**Грошев Сергей, 5 курс, мед. фак. Ошского Гос. Университета.**

**Рук.: Анаркулов С.Ф., к.м.н., доцент кафедры хирургии №1.**

**Реферат «Неспецифический язвенный колит»**

Термин **«Неспецифический язвенный колит»** введен А.С. Казаченко в 1913 г. Патоморфология описана австрийским патологом K. Rokitansky в 1942 г. В России о хирургическом лечении впервые сообщил В.А. Оппель в 1907 г. Ректоманоскопическую картину в 1925 г. описал B. Crohn et J. Rosenbery.

**Этиопатогенез.**

Это полиэтиологическое заболевание, существуют теории:

1. Ферментативная теория – согласно этой теории вследствие усиления перистальтики тонкого кишечника протеолитические ферменты из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта поступают в толстую кишку и вызывают образование язв.
2. Алиментарная и авитаминозная теории – недостаток в пище витамина А способен вызвать образование язв.
3. Неврогенная и психогенная теории – эмоциональные факторы играют роль в образовании язв.
4. Сосудистая теория – закупорка лимфатических сосудов вызывает образование язв.
5. Неврогенная теория – психогенные нарушения иннервации в крестцовом отделе парасимпатической нервной системы оказывают холинергические влияния в виде спазма и дискинезии кишечника. Это образует язву.
6. Гормональная теория – недостаточность гормонов способствует образованию язв.
7. Аллергическая теория – пищевая аутосенсибилизация, т.е. антитела накапливаются против аутоантигенов толстой кишки, последнее способствует образованию язв.

**Патанатомия.**

В большинстве случаев патологический процесс начинается с прямой кишки и постепенно распространяется на вышележащие отделы толстого кишечника. В ранних случаях имеет место нисходящее распространение воспалительного процесса. По Юдину И.Ю. (1968) прямая кишка поражена всегда, диффузное поражение ее имеет место в 25, подвздошной кишки в 34, сегментарное поражение в 6-7 % случаев.

Воспалительный процесс начинается со слизистой оболочки и постепенно распространяется в глубину кишечной стенки, захватывая мышечно-серозную оболочку. В ранней фазе отмечается гиперемия и отек слизистой оболочки, складки сглаживаются, стенка утолщается. Воспаленная оболочка продуцирует серозно-гнойное отделяемое, в дальнейшем присоединяется геморрагия, эрозии, мелкие изъязвления. Язвы покрываются фибринозным налетом. Просвет кишки за счет утолщения суживается, стенка становится плотной, ригидной, а в области дна язвы – истончается.

**Классификация.**

1. Острая форма с молниеносным течением или рецидивами обострений.
2. Подострая форма.
3. Хроническая форма с непрерывным течением или рецидивами обострений.

В зависимости от морфологических изменений различают геморрагическую, флегмонозно-язвенную, полипозную формы с тотальным или сегментарным поражением ободочной и прямой кишок.

**Клиника.**

Чаще начинается в относительно молодом возрасте (10-40 лет), длится годами.

* Острая форма характеризуется острым, внезапным началом и быстрым прогрессированием заболевания. Появляются ноющие боли в животе, особенно по ходу ободочной кишки, которые постепенно нарастают и приобретают схваткообразный характер. Температура повышается до 38-390С, появляются общая слабость, недомогание. В неизмененном по консистенции кале появляется примесь крови, затем кал становится жидким, приобретает слизисто-гнойный, геморрагический характер. Схваткообразные боли сопровождаются тенезмами, частым стулом, доходящим до 15-20 раз в сутки, сфинктер нередко зияет.

Эта форма сопровождается тяжелым токсикозом, обезвоживанием и анемией, часто осложняется перфорацией, токсической дистонией кишечника и массивными кровотечениями.

* Подострая форма: начало более постепенное, боли по ходу ободочной кишки менее интенсивные, температура субфебрильная, нормальный кал с примесью крови и слизи более длительно, жидкий стул не более 15-20 раз, кровопотеря от 20 до 30 мл. токсикоз, анемия, гипопротеинемия, потеря массы тела менее выражены. Ремиссия наступает часто, боли длительные. Кровотечение в период обострения доходит до 100-300 мл в сутки.
* Хроническая форма встречается в 50-65% случаев. Заболевание начинается постепенно, симптомы выражены слабо, общее состояние больных не страдает. Постепенно в начале появляются ноющие, затем схваткообразные боли. Появляются общая слабость, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура, жидкий стул до 8-10 раз, по виду напоминающий мясные помои, быстрая утомляемость, боли в суставах и мышцах. Развивается анемия, вегетативные расстройства в виде потливости, нарушение функции ССС. Ремиссия может продолжаться до нескольких лет. Обострение может вызвать инфекция ВДП, нервно-психическое напряжение, переохлаждение, перегревание, недостатки витаминов, погрешности в диете, раздражение кишечника медикаментами, эндокринные нарушения, прямые травмы клизмой. Каждое обострение, а оно носит сезонный характер (весна-осень), ухудшает общее состояние больного, развивается обезвоживание, истощение, выпадение волос, появляются барабанные палочки.

**Диагностика.**

* Ректаманоскопия и колоноскопия. Обнаруживается отечная, гиперемированная, покрытая слизью слизистая оболочка. Мелкие абсцессы, вскрываясь и сливаясь, образуют изъязвления различной величины, формы и глубины. Они при дотрагивании легко кровоточат. В результате гиперплазии слизистой образуются псевдокисты, диаметр кишки суживается.
* Рентгенологическое обследование, при этом определяют язвенный просвет кишки, стенка теряет эластичность, гаустры отсутствуют.
* Изменение лабораторных показателей. Имеет место лейкоцитоз, ускеренное СОЭ, анемия, гипо- и диспротеинемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипокалиемия. В кале обнаруживаются эритроциты, лейкоциты, мышечные волокна, дисбактериоз.

**Осложнения.**

Делятся на местные и общие.

А. К местным относятся:

* Перфорация ободочной кишки (60-70%) вследствие тромбоза венозных сплетений, растяжения кишечной стенки, нарушения пассажа кишечного содержимого и содержание кишечной палочки на дне язвы. Чаще всего перфорируется язва сигмовидной кишки в острой форме.

Клиника острого живота или стертая, имеет место расхождение до и послеоперационного диагноза, т.е. при лапаротомии перфорация не подтверждается.

* Острая токсическая дилатация ободочной кишки (1,6-6,0%). Причинами их считаются деструктивные и дегенеративные изменения нервно-мышечных сплетений, другие – воспаление стенки кишки, гипокалиемию, снижение сывороточных альбуминов, механическую кишечную непроходимость за счет скопления газов и фекальных масс в дистальном отделе кишки. Различают 3 степени дилатации – первая (d = 8-10см), вторая (d = 10-14 см) и третья (d > 14 см). диаметр кишки в норме, затем 5-6,4 см. диагностика трудна. Основными симптомами является усиление вздутия живота, вялость перистальтики, урежение стула, нарастание симптомов интоксикации.
* Кишечное кровотечение (0,4-14%) чаще бывает массивным, в начале усиливается боль в животе, которая после кровотечения стихает. При кровотечении из правого отдела стул бывает черным, из левого отдела – алым. Но это не всегда зависит от массивности кровотечения. Клиника складывается из общих и местных признаков кровотечения.
* Суженная ободочная кишка (1-3,6%) в начальных стадиях обусловлена воспалительной инфильтрацией стенки кишки, псевдополипами, в запущенных случаях имеет место рубцовая стриктура. Тогда появляется вздутие живота и плеск в петлях кишечника, выделение кала в виде боли в животе.
* Малигнизация (1-19%) до 5 лет переходит в 17% после 15 лет – в 25% случаев, течет крайне злокачественно с редкими ремиссиями и метастазами.

Б. К общим внекишечным осложнениям относятся артриты (12%), узловатая эритема, некрозы кожи, трофические язвы, фурункулез, конъюнктивит, кератит, стоматит. В их основе лежит инфекционно-трофическая и аллергическая природа.

**Дифференциальный диагноз.**

1. **Дизентерия.**

Отличительными признаками неспецифического колита является особая тяжесть течения, чем дизентерия, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, отсутствие дизентерийных бактерий в кале, раннее появление осложнений, что не характерно для дизентерии.

1. **Амебиаз.**

Течение амебиаза более постепенное, менее острое, долго не наступает истощения, анемия интоксикация. При колоноскопии для амебиаза характерны небольшие глубокие с кровоточащим дном и подрытыми краями язвы. Слизистая оболочка остальных участков не изменена. В кале обнаруживаются амебы.

1. **Болезнь Крона.**

Течение болезни Крона вялое, «тлеющее», отсутствует поражение прямой кишки, наоборот, поражается восходящая кишка, язвы глубокие, склонны к образованию стриктур, в начале заболевания наблюдается запор, затем понос не носит профузный характер.

1. **Язвенный туберкулез.**

Преимущественно поражаются правые отделы толстой кишки, сочетается с туберкулезом легких и других органов, поэтому туберкулезные пробы резко положительны. Язвы с подрытыми краями, налеты язвы творожистые.

1. **Злокачественные поражения ободочной кишки.**

Дифдиагностика затруднена, т.к. неспецифический язвенный колит, особенно псевдополипоз, может озлокачествляться. Рентгеноскопическими отличительными признаками является сужение кишечника на ограниченном участке со супрастеноспастическим расширением и скоплением там кишечного содержимого. Диагноз подтверждается биопсией и микроскопией.

1. **Полипоз.**

Течение не сопровождается интоксикацией, общее состояние остается удовлетворительным, диагноз уточняется биопсией.

**Лечение.**

1. **Консервативное лечение –** является основным методом лечения. Оно начинается с диетотерапии. Назначают фруктовые, овощные соки, как земляничный, клубничный, капустный, настои шиповника, грецкого ореха до 200 г (содержит 70% растительного жира, 24% белка, 8% углеводов, витамины). Из рациона исключают лук, чеснок, алкоголь, сырые фрукты, овощи, черный хлеб и т.д., которые раздражают кишечную стенку, повышают секрецию и брожение, гниение в кишечнике.

Больным создают физический и психический покой, обострение болезни часто возникает после физического, психического перенапряжения, конфликтных ситуаций.

1. **Медикаментозное лечение –**

а) при легком и среднетяжелом течении назначают препараты салициловой кислоты:

* сульфасалазин по 4-8 г в сутки,
* салазопиридазин с салазодиметоксином по 2 г в сутки.

Через 3-4 недели дозу препаратов снижают на половину и еще продолжают 3-4 недели. При их непереносимости их заменяют офталазом по 6-8 г в сутки. Другие авторы назначают прополис.

б) при тяжелом течении к лечению прибавляют:

* антибиотикотерапию, для исключения усугубления имеющегося дисбактериоза подбирают по принципу спектрального действия и назначают короткими курсами (7-8 дней), затем заменяют.
* назначают дезинтоксикационную терапию с физ. раствором, раствором глюкозы, электролитов, белковых препаратов и их заменителей, витаминами.
* гормонотерапию гидрокортизоном по 100 мг 2 раза в/в, через 5-7 дней прднизолон по 40-60 мг в день. Дозу преднизолона снижают медленно по 5 мг, затем 2,5 мг через каждые 2 недели.

**При хроническом течении назначают:**

* иммунодепрессанты – азотиоприн по 0,05 г 3 раза в день в течение 14-18 дней,
* глюконат кальция, хлорид кальция в/в. они обладают десенсибилизирующим, противовоспалительным, противодиаретическим действиями,
* в периоде ремиссии назначают санаторно-курортное лечение.

**Показания к хирургическому лечению и выбор метода операции.**

По мнению одних авторов, показанием являются острые формы с прогрессивным течением, не поддающиеся консервативному лечению в течение 6 мес., хроническая форма с частыми рецидивами и прогрессированием в течение 3 лет и все случаи осложнения. При тотальном поражении, перфорации, кровотечении, с сохранением прямой кишки с наложением, при необходимости, илеостомы. Затем вторым этапом накладывают илеоректостому.

**План реферата:**

1. История изучения.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Клиника.
5. Диагностика.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение.