

КМ-Х

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра (ы) хирургических болезней №1
Хирургических болезней №2

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ

по специальности Хирургия

Основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по
группе научных специальностей 3.1. Клиническая медицина, по научной
специальности 3.1.9. Хирургия, утвержденной ректором ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России
«28» марта 2022 г.

Владикавказ, 2022

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной
самостоятельной работы аспирантов
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине Хирургические болезни

Составители:

заведующий кафедрой хирургических болезней №2,
д.м.н., проф. Тотиков В.З.

профессор кафедры хирургических болезней №1,
д.м.н., профессор Хутиев Ц.С.

Рецензент:

профессор кафедры хирургических болезней №3,
д.м.н., профессор Хестанов А.К.

СОДЕРЖАНИЕ	
I. ВВЕДЕНИЕ.....	5
II. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.....	5
III. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	5
IV. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	6
V. КЛАССИФИКАЦИЯ	7
VI. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	7
VII. ОСЛОЖНЕНИЯ	8
VIII. ДИАГНОСТИКА	9
IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	9
X. ЛЕЧЕНИЕ	10
1. Консервативное лечение	10
2. Оперативное лечение	10
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	14
Ответы на тестовые задания	20
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	20
Ответы на ситуационные задачи.....	24
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	26

Цель занятия: Ознакомить с этиологией патогенезом, клиническим течением различных форм нжк. Научить методике обследования больных страдающих НЖК, методам диагностики, правильному построению и формулировке клинического диагноза, основам дифференциального диагноза и выбору метода лечения.

Обучающийся должен знать:

1. Анатомию и физиологию толстой кишки (строение прямой и ободочной кишки, кровоснабжению, иннервацию и пути лимфооттока).
2. Классификацию неспецифического язвенного колита (по течению заболевания, по протяженности поражения, степень тяжести по Трулав, зависимости от глюкокортикоидов).
3. Этиологию и патогенез НЖК.
4. Клинические проявления (три ведущих синдрома, связанных с поражением толстой кишки: нарушение стула, геморрагический и болевой). Внекишечные проявления. Осложнения и показания к оперативному лечению.
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования при НЖК ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия,
6. Поддерживающая терапия в период ремиссии.

Обучающийся после практического занятия должен уметь:

1. Проводить сбор анамнеза, осмотр и физикальные методы обследования больных с НЖК (пальпация живота, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, выявление внекишечных проявлений).
2. Правильно интерпретировать данные ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, лабораторные исследования.
3. На основании анамнеза, данных осмотра, физикального, лабораторных, инструментальных методов исследования построить клинический диагноз и правильно сформулировать его.
4. Проводить дифференциальную диагностику между воспалительными заболеваниями толстой кишки (НЖК и болезнь Крона локализацией в толстой кишке), необходимо всегда исключать инфекционную и паразитарную причину диареи (*Campylobacter jejuni*, *Shigella*, *Salmonella*, *Clostridium difficile*, амебиаз, венерические инфекции, дивертикулезом толстой кишки, диффузным семейным полипозом толстой кишки, раком прямой и ободочной кишки).

ВВЕДЕНИЕ

Неспецифический язвенный колит – воспалительное заболевание неизвестной этиологии, поражающее, как правило, слизистую оболочку прямой и толстой кишки, имеющее рецидивирующее или хроническое течение.

Первое сообщение об язвенном колите принадлежит К. Ракитянскому, описавшему в 1942 году морфологическую картину заболевания. В самостоятельную нозологическую форму язвенный колит был выделен в 1888 году Уайтом. В 1913 году А. С. Казаченко ввёл термин «неспецифический язвенный колит». Большинство исследователей в нашей стране считают целесообразным использовать этот термин, так как он подчёркивает, что причина заболевания неизвестна, и исключает другие виды язвенного колита с выясненной этиологией. Синонимами являются термины «геморрагический ректоколит», «идиопатический язвенный колит», «язвенный колит».

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Частота этого заболевания в разных странах не одинаковая. В странах Европы заболеваемость НЯК колеблется в пределах 5,8-14 на 10 000 больных. Сходные данные (8 на 10 000 госпитализированных) приводит А. А. Васильев. Наибольшая заболеваемость среди стран Европы отмечено в Англии (14,8 на 10 000 больных). Ещё чаще встречается НЯК в США (50-60 на 10 000 госпитализированных больных).

Чаще всего заболевают лица в возрасте от 20 до 40 лет, хотя описаны случаи заболевания в раннем детском старческом возрасте. Мужчины и женщины заболевают одинаково часто. Определённое значение в возникновении НЯК имеют конституциональные и этнические факторы. Так, заболеваемость НЯК у евреев в 2-3 раза больше, чем у лиц других национальностей. У 5-10 больных заболевание имеет наследственный характер.

ЭТИОЛОГИЯ ПАТОГЕНЕЗ

Несмотря на многочисленные исследования, этиология НЯК остаётся неизвестной. Для объяснения возникновения этого заболевания предложен ряд теорий, среди которых наибольшее значение имеют инфекционная, аутоиммунная, аллергическая и неврогенная.

Считают, что кишечный дисбактериоз, агрессивные свойства микробной флоры способствуют развитию длительного воспалительного процесса в стенке толстой кишки, нарушают восстановительные процессы, вызывают интоксикацию, аутоенсибилизацию организма.

В последние годы большое внимание уделяют иммунологическим нарушениям. У многих больных определяется повышенная чувствительность к молоку. Апельсином, шоколаду, пыльце растений, лекарствам. Нередко НЯК сопутствуют заболевания, связанные с изменением иммунологической реактивности (экзема, крапивница, отёк Квинке, узловатая эритема, аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура).

Исследования показали, что в сыворотке больных НЯК и болезнью Крона образуются аутоантитела к тканям толстой кишки. Тот факт, что эти антитела взаимодействуют с антигенами кишечной палочки, послужило основанием для гипотезы, что воспалительные заболевания являются аутоиммунной патологией. Реакция между вырабатываемыми антителами и слизистой оболочкой толстой кишки, являющейся аутоантигеном, приводит к разрушению различных отделов кишки и создаёт благоприятные условия для активации кишечной флоры.

Изучают также влияние состояния психики больного на возникновение и течение НЯК. Во многих случаях заболевание или его рецидив возникает после психической травмы, нервного перенапряжения.

Таким образом, НЯК относится к заболеваниям с неизвестной этиологией, основными патогенетическими механизмами которого являются изменения состава кишечной микрофлоры, иммунологической реактивности, а также нейрогенные факторы.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Патологический процесс при НЯК локализуется преимущественно в толстой кишке. Заболевание начинается с поражения прямой кишки, и постепенно процесс распространяется на проксимальные отделы ободочной кишки. При тотальном поражении толстой кишки патологический процесс может распространиться ретроградно и на тонкую кишку. Такое поражение называется ретроградным илеитом.

Патологические изменения наблюдаются в слизистой оболочке. В ранней стадии заболевания слизистая оболочка отёчная, гиперемированная, блестящая, с утолщенными сглаженными складками. На ней появляются многочисленные геморрагии, эрозии и мелкие изъязвления, иногда достигающие значительной глубины, приводящие к разрушению всех слоёв стенки кишки и возникновению дилатации и перфорации. Формы и размеры язв бывают различными.

Характерным признаком НЯК является образование псевдополипов, представляющих собой сохранившиеся участки слизистой оболочки, выступающие в просвет кишки.

При хроническом течении заболевания в результате рубцого – язвенного процесса, сокращения продольного и циркулярного мышечных слоёв происходит характерное утолщение стенки кишки, укорочение и сужение стенки кишки с исчезновением гаустр. Длина ободочной кишки может составлять 70-90 см, а ширина просвета – около 1 см. По мнению многих авторов, полного анатомического излечения не происходит даже при многолетней ремиссии.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Единой классификации НЯК не существует. Наиболее распространённые классификации основаны на клинико – анатомических принципах. В зависимости от протяжённости патологического процесса различают:

- 1) язвенный проктит и проктосигмоидит (у 20% больных);
- 2) левосторонний колит (у 40% больных);
- 3) тотальный колит (у 40% больных).

По клиническому течению различают НЯК острый и молниеносный, хронический непрерывный и хронический рецидивирующий с периодами обострения и ремиссии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для НЯК характерны три ведущих симптома: выделение крови при акте дефекации, нарушение функции кишечника, боль в животе.

Выделение крови с калом – первый признак заболевания, встречающийся у больных НЯК в 90-100% случаев [Юхвидова Ж.М.,1969; Григорьева Г.А. и др.,1986]. Количество выделяемой крови варьирует в широких пределах: от прожилок на поверхности кала до ректального кровотечения, при котором выделяется от 50 до 300 мл крови и более.

Нарушение функции кишечника – второй по частоте симптом НЯК. У большинства больных наблюдается диарея – жидкий стул до 3 до 20 раз в сутки и более и является результатом обширного поражения слизистой ободочной толстой кишки и снижения абсорбции воды и солей.

Запоры у больных НЯК наблюдаются в 10-50 % случаев [Федоров В.Д., Левитан М.Х., 1982], как правило, с проктитом и проктосигмоидитом.

Жалобы на боли в животе предъявляют 65-70 % больных НЯК [Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., 1984]. Наиболее частая локализация – гипогастральная и левая подвздошная области. Боль носит схваткообразный характер, значительно усиливается перед дефекацией, уменьшается или исчезает после неё.

Лихорадка, потеря аппетита, изменение лабораторных показателей, свидетельствующих о нарушении обменных процессов и присоединившихся осложнениях, могут наблюдаться у больных НЯК. Их выраженность зависит от степени тяжести процесса и формы клинического течения.

Лёгкая форма НЯК встречается в 60 % случаев. Общее состояние таких больных остаётся удовлетворительным. Изредка могут отмечаться кратковременные боли внизу живота, стул остаётся нормальным или учащается до 2-3 раз в сутки. В кале периодически обнаруживается кровь или слизь. Клиническое течение чаще всего рецидивирующее, реже – хроническое непрерывное. Такие больные, чаще всего, лечатся амбулаторно.

У 25 % больных НЯК заболевание расценивается как среднетяжёлое [Edwards F.C., Trueiove S.C., 1964]. В клинике на первый план выступает диарея. Стул частый(6-8 раз в сутки) с кровью и гноем, и выраженными болями в низу живота. Появляется лихорадка, общая слабость, могут отмечаться внекишечные проявления. Клиническое течение НЯК средней степени тяжести рецидивирующее или хроническое непрерывное. В процессе прогрессирования заболевания данная форма может смениться тяжёлой или молниеносной, приобрести острое течение.

У 15 % больных НЯК протекает в тяжёлой форме и характеризуется острым течением процесса. Клиническая картина проявляется высокой лихорадкой, профузной диареей, обильным кровотечением, быстрым нарастанием обезвоживания, развитием анемии. Внекишечные проявления заболевания нарастают, присоединяются осложнения, которые требуют хирургического лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения НЯК принято делить на местные и общие (системные). К местным осложнениям относятся:

- 1) Перфорация толстой кишки встречающийся при острой форме заболевания.
- 2) Токсическая дилатация толстой кишки, встречающаяся от 1-2,5 до 26 % случаев. Патогенез осложнения недостаточно изучен. Предполагают, что в результате обширного воспалительного процесса возникают

метаболические расстройства и токсемия, что в свою очередь ведёт к нарушению нейромышечного аппарата толстой кишки [Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., 1984].

3) Массивное кровотечение при НЯК встречается относительно редко, занимает третье место после перфорации и токсической дилатации толстой кишки. Источником кровотечения является изъязвлённая, разрушенная на большом протяжении слизистая оболочка толстой кишки.

4) Рак толстой кишки осложняет НЯК в 3-4,5 % случаев [Butt J.H. 1980; Kvist et al., 1989] и имеет ряд особенностей: инфильтративный рост, возможность множественной локализации опухоли, более ранний средний возраст больных (40 лет), чем в общей популяции (62 года), плохой прогноз – пятилетняя выживаемость после операции составляет всего 18 %, в то время как у больных первичным раком данной локализации – 50 % [Бейлис Т.М., Ярдли Дж.Х., 1985]. Малигнизация чаще наблюдается при хроническом непрерывном течении.

К общим (системным) осложнениям относятся: артриты, кератит, конъюнктивит, узловая эритема, пиодермии, гепатит, амилоидоз, панкреатит и др.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз НЯК устанавливается на основании учёта совокупности данных исследований: клинического, эндоскопического (ректороманоскопия, сигмоскопия, колоноскопия), морфологического и рентгенологического.

С помощью эндоскопического метода удаётся установить диагноз, определить тяжесть заболевания и распространённость поражения, исследовать больных в динамике с целью контроля за эффективностью лечения, своевременно выявить озлокачествление процесса.

Использование контрастной клизмы может ускорить токсическую дилатацию, вызвать перфорацию толстой кишки. Поэтому ирригоскопия проводится обычно после ликвидации острых проявлений заболевания. Характерные признаки, выявляемые при ирригоскопии, следующие: отёк, неровность и «зернистость» слизистой оболочки, изъязвления, псевдополипоз, утолщение кишечной стенки, отсутствие гаустраций. Этот метод позволяет:

- 1) определить протяжённость поражения;
- 2) уточнить диагноз в случаях, когда данные эндоскопического и гистологического исследований недостаточно убедительны;

3) проводить дифференциальную диагностику НЯК с болезнью Крона, дивертикулитом, ишемическим колитом и другими заболеваниями толстой кишки;

4) выявить признаки малигнизации.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз проводят с дизентерией, амёбиазом, болезнью Крона, ишемическим колитом.

Острая дизентерия также может начинаться кровавым поносом, лихорадкой, болью в животе. Однако для этого заболевания характерно не обильное выделение крови, а слизисто – кровавые выделения с примесью крови в виде прожилок. Температура крови быстро нормализуется под влиянием проведённого лечения. Менее характерны осложнения, тяжёлая интоксикация. При бактериологическом исследовании кала, мазков со слизистой оболочки обнаруживают дизентерийные палочки. Антибактериальная терапия оказывает быстрый эффект при дизентерии и не эффективна при язвенном колите.

Амёбиаз обычно развивается медленно, отсутствуют анемия, интоксикация. При ректороманоскопии обнаруживают глубокие язвы с подрытыми краями и чистым дном, разбросанные по малоизменённой слизистой оболочке. Имеет значение обнаружение в кале амёб.

У ряда больных НЯК весьма сложно отличить от болезни Крона. При НЯК первично поражается слизистая оболочка, а затем в процесс вовлекаются подслизистая и мышечная оболочки. При болезни Крона поражается сразу вся стенка кишки. При гранулематозном колите на слизистой оболочке могут быть отдельные глубокие язвы, но воспаление между ними менее выражено, чем при НЯК. Абсцессы крипт встречаются чаще при НЯК и редко при болезни Крона. Наиболее важным признаком болезни Крона является обнаружение множественных гранулём. При НЯК во время приступа с калом обычно выделяется большое количество крови. При болезни Крона это случается редко. Анальные и перианальные поражения более характерны для болезни Крона. Биопсия анальной трещины позволяет обнаружить специфические гранулёмы. При ректороманоскопии слизистая оболочка прямой кишки не изменена, иногда она может быть умеренно воспалена, как при лёгкой форме НЯК. При классическом НЯК слизистая оболочка прямой кишки резко изменена, легко кровоточит, покрыта язвами. Прямая кишка сморщена, вследствие чего она отходит от кресца, что видно при рентгенологическом исследовании в боковой проекции.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Консервативное лечение

Лечение НЯК представляет трудную задачу, что обусловлено неясностью этиологии и отсутствием специфических средств терапии. Комплекс лечебных мероприятий включает диетотерапию(№ 4), витаминотерапию(аскорбиновая кислота, тиамин, ретинола ацетат, викасол, фолиевая кислота, рутин, препараты железа), переливания крови, растворов электролитов, а также средства патогенетической терапии – сульфасалазин и кортикостероиды.

Выраженным терапевтическим эффектом обладают производные салициловой кислоты и сульфацида. Благодаря применению этих препаратов клиническое улучшение и ремиссия наступают у 70-80 % больных. Сульфасалазин назначают в постепенно возрастающих дозах, начиная с 0,5 г 4 раза в день. Если эффект недостаточен, дозу увеличивают до 10-12 г в сутки при хорошей переносимости препарата. Курс лечения составляет 2-3 мес. После стихания острых явлений применяют поддерживающие дозы 1,5-2 г в сутки [Левитан М.Х. 1980]. При неэффективности сульфаниламидных препаратов их назначают в сочетании с кортикостероидами. С этой целью вводят парентерально гидрокортизон по 100 мг 4 раза в сутки. После отмены гидрокортизона применяют преднизолон в постепенно снижающейся дозировке. При лёгких формах заболевания стероидные гормоны назначают в клизмах. Комплексная терапия позволяет получить ремиссию и уменьшить число операций.

2. Оперативное лечение

Показаниями к хирургическому лечению НЯК являются перфорация кишки, профузное кишечное кровотечение, которое нельзя остановить с помощью консервативных мероприятий, токсическая дилатация толстой кишки, возникновение на фоне хронического воспалительного процесса рака, стойкая стриктура с явлениями непроходимости кишечника, тяжело протекающая острая форма заболевания при безуспешности консервативного лечения в течении 10- 14 дней, хроническое непрерывное или рецидивирующее течение заболевания. Выбор оперативного вмешательства при НЯК зависит от локализации патологического процесса, особенностей течения заболевания, наличия осложнений. Целью оперативного лечения является удаление поражённой толстой кишки – источника воспалительного процесса, интоксикации,

кровопотери. Большинство зарубежных хирургов считают операцией выбора при тотальном НЯК проктоколэктомию, поскольку прямая кишка поражается наряду с другими отделами кишечника в наибольшей степени. Операцию выполняют в один этап у сравнительно крепких больных и в 2-3 этапа у тяжело больных. В последнем случае вначале накладывают илеостому, а 3-6 мес, когда состояние больного улучшается, удаляют ободочную и прямую кишки.

Техника проктоколэктомии.

Брюшную полость вскрывают разрезом от лобка до мечевидного отростка. Мобилизуют ободочную кишку. Отступя 10-15 см от илеоцекального угла, подвздошную кишку дважды прошивают с помощью аппарата УКЛ и пересекают между танталовыми швами. Далее ушивают дефекты брюшины задней стенки брюшной полости. Удаление прямой кишки лучше производить двумя бригадами хирургов. Хирург оперирующий со стороны брюшной полости, перевязывает верхнюю прямокишечную артерию, рассекает тазовую брюшину и выделяет тазовый отдел прямой кишки. Затем прямую кишку пересекают, удаляют мобилизованную ободочную кишку. На дистальный конец прямой кишки надевают резиновую перчатку и фиксируют её лигатурой. Хирург, оперирующий со стороны промежности, накладывает кисетный шов на задний проход и делает разрез кожи вокруг него. Затем пересекают леваторы и заканчивают выделение прямой кишки. После этого извлекают через промежностную рану прямую кишку и удаляют её. Восстанавливают целостность брюшины малого таза, ушивают и дренируют промежностную рану. Заключительным этапом операции является формирование илеостомы, которую накладывают в правой подвздошной области. Наиболее распространённым является метод илеостомии, предложенный Бруком(1952). Для этого делают дополнительный циркулярный разрез кожи диаметром около 3 см. после иссечения всех слоёв брюшной стенки брюшину подшивают кетгутом к коже. Нити не срезают. Подвздошную кишку проводят через отверстие в правой подвздошной области, так чтобы над кожей выступало 7-8 см кишки. Подшивают край брыжейки кишки к париетальной брюшине, что предотвращает выпадение и заворот кишки. Ушивают срединную рану, брюшную полость дренируют. Выворачивают в виде манжетки наружную половину выведенной кишки и край её подшивают к краям кожной раны с помощью ранее наложенных кетгутовых нитей. На кишку накладывают мазовую повязку.

Единственная возможность восстановления естественного пути опорожнения кишечника после проктоколэктомии заключается в низведении подвздошной кишки в задний проход с сохранением сфинктера.

Впервые такую операцию предложил Ravitch (1948). Он сохранял небольшую часть прямой кишки, удалял её слизистую оболочку и в образовавшийся футляр низводил подвздошную кишку и подшивал её края к коже.

Изучение отдалённых результатов илеоанастомии показывает, что в большинстве случаев добиться удовлетворительной функции не удаётся. У больных наблюдаются понос, боль в животе после еды, вздутие, зуд в области заднего прохода, общая слабость, явления авитаминоза, анемия. Эти явления обычно исчезают после наложения илеостомы (Литвиненко М. Д. 1974).

Поскольку основным недостатком проктоколэктомии является отсутствие возможности восстановления естественной проходимости кишечника, многие хирурги рекомендуют сохранять прямую кишку, считая основной операцией при тотальной форме НЯК субтотальную колэктомию (Васильев А.А. 1967; Юдин И.Ю. 1976). Следует отметить, что вопрос о целесообразности сохранения прямой кишки при оперативном лечении НЯК остаётся спорным. Так, по данным Binder и соавторов (1976), у 73,5 % больных после субтотальной колэктомии приходится удалять культю прямой кишки в связи с прогрессированием процесса в ней.

Юдин И.Ю.(1976) считает, что показания к прокэктомии должны быть сужены. По его данным, после колэктомии наступает длительное улучшение. Прокэктомия необходима только при массивном кровотечении из прямой кишки и возникновении рака.

Техника субтотальной колэктомии.

Брюшную полость вскрывают разрезом от мечевидного отростка до лобка. Мобилизуют ободочную кишку до нижней трети сигмовидной ободочной кишки. После пересечения подвздошной и сигмовидной ободочной кишок поражённый участок ободочной кишки удаляют. Оставшуюся часть сигмовидной ободочной кишки выводят через отдельный разрез в левой подвздошной области в виде свища. Оставление такой ушитой кишки в брюшной полости крайне рискованно из-за опасности прорезывания швов на изъязвлённой кишке. В заключение операции ушивают дефект брюшины, накладывают илеостому по вышеописанной методике Брука.

Не решён окончательный вопрос о возможности реконструктивных операций после субтотальной колэктомии. Fallis и Baron(1966), Юдин И.Ю.(1972) считают, что илеоректальный анастомоз возможен после ликвидации воспалительных изменений в культе прямой кишки, для чего необходимо иногда 2-3 года.

По мнению Фёдорова В.Д.(1980), реконструктивные операции после субтотальной колэктомии возможны при благоприятном общем состоянии, стихании воспалительного процесса в прямой кишке и отсутствии выраженной стриктуры и малигнизации.

Сергевнин В.В.(1974) считает, что противопоказаниями к илеоректальному анастомозу являются:

- 1) распространённый, не поддающийся лечению на протяжении 6-12 мес тяжёлый язвенный процесс в культе прямой кишки;
- 2) резко выраженный стеноз прямой кишки;
- 3) функциональная неполноценность замыкательного аппарата прямой кишки;
- 4) потенциально активный язвенный проктит, выявляемый с помощью пробы на толерантность слизистой оболочки прямой кишки к химусу и путём изучения её моторной активности баллонографическим способом;
- 5) ретроградный илеит и повышение моторной активности престомального отдела подвздошной кишки. Наиболее рациональной является отсроченная, спустя 6-12 мес, илеоректостомия.

Предложен ряд методик наложения илеоректального анастомоза. Aylett (1957) формирует илеоректальный анастомоз по типу конец в конец с наложением немного выше его разгрузочной илеостомы и вторым этапом накладывает илеоректальный анастомоз.

Fallis и Baron (1960) предложили накладывать илеоректальный анастомоз в форме цифры 9. после илеостомии накладывают анастомоз между прямой кишкой и боковой стенкой подвздошной кишки проксимальнее илеостомы на 25-30 см. спустя год илеостому снимают, а конец вшивают в бок её проксимальнее анастомоза. Образуется петля кишки, способствующая задержке и лучшему всасыванию химуса.

Большие трудности возникают при наличии абсолютных показаний к операции (перфорация кишки, профузное кровотечение, токсическая дилатация).

Следует помнить о возможности множественных перфораций и об опасности и трудности ушивания отверстия в изменённой кишке при НЯК. Поэтому в таких случаях, несмотря на тяжесть состояния больного, показана одномоментная субтотальная колэктомия.

Одномоментную субтотальную колэктомию выполняют и при профузном кишечном кровотечении. У тяжелобольных ограничиваются илеостомией. Выключение толстой кишки, отведение содержимого тонкой кишки способствуют остановке кровотечения.

Результаты хирургического лечения НЯК зависят от формы, наличия осложнений, возраста больных. В последние годы летальность после радикальных операций заметно снизилась. По данным Richie (1972), на 117 тотальных проктоколэктомий она составила 4,3 %, на 108 субтотальных колэктомий с илеостомией – 8,3 %. Общая летальность при urgentных операциях колеблется в пределах 15- 20 %.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Определите наиболее часто встречающиеся клинические формы неспецифического язвенного колита:

- А. Молниеносная.
- Б. Острая.
- В. Хронического непрерывного течения.
- Г. Хроническая рецидивирующая.
- Д. Одинаково часто встречаются все формы.

2. Ведущими синдромами неспецифического язвенного колита являются:

- А. Нарушение стула.
- Б. Геморрагический.
- В. Болевой.
- Г. Воспалительно-интоксикационный.
- Д. Все вышеперечисленные.

3. Назовите критерии, определяющие степень тяжести неспецифического язвенного колита:

- А. Локализация процесса.
- Б. Частота стула.
- В. Наличие осложнений.
- Г. Воспалительно-интоксикационный синдром.

Д. Степень активности.

4. Для средней тяжести неспецифического язвенного колита характерно:

А. Частота стула более 8 раз в сутки.

Б. Наличие внекишечных осложнений.

В. Наличие осложнений со стороны толстой кишки.

Г. Отсутствие осложнений.

Д. Локализация процесса в прямой и сигмовидной кишке.

5. Перечислите основные симптомы, характерные для тяжелой степени неспецифического язвенного колита:

А. Кровяная диарея.

Б. Частота стула более 10 раз в сутки.

В. Схваткообразные боли в животе, связанные с актом дефекации.

Г. Постоянные боли в животе.

Д. Боли в области сердца.

6. Лабораторными показателями тяжелой степени неспецифического язвенного колита являются:

А. Гипокалиемия.

Б. Воспалительные изменения в гемограмме.

В. Анемия.

Г. Ретикулоцитоз.

Д. Гипоальбуминемия.

7. Соотнесите данные колоноскопии со степенью активности поражения слизистой оболочки толстой кишки:

1. Минимальная

2. Умеренная

3. Тяжелая

А. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована, сосуды расширены, рисунок смазан, контактная кровоточивость.

Б. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована, сосудистый рисунок смазан, единичные эрозии, язвы, выраженная контактная кровоточивость.

В. Слизистая оболочка бледная, истонченная, имеет крупнозернистый вид, в просвете множественные псевдополипы, просвет кишки сужен.

Г. Резкий отек и гиперемия слизистой, множественные сливные активные язвы, псевдополипы, спонтанная кровоточивость.

8. Перечислите внекишечные осложнения неспецифического язвенного колита:

А. Узловатая эритема.

Б. Кольцевидная эритема.

В. Пневмония.

Г. Склерозирующий холангит.

Д. Артриты.

9. Перечислите угрожающие жизни осложнения со стороны толстой кишки:

А. Стриктуры.

Б. Кровотечение.

В. Токсическая дилатация.

Г. Перфорация.

Д. Все перечисленное.

10. Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить:

А. Метеоризм.

Б. Кровотечение.

В. Перфорацию.

Г. Малигнизацию.

Д. Токсическую дилатацию.

11. Перечислите характерные признаки токсической дилатации толстой кишки:

А. Учащение стула.

Б. Урежение стула.

В. Метеоризм.

Г. Нарастающий характер интоксикации.

Д. Лейкоцитоз.

12. Рентгенологическими признаками токсической дилатации толстой кишки являются:

А. Метеоризм.

Б. Наличие свободного газа в брюшной полости.

В. Расширение диаметра поперечно-ободочной кишки до 4 см.

Г. Расширение диаметра поперечно-ободочной кишки более 4 см.

Д. Отсутствие гаустраций.

13. Для перфорации толстой кишки характерно:

А. Усиление болей в животе.

Б. Уменьшение болей в животе.

В. Тахикардия.

Г. Брадикардия.

Д. Повышение артериального давления.

Е. Понижение артериального давления.

14. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита проводится с:

А. Бактериальной дизентерией.

Б. Амебным колитом.

В. Туберкулезным колитом.

Г. Болезнью Крона.

Д. Синдромом раздраженного кишечника.

Е. Дивертикулезом сигмовидной кишки.

15. Назовите принципы диетотерапии при неспецифическом язвенном колите:

А. Повышение потребления белков.

Б. Ограничение потребления белков.

В. Повышение потребления углеводов.

Г. Ограничение потребления углеводов.

Д. Повышение потребления жиров.

Е. Ограничение потребления жиров.

Ж. Повышение потребления клетчатки.

З. Исключение молока, цитрусовых.

16. Для лечения неспецифического язвенного колита используют:

А. Нестероидные противовоспалительные препараты.

Б. Кортикостероиды.

В. Холинолитические препараты.

Г. Цитостатические препараты.

Д. Препараты 5-аминосалициловой кислоты.

17. Лечение среднетяжелых форм неспецифического язвенного колита включает:

А. Пероральное назначение кортикостероидов.

Б. Внутривенное назначение кортикостероидов.

В. Внутривенное назначение цитостатических препаратов.

Г. Назначение препаратов 5-аминосалициловой кислоты.

18. Лечение тяжелых форм неспецифического язвенного колита включает:

А. Парентеральное питание.

Б. Внутривенное введение кортикостероидов.

В. Внутривенное введение цитостатических препаратов.

Г. Препараты 5-аминосалициловой кислоты.

Д. Сердечные гликозиды.

19. Для лечения неспецифического язвенного колита используются все препараты, кроме:

А. Преднизолона.

Б. Гидрокортизона.

В. Сульфасалазина.

Г. Мелоксикама.

Д. Циклоспорина.

Е. Фамотидина.

20. Абсолютными показаниями для неотложного хирургического вмешательства являются:

А. Кровотечения, не купирующиеся в течение 48 ч.

Б. Перфорация кишки.

В. Токсическая дилатация.

Г. Стриктуры.

Д. Малигнизация.

Е. Кишечная непроходимость.

Ответы на тестовые задания

1	Б, Г	11	Б, В, Г, Д
2	Д	12	А, Г, Д
3	Б, В, Г, Д	13	А, В, Е
4	Б, Д	14	А, Б, В, Г, Д
5	А, Б, Г	15	А, Г, Е, З
6	А, Б, В, Д	16	Б, Г, Д
7	1А, 2Б, 3Г	17	А, Г
8	А, Г, Д,	18	А, Б, В
9	Б, В, Г	19	А, Б, В, Д
10	А, В, Д	20	А, Б, В, Е

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Клиническая задача № 1

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 нед до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10х9х8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексy отсутствуют. Внешних изменений в суставах не определяются.

Анализ крови: Нb - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено. 1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Каковы ожидаемые результаты обследования?
4. Какие ошибки были допущены при проведенном лечении?
5. Ваша тактика лечения.

Клиническая задача № 2

В гастроэнтерологическое отделение больницы поступил больной К., 23 года, с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С.

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал но-шпу*, лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем был направлен в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела - 37,8 °С, кожа бледная, сухая, периферические л/у не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания - 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 105 в минуту, ритм правильный.

Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. На голених и бедрах болезненные плотные ярко-красные отечные узлы, движения конечностей ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Анализ крови: Нб - 93 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %, СОЭ - 30 мм/ч, анизоцитоз.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, билирубин - 18,2 ммоль/л, калий - 3,50 мэкв/л, натрий - 135 мэкв/л.

УЗИ органов брюшной полости: без патологических изменений.

Колоноскопия: слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость.

1. Сформулируйте диагноз.
2. На основании каких данных определяется активность процесса?
3. Какие осложнения развились у больного?
4. Предположите тактику лечения больного.

Клиническая задача № 3

Больная Н., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и гноя до 15-20 раз в сутки, частые болезненные позывы на дефекацию, схваткообразные боли в животе, тошноту, похудание, нарастающую общую слабость, повышенную раздражительность.

Считает себя больной в течение 3 сут, когда после тяжелой стрессовой ситуации в семье появился жидкий стул с примесью крови и гноя, присоединились вышеописанные жалобы. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания, аппетит отсутствует, настроение подавленное. Кожа бледная, сухая. Температура тела 38,3 °С, число дыханий - 22 в минуту. В легких при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС - 125 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Отмечаются постоянные кровянисто-гнойные выделения из заднего прохода.

Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, край уплотнен. Селезенка не пальпируется. Отеки голени и стоп.

В анализах крови: Hb - 70 г/л, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 14×10^9 /л, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 59 %, лимфоциты - 18 %, эозинофилы - 3 %, моноциты - 10 %, СОЭ - 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, общий билирубин - 18,6 ммоль/л, алАТ - 60 ЕД, АСТ - 80 ЕД, К⁺ - 3,5 мэкв/л, Na⁺ - 135 мэкв/л.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка резко гиперемирована, диффузно кровоточит, отечна, утолщена, стенки кишки покрыты гнойным налетом, множественные активные сливные язвы, сосудистый рисунок отсутствует, в просвете кишки - гной, кровь.

К концу первых суток пребывания в стационаре на фоне проводимой терапии частота стула значительно уменьшилась, однако общее состояние больной ухудшилось: усилились боли в животе, отмечалась неоднократная рвота, повысилась температура тела до 39,8 °С, участилось ЧСС до 140 в минуту, снизилось АД до 70/40 мм рт.ст. При обследовании лицо бледное, покрытое холодным липким потом, живот резко вздут, болезненный по всей поверхности, симптомов раздражения брюшины не отмечается.

В анализе крови лейкоцитоз - 22×10^9 , со сдвигом формулы влево (15 % палочкоядерных нейтрофилов).

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: в брюшной полости определяется свободный газ, поперечно-ободочная кишка расширена в диаметре до 8-10 см, отмечается отсутствие гаустраций.

1. Определите клиническую форму заболевания.
2. Какие осложнения со стороны толстой кишки развились в данном случае?
3. Укажите на особенности клинических проявлений этих осложнений при неспецифическом язвенном колите.
4. Определите дальнейшую тактику лечебных мероприятий.

Ответы на ситуационные задачи

Клиническая задача № 1

1. Неспецифический язвенный колит, острая форма средней степени тяжести, умеренной активности, с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишки (дистальный колит).
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести эндоскопические методы исследования с биопсией слизистой толстой кишки.
3. При колоноскопии в данном случае отмечается отек, зернистость, гиперемия слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка, эрозии, поверхностные язвы, псевдополипы, выраженная кровоточивость. Гистологическое исследование: отек, полнокровие сосудов, увеличение количества клеток воспаления, целостность эпителия не нарушена.
4. Ошибка заключалась в приеме антибиотиков, антидиарейных средств в связи с их малой эффективностью и возможностью развития на фоне их применения осложнений в виде дилатации кишки.
5. Диета - стол 4в. Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).

Клиническая задача № 2

1. Неспецифический язвенный колит, острая форма тяжелого течения, высокой степени активности с преимущественным поражением поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки.
2. Активность процесса определяется на основании жалоб, анамнеза, клинических данных частоты стула, симптомов интоксикации, в сочетании с результатами эндоскопического исследования, изменениями общего и биохимического исследований, наличия осложнений.

3. У данного больного имеются осложнения со стороны опорно-двигательного аппарата - артрит коленного и голеностопного суставов, кожи - узловатая эритема, глаз - конъюнктивит, кератит,

изменения со стороны крови свидетельствуют о наличии железодефицитной анемии.

4. При тяжелом течении неспецифического язвенного колита назначаются глюкокортикоиды, в течение 5-7 дней внутривенно преднизолон 120 мг/сут или гидрокортизон 400 мг/сут, затем дается преднизолон внутрь из расчета 1,0-1,5 мг/кг веса больного.

При резистентности к гормональной терапии назначаются иммунодепрессанты, циклоспорин 2-4 мг/кг на протяжении 7-10 дней, с последующим снижением дозы до 4-8 мг/сут.

Если внутривенная терапия не приносит результатов или состояние больного ухудшается, необходимо проведение хирургического вмешательства.

Клиническая задача № 3

1. В данном случае наблюдается молниеносная форма заболевания.

2. Со стороны толстой кишки развились осложнения: перфорация и острая дилатация толстой кишки.

3. В тяжелых случаях неспецифического язвенного колита перфорация может протекать со скрытой симптоматикой, признаки острого живота бывают стертыми, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. На это осложнение может указывать тахикардия и падение АД. Подтверждением служит рентгенография брюшной полости: в брюшной полости выявляется свободный газ.

При острой дилатации толстой кишки в связи с изменением перистальтики частота дефекаций значительно уменьшается. Диагноз устанавливается на основании нарастания симптомов интоксикации и рентгенологических признаков - расширения поперечно-ободочной кишки в диаметре более 5-6 см и отсутствием гаустраций.

4. Выявление угрожающих жизни осложнений в виде перфорации и острой дилатации толстой кишки - абсолютное показание для неотложного хирургического вмешательства.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная :

Кузин М. И. Хирургические болезни .484-486.

Дополнительная:

1. Краткое руководство по гастроэнтерологии/Под ред. В.Т.Ивашкина, Ф.И.Комарова, С. И. Рапопорта. М.: ООО Издат. дом "М-Вести", 2001; 458 с.

2. Костенко Н.В., Воробьев Г.И., Сенашенко с.А. Хирургическая реабилитация больных неспецифическим язвенным колитом. - Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова., Москва.

3. Левитан М.Х., Шадрин Б. Л., Халиф И. Л., Михайлова Т. Л. Иммунологические показатели у больных неспецифическим язвенным колитом. - Клини. Мед.,1978, №2, с.94-98.

4. Неспецифические колиты. Левитан М.Х., Федоров В.Д., Капуллер Л. Л. - М.: Медицина, 1980, 280 с., ил.

5. Основы колопроктологии Под ред. академика РАМН, профессора Воробьева Г.И. - Ростов на Дону: изд-во «Феникс»,2001. 416с.: ил.

6. Филин В. А., Салмова В. С., Вартапетова Е. Е. Современные аспекты этиологии и патогенеза неспецифического язвенного колита. - Педиатрия.,2000, №6. с.95-99.

7. Халиф И. Л. Использование салицилатов в лечении неспецифического язвенного колита. - Лечащий врач.,2000 г.-№5-6.

8. Шифрин О.С. Болезнь Крона: особенности патогенеза, клиники и лечения. Consilium medicum. 2001, 6: 261-266.

9. Шифрин О. С. Современные подходы к лечению больных неспецифическим язвенным колитом. - PROCTOLOG.RU

10. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит М. Гозтар, Медицина 2001, 527 с.

11. Кочетков. А. В. НЯК и Болезнь Крона.-2008.- 200 с.