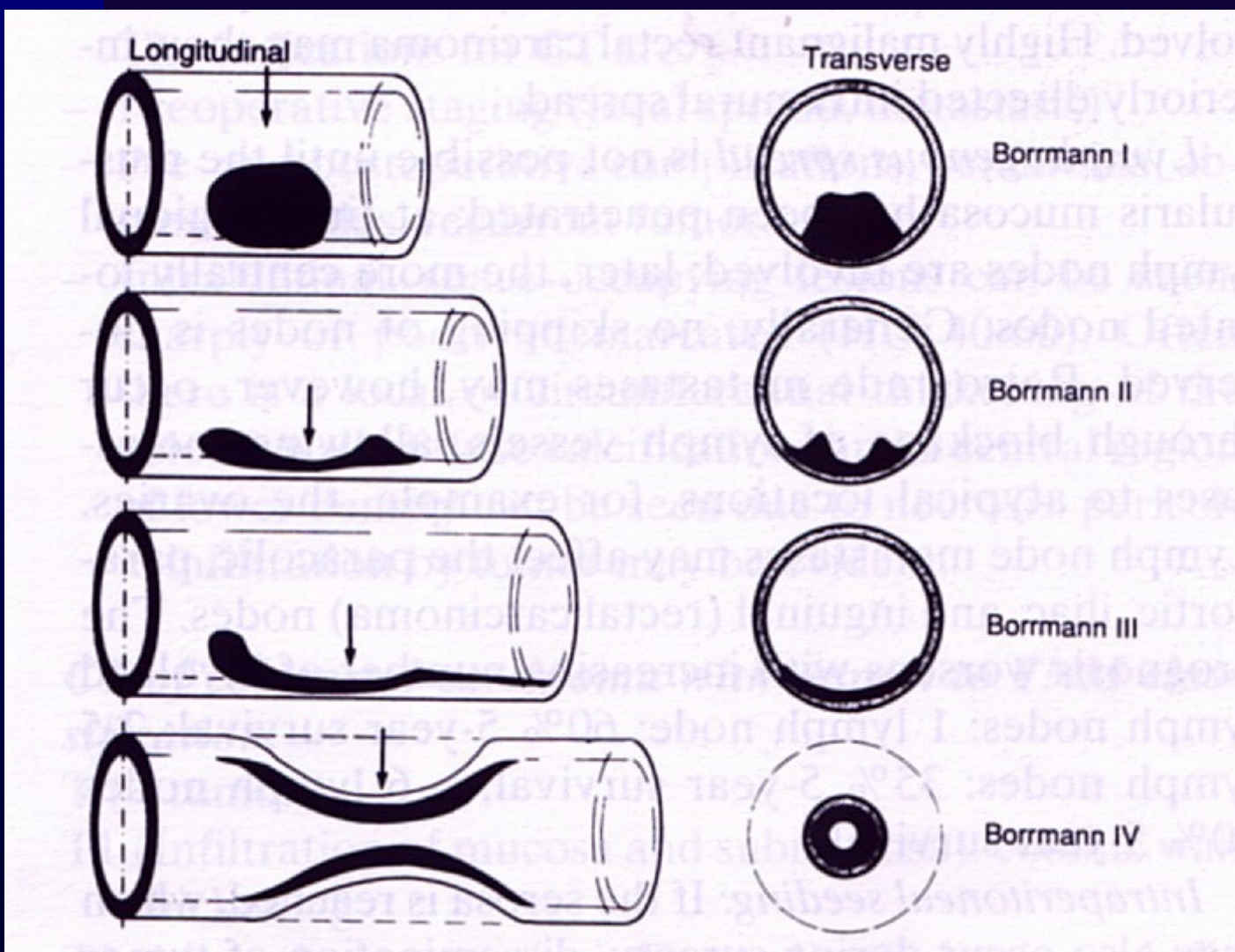
Карцином на сигмата



Карцином на ректума



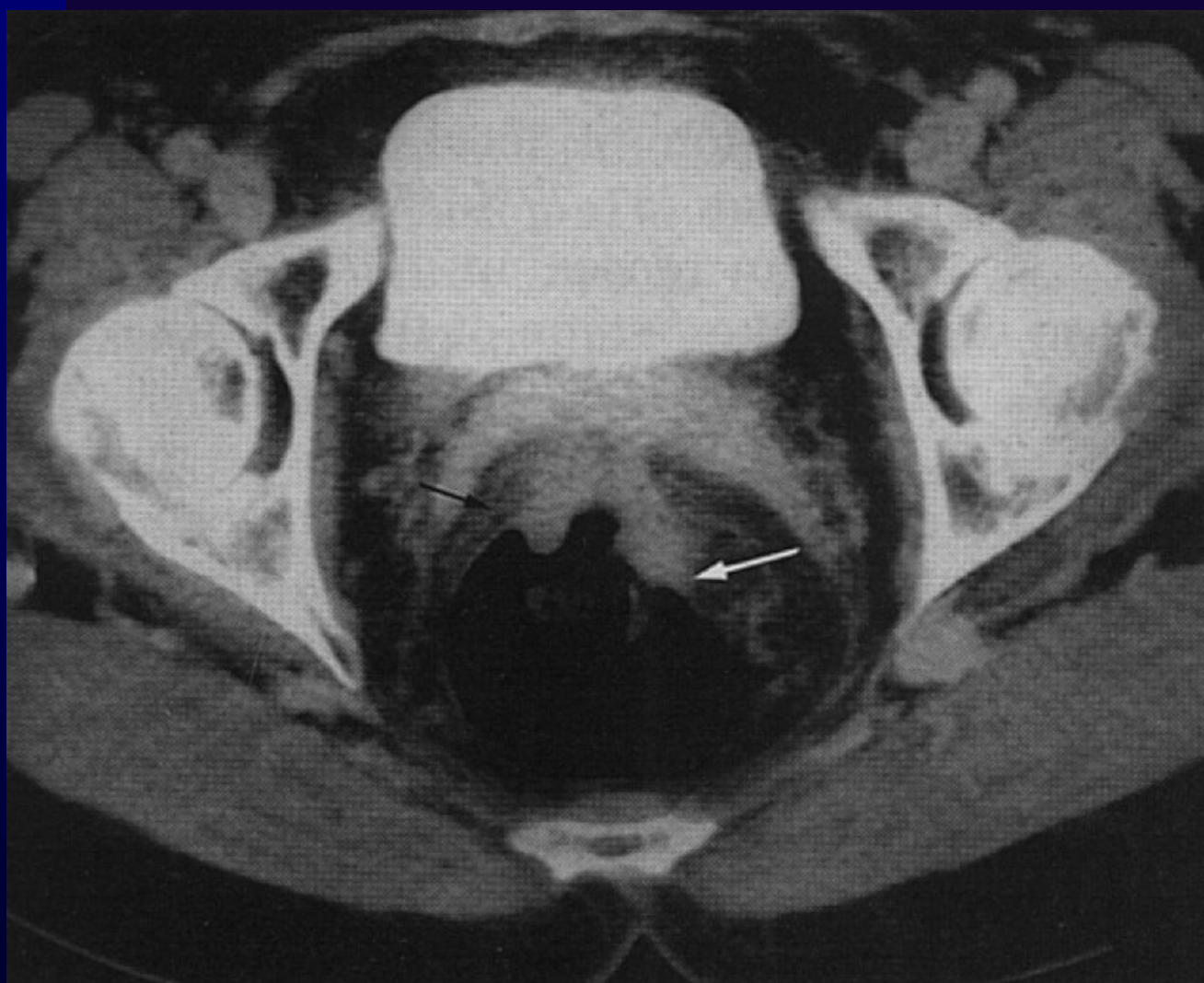
Ендоскопска класификация на колоректалния карцином на Borrmann



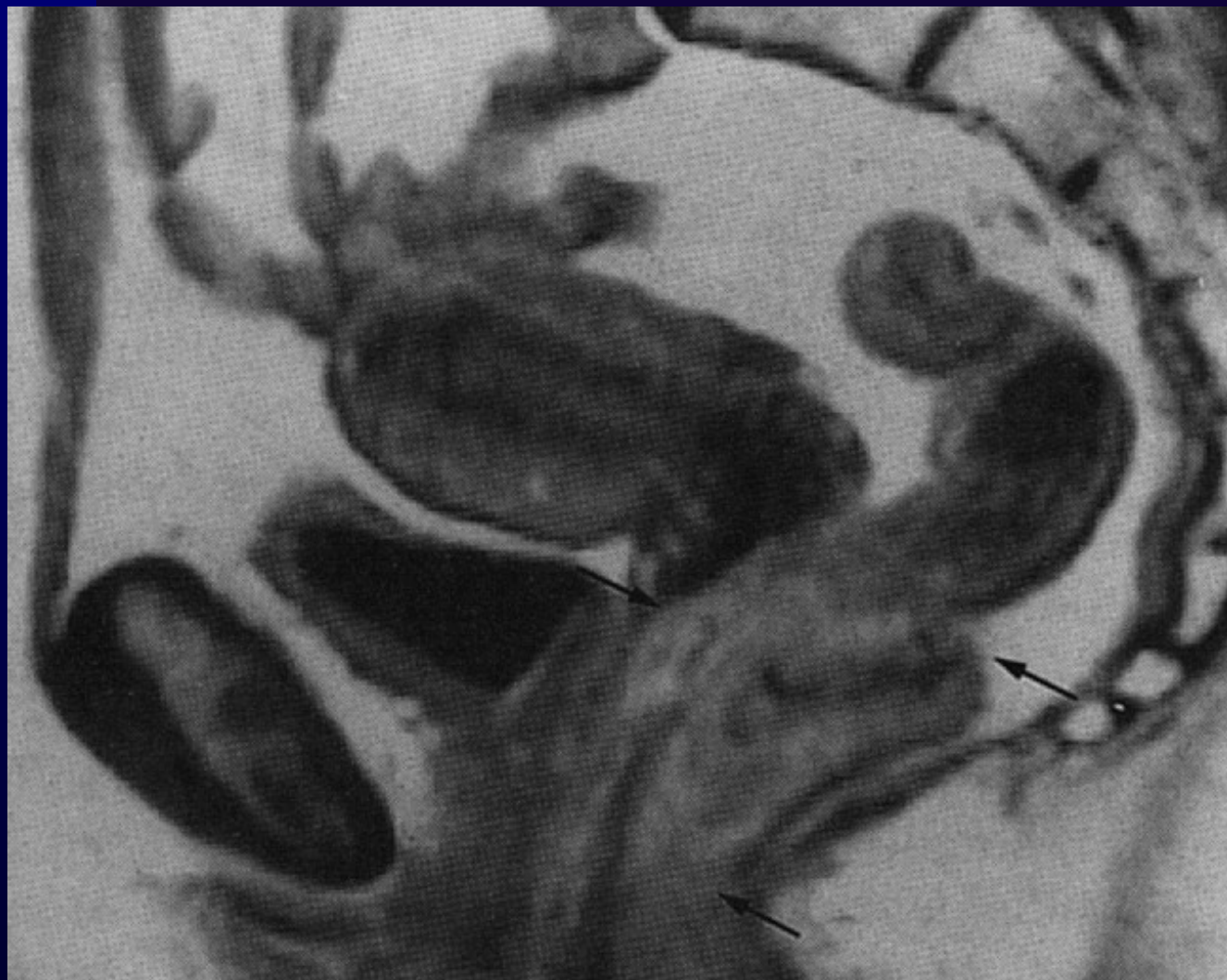
Карцином на ректума - transrectal US



Карцином на ректума – СТ



Карцином на ректума – MRI



TNM класификация на колоректалния карцином

	<i>Stage</i>	<i>Description</i>
Primary tumor	T1	Tumor invades submucosa
	T2	Tumor invades muscularis propria
	T3	Tumor invades directly into subserosa or into non-peritonealized pericolic/perirectal tissues
	T4	Tumor perforates the visceral peritoneum or invades directly organs or structures
Nodal involvement	N1	Spread in 1–3 pericolic/perirectal nodes
	N2	Spread in 4 or more pericolic/perirectal nodes
	N3	Spread in any lymph node along a named vascular trunk
Distant metastases	M0	No distant metastases
	M1	Distant metastases present

Карцином на ануса – СТ and MRI



TNM класификация на аналния карцином

	<i>Stage</i>	<i>Description</i>
Primary tumor	Tis	Carcinoma in situ
Anal canal	T1	Tumor 2 cm or less in greatest dimension
	T2	Tumor more than 2 cm but not more than 5 cm in greatest dimension
	T3	Tumor more than 5 cm in greatest dimension
	T4	Tumor of any size invades adjacent organ(s), e.g. vagina, urethra, bladder (involvement of the sphincter muscle(s) alone is not classified T4)
Nodal involvement	N1	Metastasis in perirectal lymph node(s)
	N2	Metastasis in unilateral internal iliac and/or inguinal lymph node(s)
	N3	Metastasis in perirectal and inguinal lymph nodes and/or bilateral internal iliac and/or inguinal lymph nodes
Distant metastases	M0	No distant metastasis
	M1	Distant metastasis