

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой

д.м.н., доцент Здитовецкий Д.Э.

Реферат на тему: Неспецифический язвенный колит

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Тесленко Юрий Александрович

г.Красноярск, 2019

Неспецифический язвенный колит (НЯК) — хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки характеризующееся тяжелым диффузным язвенно-воспалительное поражением ее слизистой оболочки.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ.

В Западной Европе и США ежегодно заболевает от 3, 5-6, 5 больных на 105 населения до 60 больных на 105 населения. Более 50% больных имеют возраст 20-40 лет, средний возраст в момент возникновения болезни составляет 29 лет. Начало заболевания в возрасте до 15 лет отмечено только у 15% больных, возникновение неспецифического язвенного колита после 40 лет не характерно. В США неспецифический язвенный колит более чем в два раза чаще наблюдается среди еврейского населения, чем у других белых, среди белого населения встречается на 50% чаще, чем у других групп населения. Существенно, что заболеваемость язвенным колитом на 10-15% выше, если есть близкие родственники страдавшие этим заболеванием.

ЭТИОЛОГИЯ.

На возникновение язвенного колита оказывают влияние инфекционные, иммунологические, генетические факторы, а также факторы внешней среды. Продолжаются исследовательские работы по изучению роли микрофлоры и вирусов в патогенезе этого заболевания. Убедительных доказательств, что инфекционные агенты являются причинным фактором возникновения неспецифического язвенного колита до настоящего времени не получено. Генетическим факторам придается большое значение во многих исследованиях. Эмоциональные факторы могут играть роль в появлении обострения заболевания, но их значение в возникновении неспецифического язвенного колита не доказана.

Выдвигались предположения, что неспецифический язвенный колит является аутоимунным заболеванием. Многими исследователями были найдены подтверждения этой теории. Значительный интерес в настоящее время проявляется к выяснению роли цитокинов и иммунорегуляторных молекул в регуляции иммунного ответа у больных с неспецифическим язвенным колитом. Некоторые исследователи предполагают, что основным звеном в развитии неспецифического язвенного колита является энергетическая недостаточность в кишечном эпителии. Подтверждением этой теории, возможно являются изменения в составе гликопротеидов у больных с неспецифическим язвенным колитом. В течение последнего десятилетия моделирование воспаления кишечника на животных в эксперименте способствовало более глубокому пониманию патогенеза неспецифического язвенного колита, особенно роли медиаторов воспаления и цитокинов, значения наследственных факторов, воздействия кишечной флоры.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ.

Поражение начинается как правило от прямой кишки — зубчатой линии и распространяется в проксимальном направлении. Если поражается только прямая кишка, то такое заболевание называется язвенным проктитом. Распространение патологического процесса происходит постоянно так, что не остаётся ни одного участка нормальной толстой кишки.

В отличие от болезни Крона при язвенном колите в патологический процесс преимущественно вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой. Форма и размеры язв разнообразны, их края ровные, подрытые. Наиболее характерными являются узкие длинные язвы, расположенные вдоль мышечных лент двумя — тремя параллельными рядами. Дно мелких язв чистое, у крупных покрыто сероватым налетом фибрина. Описаны редкие случаи перфорации язв. Тяжесть морфологических изменений нарастает в дистальном направлении (наиболее выражены в нисходящей и сигмовидной кишке). В 18-30% может поражаться терминальный отдел подвздошной кишки.

Нередко в толстой кишке обнаруживаются псевдополипы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По локализации:

Неспецифический язвенный проктит и проктосигмоидит

Неспецифический язвенный левосторонний колит

Неспецифический язвенный тотальный колит

Неспецифический язвенный регионарный колит

По течению:

Острый неспецифический язвенный колит

Хронический неспецифический язвенный колит

Рецидивирующий неспецифический язвенный колит

По тяжести:

Легкая форма

стул кашицеобразный
Средней тяжести

жидкий стул 5-8 раз в сутки примесь крови и слизи в стуле, умеренная лихорадка, тахикардия, анемия, удовлетворительное общее состояние

Тяжелая форма

тяжелая диарея (>8 раз в сутки); значительная примесь крови, слизи и гноя в каловых массах; лихорадка более 38,0С, тахикардия, анемия (гемоглобин

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ.

Начало заболевания может быть острым или постепенным. Симптоматика НЯК обусловлена характерным воспалительным процессом в кишечнике.

Симптомы:

понос или кашицеобразный стул с примесью крови, гноя и слизи, иногда в сочетании с тенезмами (болезненные, ложные позывы к дефекации). Частота стула может увеличиваться и уменьшаться без видимых причин и вне зависимости от проводимой терапии.

боль в животе (чаще в левой половине)

лихорадка

снижение аппетита

потеря веса

водно-электролитные нарушения различной степени.

Внекишечные проявления язвенного колита включают: артриты (7-14% случаев), спондилиты, поражения органа зрения (ириты, конъюнктивиты и блефариты), заболевания полости рта (стоматиты), печени и жёлчевыводящих путей (холангит, цирроз и холелитиаз), а также заболевания кожи и подкожной клетчатки (гангренозная пиодермия, узловатая эритема, узелковый полиартериит), тромбофлебиты и тромбозы, нефролитиаз.

Понос с кровью является наиболее ранним проявлением неспецифического язвенного колита. Манифестацией заболевания иногда могут быть артрит, ирит, дисфункция печени, кожные поражения или другие системные проявления. У большинства больных заболевание протекает хронически, с периодическими рецидивами, волнообразного характера. В редких случаях (15%), заболевание начинается молниеносно. У таких пациентов отмечается частый стул с кровью, лихорадка, абдоминальная боль.

Для больных характерно снижение массы тела и бледность кожных покровов. В период обострения имеется напряжение брюшной стенки в проекции ободочной кишки при пальпации. В период активного воспаления и при молниеносной форме заболевания могут быть перитонеальные симптомы, исчезновение перистальтических шумов, лихорадка. При токсическом мегаколоне может наблюдаться вздутие живота.

ДИАГНОСТИКА.

Осмотр. В зависимости от остроты и тяжести проявлений заболевания, клинические

находки у пациентов с язвенным колитом варьируют от нормы до клиники перитонита. При пальцевом исследовании прямой кишки можно выявить — перианальные абсцессы, свищи прямой кишки, трещины анального прохода, спазм сфинктера, бугристость и утолщение слизистой, ригидность стенки, наличие крови, слизи и гноя.

Эндоскопическое исследование толстой кишки (в острой фазе проводится без предварительной подготовки клизмами).

Поскольку у 90-95% больных с неспецифическим язвенным колитом имеется поражение прямой кишки, ректороманоскопия является первым шагом в диагностике этого заболевания. Характерно наличие значительного количества слизи, крови, гноя которые закрывают слизистую. При исследовании отмечается: отек и гиперемия слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишок; утрачивается сосудистый рисунок характерный для нормальной слизистой оболочки толстой кишки; исчезает гаустрация толстой кишки. Различные по величине и форме эрозии и язвы с подрытыми краями и дном покрытым гноем и фибрином. Наличие одиночной язвы должно настораживать в отношении рака. При длительном течении заболевания, в сохранившихся островках слизистой оболочки наблюдается отек и избыточная регенерация эпителия с образованием псевдополипов. НЯК лёгкой степени проявляется в виде зернистости слизистой оболочки. Использование фиброколоноскопии значительно улучшило диагностику неспецифического язвенного колита. Колоноскопия позволяет достоверно оценивать протяженность и тяжесть поражения, особенно при подозрении на наличие малигнизации.

Рентгенологическое исследование.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет диагностировать токсический мегаколон, который наблюдается у 3-5% больных с неспецифическим язвенным колитом. При исследовании часто выявляется пневматизация поперечной ободочной кишки. При перфорации толстой кишки под куполом диафрагмы можно выявить свободный газ. Диагностическая ценность ирригоскопии у большинства больных высокая, но ее опасно выполнять у пациентов с токсическим мегаколоном. При ирригоскопии характерными рентгенологическими признаками неспецифического язвенного колита является: потеря гаустрации, уменьшение просвета толстой кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки обусловленная мелкими изъязвлениями («пушистый вид»). Впоследствии, при исследовании толстой кишки могут обнаруживаться псевдополипы. При длительном течении неспецифического язвенного колита, возникает сужение просвета толстой кишки и ее ригидность, симптом «шланга». При обострениях толстая кишка «укорачивается» вследствие мышечного спазма, но не фиброза.

Лабораторные анализы. У пациентов с язвенным колитом выявляются анемия и лейкоцитоз в различной степени, гипо- и диспротеинемия.

Микробиологическое исследование. Всем больным, у которых заболевание выявлено впервые, необходимо исключить инфекционную природу энтероколита. Выполняются мазки и посевы кала для исключения колита вирусной этиологии, хламидиоза, патогенной флоры и паразитарных поражений. Изменения облигатной микрофлоры, снижение положительных находок *Lactobacillus bifidus* до 61% (у здоровых до 98%), резкое возрастание молочнокислых, кишечных, палочек и энтерококков. Значительные

изменения в составе микробов факультативной группы — рост патогенных стафилококков (превышает их содержание по сравнению с нормой в 60 и более раз) протей. Дислокация кишечной микрофлоры до желудка включительно.

Патоморфологическое исследование. В основном наблюдается поражение слизистой оболочки, язвы проникают до подслизистого слоя, реже до мышечного слоя. Их края ровные, подрывные. В части случаев в сохранившихся участках слизистой оболочки возникает избыточная регенерация железистого эпителия с образованием псевдополипов. Является характерным наличие «крипт-абсцессов».

Дифференциальный диагноз.

Необходимо различать неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. В отличие от неспецифического язвенного колита, при болезни Крона значительно чаще выявляют поражение тонкой кишки, прямая кишка при болезни Крона реже изменена, обычно отсутствуют массивные кровотечения, чаще наблюдаются перианальные изменения, поражение носит сегментарный характер (чередование зон поражения и неизмененных участков слизистой), наблюдаются свищи, при биопсии выявляют гранулемы или трансмуральное повреждение, при эндоскопии имеется характерная эндоскопическая картина.

Данные

НЯК

Болезнь Крона

1

2

3

Клинические признаки

Прямокишечные кровотечения

около 85% случаев

около 40% случаев

Потеря веса

Непостоянно

Всегда при поражении тонкой кишки

Анальные и перианальные проявления

Менее 20% случаев

В 20-80% случаев

Внутренние свищи

Редко

В 20-40% случаев

Риск малигнизации

Прогрессивно возрастает после 7-10 лет заболевания

Наблюдается при длительности заболевания более 25 лет, реже чем при НЯК

Макроскопические признаки

Протяженность поражения

Непрерывное поражение, нарастающее от дистальных отделов прямой кишки в проксимальном направлении

Сегментарное поражение

Вид слизистой

Псевдополипы, глубокие подрытые язвы

Отдельные язвы, «булыжная мостовая», свищи

Серозная оболочка

нормальная

Часто жировые подвески спаяны

Длинна кишки

Укорачивается

Нормальная

Доброкачественные рубцовые стриктуры

Очень редко

Часто

Микроскопические признаки

Глубина поражения

Слизистый и подслизистый слой

Трансмуральное

Язвы

Широкие и глубокие

Поверхностные

«Резанные» трещины

Редко

Часто

Гранулемы

Нет

Всегда

Подслизистый фиброз, лимфоидная гиперплазия, отек, расширение лимфатических сосудов, невроматозная гиперплазия

Редко

Всегда

ОСЛОЖНЕНИЯ.

Токсический мегаколон развивается в 3-5% случаев. Поперечная ободочная кишка расширяется до 6 см в диаметре. Это осложнение, которое сопровождается тяжёлым истощением организма, нередко является смертельным.

Перфорация толстой кишки возникает приблизительно в 3-5% случаев и часто приводит к смерти (72-100%).

Стриктуры прямой или толстой кишки. (3-19 % случаев)

Профузное кишечное кровотечение. (1-6% случаев)

Острая токсическая дилатация толстой кишки.(1-2% случаев)

Перианальные осложнения (4-30% случаев): парапроктиты, свищи, трещины, перианальные раздражения кожи.

Рак толстой кишки. У пациентов с язвенным колитом, у которых поражена почти вся толстая кишка (патологический процесс распространяется до печёночного изгиба) в течение более 10 лет имеется повышенный риск возникновения рака толстой кишки. При этом после 10 лет существования заболевания каждый последующий год риск возникновения рака возрастает на 2-3%.

Острая перфорация кишки наблюдается не часто, возникновение этого осложнения напрямую связано с активностью воспалительного процесса и протяженностью поражения кишки, это самое грозное осложнение язвенного колита имеющее наибольшую летальность. При впервые возникшем язвенном колите перфорации возникают менее чем в 4% случаев. Если язвенный колит тяжелый, перфорации наблюдаются в 10% случаев. При панколите частота перфораций достигает 15%, в тяжелых случаях с распространением воспаления на подвздошную кишку, частота перфораций возрастает до 20%. Перфорационное отверстие чаще локализуется в сигмовидной кишке или области селезеночного изгиба.

Стриктуры прямой или толстой кишки. Непроходимость вызванная стриктурами доброкачественного генеза встречается приблизительно у 10% больных с неспецифическим язвенным колитом. У трети этих пациентов препятствие локализуется в прямой кишке. Необходимо проводить дифференциальную диагностику этих стриктур от рака и болезни Крона. Массивное кровотечение является редким осложнением неспецифического язвенного колита и наблюдается менее чем у 1 % больных. Операция по срочным показаниям выполняется если для стабилизации состояния больного требуется гемотранфузия в объеме превышающем 3000 мл в течение 24 часов. Около 50% больных с массивным толстокишечным кровотечением имеют токсический мегаколон. Не поддающееся терапии толстокишечное кровотечение является прямым показанием к колпроктэктомии. В некоторых случаях прямую кишку можно сохранить, для последующей сфинктеросохраняющей операции, но имеется риск повторных кровотечений из нее.

Токсический мегаколон (Острая токсическая дилатация толстой кишки) встречается приблизительно у 10% больных с неспецифическим язвенным колитом. Если у больного с тяжелым колитом, вне зависимости от того есть мегаколон или его нет, не удается достигнуть положительной динамики в течение 48-96 часов, показана срочная операция. Операцией выбора при этом является колэктомия с ушиванием культи прямой кишки по Гартману и формированием илеостомы по Бруку. Срочная операция по поводу

токсической дилатация толстой кишки очень травматична и сопровождается высокой послеоперационной смертностью, частота летальных исходов наблюдается от 1 до 30%. Наиболее высокая смертность после колпроктэктомии, больше чем после субтотальной резекции ободочной кишки. Преимуществом субтотальной резекции ободочной кишки является сохранение прямой кишки и возможность выполнения в последующем мукозэктомии и формирования илеоректального анастомоза.

Рак на фоне неспецифического язвенного колита. В последних исследованиях было показано, что в предшествующих работах был преувеличен риск развития рака у больных с неспецифическим язвенным колитом. Возможность малигнизации имеется у 10-20% пациентов при длительности заболевания язвенным колитом более 20 лет. Аденокарцинома, возникшая на фоне язвенного колита, в 50% случаев носит мультицентричный характер. Кроме того, раковые опухоли более агрессивны и сложнее выявляются при колоноскопии. Частота локализации этих опухолей примерно равномерно распределяется по всем отделам толстой кишки, в 50% выявленных новообразований локализируются проксимальнее селезеночного изгиба ободочной кишки. Выявлена прямая зависимость между риском возникновения рака у больных с неспецифическим язвенным колитом, протяженностью поражения толстой кишки и длительностью заболевания. Хотя на большом числе исследований было показано, что рак на фоне неспецифического язвенного колита развивается более часто, чем в общей популяции, механизмы развития рака одинаковы в обеих группах. Вопрос о показаниях к хирургическому лечению, в зависимости от длительности заболевания, остается спорным. Через 10 лет после начала заболевания, колэктомия должна рассматриваться как способ профилактики развития рака в толстой кишке. Возможность использования биопсии прямой и ободочной кишок для определения сроков выполнения колэктомии оспаривается. Больным с длительностью анамнеза язвенного колита более 5-7 лет необходимо ежегодно выполнять колоноскопию и биопсию и разных отделов толстой кишки для выявления дисплазии эпителия. Однако на основе данных полученных при биопсии сложно делать выводы. При выявлении тяжелой дисплазии в нескольких биоптатах рак выявляется у 50% больных, поэтому такие данные являются прямым показанием к колэктомии. Даже дисплазия средней тяжести, если нет тяжелого воспаления кишки, служит показанием к колэктомии. Многие исследователи, изучавшие различные программы наблюдения за больными с неспецифическим язвенным колитом, демонстрируют значительный процент ложноположительных и ложноотрицательных данных. Кроме того, нет ни одного достоверно документированного исследования, в котором показано, что наблюдение за этой категорией больных улучшает исходы лечения рака на фоне неспецифического язвенного колита.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение практически всех форм НЯК (за исключением осложненных перфорацией, токсической дилатацией, проффузным кровотечением) начинается с консервативных методов.

Консервативное лечение.

Больные с впервые диагностированным неспецифическим язвенным колитом или с клинической картиной обострения заболевания нуждаются в госпитализации для

определения необходимой терапии сопутствующих метаболических и гематологических расстройств. Из-за массивных потерь жидкости и электролитов через прямую кишку у больных обычно имеется метаболический ацидоз, гиповолемия и преренальная азотемия. Как правило, больные нуждаются в инфузионной терапии и геотрансфузиях. В комплекс лечения входит энтеральное питание, внутривенное введение кортикостероидов, антибиотикотерапии, парентеральное питание.

Эффективность кортикостероидов и иммуносупрессоров в лечении неспецифического язвенного колита доказана. Однако при лечении этими препаратами могут отмечаться серьезные побочные эффекты. Кортикостероиды являются основой в лечении острых форм неспецифических язвенных колитов. Суточная доза преднизолона 40-60 мг обычно достаточно эффективна для получения ремиссии язвенных колитов средней тяжести. Больные с тяжелой формой неспецифического язвенного колита нуждаются в парентеральном назначении гидрокортизона или метилпреднизолона. Кортикостероиды эффективны в лечении активной фазы неспецифического язвенного колита, лечение небольшими дозами кортикостероидов в период ремиссии не предупреждает возникновения рецидивов. Сульфаласазин не обладает достаточной эффективностью в лечении тяжелых форм язвенного колита, но несомненно его значение в терапии обострений заболевания. Для устранения побочных эффектов присущих сульфосалазину разработаны специальные лекарственные формы препарата, такие как 5-ASA, Salofalk и др. Для клинической практики имеются лекарственные формы для местного применения и per os. В лечении неспецифического язвенного колита было опробовано много иммуносупрессоров, включая азатиоприн и 6-меркаптопурин. Циклоспорин, который является наиболее быстродействующим, применяется для лечения тяжелого, плохо поддающегося лечению неспецифического язвенного колита в острой фазе. При лечении высокими дозами циклоспорин, теоретически имеется высокий риск развития необратимой "циклоспориновой" нефропатии и тяжелых инфекционных осложнений. До проведения лечения иммуносупрессорами необходимо определить предельную дозировку препарата, осуществлять мониторинг лечения, оценивать токсические проявления, помнить о возможности развития лимфом и других злокачественных новообразований. Хотя метронидазол и антибиотики широко используются в лечении неспецифического язвенного колита и болезни Крона, их терапевтическая эффективность не доказана.

Компоненты лечения:

Диета механически щадящая, с повышенным содержанием легкоусвояемых белков (нежирное мясо, рыба, свежий творог). Овощи и фрукты не рекомендуются. Режим питания дробный, небольшими порциями. Избегать горячей и холодной пищи. При тяжелых формах дополнительно парентеральное питание.

Инфузионная терапия с целью детоксикации, коррекции белкового и водно-электролитного баланса, витамины.

Антибиотикотерапия (с учетом чувствительности толстокишечной микрофлоры)

Седативные препараты (малые транквилизаторы: элениум, седуксен)

Противодиарейная терапия: антихолинэргические препараты /противопоказаны при

глаукоме/ (настойки и экстракты красавки, солутан, платифиллин), кодеин, вяжущие средства растительного происхождения (отвары из гранатовых корок, коры желудей, настои из плодов черемухи, ягод черники, корневищ змеевика, шишек серой ольхи).

Сульфосалазин системно и местно (в виде свечей или клизмы). /Салофталк- препарат сульфосалазина который начинает всасываться только в терминальном отделе подвздошной кишки/

Кортикостероидные гормоны системно при тяжелых формах НЯК или местно (в виде клизмы).

Схема лечения сульфосалазином и Кортикостероидными гормонами в зависимости от тяжести клинических проявлений:

Средней тяжести течение

Сульфосалазин 3-4 г в сутки, при поражении прямой кишки микроклизмы с сульфосалазином или/и преднизолоном, свечи с сульфосалазином или/и преднизолоном.

Средне-тяжелое течение

Преднизолон 60 mg/в сутки с еженедельным снижением до 10 mg, в дальнейшем поддерживающая терапия 5 mg/сутки до клинического выздоровления. Сульфосалазин 3-4 г в сутки, при поражении прямой кишки микроклизмы с сульфосалазином или/и преднизолоном, свечи с сульфосалазином или/и преднизолоном.

Тяжелое течение

Преднизолон 100 mg/в сутки с еженедельным снижением до 10 mg, в дальнейшем поддерживающая терапия 5 mg/сутки до клинического выздоровления. Сульфосалазин 3-4 г в сутки, при поражении прямой кишки микроклизмы с сульфосалазином или/и преднизолоном, свечи с сульфосалазином или/и преднизолоном.

Хирургическое лечение.

Хирургическое лечение показано при развитии осложнений (массивное кровотечение, перфорация кишки, кишечная непроходимость, молниеносный тяжелый неспецифический язвенный колит толерантный к проводимому лечению и возникновение рака толстой кишки) и отсутствии эффекта от консервативной терапии. При этом, как правило, применяются следующие операции:

паллиативные операции — илеостомия (колостомия при НЯК практически не применяется.)

радикальные операции- субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илео- и сигмостомы, колпроктэктомия с илеостомией по Бруку (Brooke) или удерживающей илеостомой по Коку (Kock), колпроктэктомию с илеостомией по Бруку (Brooke) или удерживающей илеостомой по Коку (Kock)

восстановительно-реконструктивные операции

Активной хирургической тактики рекомендуется придерживаться и у детей с тяжелыми формами язвенного колита если нет быстрой положительной динамики на проводимое лечение. У большинства больных к хирургическому лечению прибегают вынужденно, при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии тяжелых форм язвенного колита. В тех случаях, когда заболевание принимает непрерывно рецидивирующую форму, операция приносит избавление от многочисленных страданий.

Самым частым показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита остается отсутствие положительного эффекта от проводимой консервативной терапии.

Так как излечения при хроническом неспецифическом язвенном колите можно достичь только при удалении всей толстой кишки, еще недавно единственным выбором при хирургическом лечении была колпроктэктомия. Колпроктэктомия удаляет основной источник заболевания — патологически измененную слизистую толстой кишки. Несмотря на то, что после этой операции нет риска развития колоректального рака, такой метод хирургического лечения не получил полного одобрения врачей и пациенты на такие операции соглашались неохотно. Негативное отношение к этой операции вызвано тем, что стандартным завершением колпроктэктомии является постоянная илеостомы. Хотя большинство больных адаптируется к постоянной илеостоме, пациенты трудоспособного возраста испытывают значительные постоянные психологические и социальные проблемы. В настоящее время разработаны операции, позволяющие в значительном числе случаев отказаться от колпроктэктомии.

Более 10 лет субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом используется в лечении больных с неспецифическим язвенным колитом. Эта операция позволяет отказаться от формирования илеостомы. При этом, нервные окончания иннервирующие тазовые органы не повреждаются, нет риска развития импотенции и дисфункции мочевого пузыря. Недостатком субтотальной колэктомии с илеоректальным анастомозом является оставление прямой кишки, рецидивирующий проктит может значительно утяжелять состояние оперированных больных и приводить к плохим послеоперационным функциональным результатам. Помимо этого, у 15 — 20 % больных в последующие годы возможно развитие рака прямой кишки. В 1969 году Кок (Kock) первым предложил идею удерживающей илеостомы. При формировании удерживающей илеостомы ободочная и прямая кишка удаляются так же как при стандартной колпроктэктомии. Различия имеются только в методике формирования илеостомы. При создании илеостомы по Коку создается резервуар из кишечной петли, сама стома на передней брюшной стенке формируется с клапаном. Оперированные по этой методике больные периодически опорожняют кишечный резервуар введением зонда через стому. Достоинствами этой методики является сохранение функции удержания кишечного содержимого, самостоятельный уход больных за собой. После этой операции часто наблюдаются неудовлетворительные исходы, у 15% оперированных больных имеется недержание вследствие недостаточности клапана стомы, повторным хирургическим вмешательствам по поводу различных осложнений подвергаются 40 — 50% пациентов. Хорошие функциональные исходы после формирования илеостомы по Коку наблюдаются значительно реже. Илеостомия по Коку

показана преимущественно для пациентов перенесших ранее колпроктэктомию и настаивающих на восстановлении функции кишечного удержания или у больных после неудачной попытки формирования илеоанального анастомоза.

В конце 40 годов предложена сфинктеросохраняющая операция. Основными особенностями ее являются: колэктомия из абдоминального доступа; мукозэктомия прямой кишки; низведение подвздошной кишки в анальный канал с формированием илеоанального анастомоза. Первоначально предлагалось, как обычно выполнять колэктомию из абдоминального доступа. Затем, до удаления кишки, через анальное отверстие отделялась слизистая оболочка от мышечного слоя прямой кишки. Важным моментом операции является сохранение мышечной манжетки и анального сфинктера. Непрерывность кишечника восстанавливалась низведением терминального отдела подвздошной кишки через мышечную манжетку и формированием циркулярного илеоанального анастомоза. Потенциальными преимуществами этой операции является удаление всей пораженной слизистой оболочки, сохранение иннервации тазовых органов, отсутствие впоследствии импотенции, отказ от необходимости постоянной илеостомы, сохранение чувствительности анального сфинктера с функцией калового удержания. Эти теоретические предположения не вполне оправдались, до 1980 года было выполнено небольшое количество таких операций с высокой частотой послеоперационных осложнений и непредсказуемыми функциональными результатами. Результаты операции были улучшены после уточнения показаний к подобным операциям, накопления опыта дооперационной подготовки больных, но главным образом благодаря совершенствованию хирургических приемов при выполнении самой операции. Наиболее важным усовершенствованием операции стало создание тазового кишечного резервуара с илеоанальным анастомозом. Предложено несколько видов тазовых резервуаров типа «J», «S» и «W». Изучение функциональных результатов илеоанальных анастомозов с формированием тазового резервуара и без создания резервуара из подвздошной кишки показало, что частота стула у больных со сформированным тазовым резервуаром значительно меньше, чем у пациентов без него, особенно в ранний послеоперационный период.

Выполнение этого хирургического вмешательства по строгим показаниям является главным условием получения хороших послеоперационных результатов. Болезнь Крона является противопоказанием для этого хирургического вмешательства. Для удержания полуоформленного стула больные должны иметь хорошую функцию анального сфинктера, которую необходимо до операции оценить при помощи аноректальной манометрии. Наличие гнойных осложнений в промежности является противопоказанием для этой операции. Относительным противопоказанием для хирургического вмешательства является ожирение. Хронологический возраст больного мало влияет на исходы операции, значительно более важным является физиологический возраст и сохранность больного. Удовлетворительные функциональные исходы после операций с илеоанальным анастомозом у значительного числа больных способствовали распространению этого вмешательства. При достаточном объеме кишечного резервуара и хорошо сохраненной функции анального сфинктера обеспечивается хорошее анальное держание с приемлемой частотой дефекации. Частота дефекации колеблется от четырех до девяти раз в сутки, средняя частота шесть раз в сутки. В ночное время стул бывает один или два раза, чаще один раз. Наиболее важным для больных является возможность задержать дефекацию, этот показатель очень вариабелен, и в значительной степени

зависит от длительности послеоперационного периода. Недержание в дневное время редко отмечается больными, недержание ночью отмечается у 10 — 15% пациентов. Функциональные результаты операции улучшаются в течение 2 лет после операции. Для улучшения функциональных результатов, больные в послеоперационном периоде принимают синтетические опиоидные антидиарейные препараты, придерживаются диеты с высоким содержанием волокон, дополнительно употребляют пищевые волокна в виде метилцеллюлозы.

Хотя после операции мукозэктомии прямой кишки с низведением подвздошной кишки в анальный канал и формирования илеоанального анастомоза имеются хорошие послеоперационные результаты, имеются различия во взглядах хирургов:

на методику выполнения операции;

механизмы развития послеоперационных изменений в функционировании анального сфинктера;

качество жизни оперированных больных.

Ряд хирургов предпочитает выполнять одновременно резекцию прямой кишки и удаление пораженной слизистой, в отличие от традиционного трансанального удаления слизистой прямой кишки. Преимуществом такой методики операции является отсутствие травматизации оставленной части прямой кишки и анального канала. Резервуар из подвздошной кишки фиксируется к проксимальной части анального канала.

Рациональным в этой методике является сохранение слизистой в анальном канале и отсутствие повреждения анатомической целостности анального сфинктера, после операции сохраняется функция анального держания. В некоторых исследованиях было показано, что при оставлении части слизистой анального канала сохраняется анальная чувствительность и функциональные исходы лучше, но проспективными исследованиями это не подтверждено. Очевидный недостаток этой операции в том, что оставленная часть слизистой прямой кишки является источником постоянного риска возникновения повторных рецидивов заболевания в анальном канале и малигнизации. После операции больные должны находиться под наблюдением в течение всей жизни. Мукозэктомию не следует выполнять пациентам при обнаружении дисплазии слизистой в прямой кишке, наличии рака в дистальных отделах прямой кишки, распространенной дисплазии толстой кишки и семейном полипозе.

Послеоперационная смертность при хирургическом лечении неспецифического язвенного колита после плановых операций не превышает 2%, при хирургических вмешательствах по срочным показаниям 4-5%, в случаях токсического мегаколона летальные исходы наблюдаются в 17% наблюдений. Гнойные осложнения являются основными в лечении этой категории больных, часто развивается нагноение операционных ран и внутрибрюшные осложнения. Частым осложнением колпроктэктомии с илеостомой по Бруку, удерживающей илеостомой по Коку, илеоанальном анастомозе является кишечная непроходимость, которая наблюдается у 10% больных. У пациентов может наблюдаться замедленное заживление ран, половая дисфункция, мочекаменная болезнь. Поздним осложнением после операции с формированием илеоанального анастомоза с созданием тазового резервуара является его дисфункция, которая выявляется у 10-50% больных

оперированных по поводу неспецифического язвенного колита. Это осложнение включает частый стул водянистого характера, императивные позывы, лихорадку и изучено еще недостаточно. Причина этого осложнения неизвестна, определенную роль может играть нераспознанная болезнь Крона, дислокация кишечной флоры и дисбактериоз, первичная и вторичная мальабсорбция, стаз, ишемия, гипопротеинемия и нарушение иммунитета. Короткий курс метронидазола эффективен у большинства больных. Все пациенты после хирургического лечения по поводу неспецифического язвенного колита нуждаются в реабилитации, которая может осуществляться через ассоциации илеостомированных больных и врачей стоматерапевтов, подготовленных в вопросах ухода за илеостомой.

ПРОГНОЗ

Первично, около 25% пациентов имеют поражение по типу язвенного проктита, только у 15% больных имеется клиника правостороннего или тотального колита. При продолжительности заболевания более 10 лет более 30% пациентов имеют клинику тотального колита.

У 25% больных не удастся достигнуть стойкой ремиссии, развиваются тяжелые осложнения и они нуждаются в хирургическом лечении через 5-10 лет от начала заболевания. Около 5% больных погибают в течение 1 года заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, неспецифический язвенный колит — это хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся тяжелым поражением ее слизистой оболочки. Консервативный метод (диета, салицилаты, стероидные гормоны, иммунодепрессанты) является основным при лечении впервые выявленного язвенного колита. Однако в дальнейшем, особенно при распространении воспаления по всей толстой кишке, многим больным приходится выполнять хирургические вмешательства. Достигнуть излечения при неспецифическом язвенном колите можно только после полного удаления толстой кишки. В прошлом в лечении этого заболевания широко применялась колпроктэктомия с постоянной илеостомой. В настоящее время применяются операции с сохранением функции анального сфинктера, сдержанность в их применении объясняется значительной сложностью этих хирургических вмешательств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Каншина О.А. Неспецифический язвенный колит у детей и взрослых, М.: Биоинформсервис, 2002

Маевская М.В. Гастроэнтерология, М., 1998