

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого



Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А.М.Дыхно с курсом ПО

## Реферат

По специальности «Колопроктология»

Тема: «Неспецифический язвенный колит»

Выполнил: клинический ординатор 2-го года Будаев Г.С.  
Руководитель: к.м.н. доц. Поздняков А.А.

2021 год

## Оглавление.

1. Введение.....	3
2. Этиология.....	3
3. Патоморфология.....	4
4. Классификация.....	5
5. Клиническая картина.....	6
6. Осложнения.....	8
7. Лечение.....	9
8. Список литературы.....	11

## Введение

Неспецифический язвенный колит представляет собой хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в слизистой оболочке прямой и ободочной кишки. По профессору И. Литтманну: «гораздо правильнее было бы назвать данное заболевание хроническим неспецифическим проктоколитом, поскольку этот процесс, как правило, начинается в прямой кишке (и наиболее тяжелое поражение остается именно здесь), распространяясь отсюда в центральном направлении, причем часто сопровождается изъязвлением (но не всегда)».

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. Аллергия играет важную роль в развитии процесса. Исключение из питания пищевых аллергенов (молоко, яйца) приводит к улучшению в клиническом течении заболевания. 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. Имеются доказательства семейной предрасположенности. Эмоциональные факторы могут играть роль в появлении обострения заболевания, но их значение в возникновении неспецифического язвенного колита не доказана.

Кроме того, В.К. Карнаухов (1963г) перечислял теории – ферментную, алиментарную и авитаминозную, закупорки лимфатических путей, эндокринную, неврогенную, психогенную и выдвигает точку зрения о неспецифическом язвенном колите как одном из проявлений ревматоидной болезни. При этом он полагает, что картина болезни начинает разыгрываться в капиллярах и мелких сосудах стенки толстой кишки с тенденцией у некоторых больных к генерализации, например, при течении язвенного колита одновременно с узловой эритемой или суставным синдромом (по А.М. Аминеву).

Выдвигались предположения, что неспецифический язвенный колит является аутоиммунным 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 кишечного эпителия. 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. Вначале чаще всего наблюдаются локальные поражения некоторых отделов, преимущественно левой половины толстой кишки, затем процесс распространяется на всю толстую кишку. Стенка кишки отечна, гиперемирована, особенно ярко, в виде ободков, в окружности язв, легко рвется. На слизистой оболочке имеется множество эрозий и язв неправильной формы. Постепенно воспалительный процесс распространяется на глубжележащие слои. На дне язвы иногда видны аррозированные сосуды, являющиеся источником кровотечения. По краям язв и на отдалении появляются реактивные разрастания слизистой оболочки типа гипертрофированных фолликулов и ложных полипов. Поверхность слизистой оболочки покрыта гнойным налетом. Иногда процесс протекает настолько тяжело, что отторгается вся слизистая оболочка.

При гистологическом исследовании участков пораженной кишки в острой стадии заболевания находят отек и расширение капилляров во всех слоях, утолщение стенок сосудов и нередко тромбоз в них. Также видна атрофия слизистой оболочки, лейкоцитарная инфильтрация подслизистого слоя с образованием микроабсцессов в криптах, при их слиянии возникает изъязвление слизистой оболочки с последующим развитием рубцового фиброза и псевдополипоза.

При стихании воспалительного процесса снижается кровенаполнение, отек и пропотевание в просвет кишки. Уменьшается мелкоклеточная, воспалительная инфильтрация тканей. В дне язвы появляются грануляции.

При длительном течении вся стенка кишки становится уплотненной, ригидной из-за отека и инфильтрации, гаустры сглаживаются и исчезают.

Тяжесть морфологических изменений нарастает в дистальном направлении (наиболее выражены в нисходящей и сигмовидной кишке). В 18-30% может поражаться терминальный отдел подвздошной кишки.

## Классификация.

По распространенности процесса:

- Проктит;
- Левосторонний колит;
- Тотальный колит;
- Тотальный колит с поражением дистального отдела подвздошной кишки;

По клинической форме:

- Острая, скоротечная, молниеносная;
- Подострая;
- Хроническая;

По характеру течения:

- Быстро прогрессирующее;
- Непрерывно рецидивирующее;
- Рецидивирующее;
- Латентное (стертое);

По степени активности:

- Обострение;
- Затухающее обострение;
- Ремиссия;

По степени тяжести:

- Легкая;
- Средняя;
- Тяжелая;

По макроскопической характеристике:

- Эрозивно-геморрагический колит;
- Язвенно-деструктивный колит;

### Клиническая картина.

Симптоматика неспецифического язвенного колита 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.

Начинается неспецифический язвенный колит часто медленно, с незначительных проявлений. Одним из самых ранних и патогномичных симптомов является кровь в стуле.

Примесь крови в стуле вначале бывает незначительной и непостоянной. Затем она становится более значительной и постоянной. В запущенной стадии заболевания могут быть тяжелые профузные кровотечения из язв вследствие узурсы сосуда стенки кишки.

По мере развития заболевания появляются боли в животе. Они вначале незначительны и непостоянны, позднее становятся более выраженными, носят спазматический характер, усиливаются во время и после дефекации и полностью не исчезают на протяжении целых суток.

Частота стула и характер испражнений меняются. Испражнения принимают жидкий характер, учащаются. Стул с примесью крови и слизи бывает 8-20 раз за сутки. Кишечные массы, цвета мясных помоев, нередко имеют раздражающий характер, вызывают мацерацию кожи, окружающей задний проход.

Характерно наличие анемии. Больной теряет в весе, снижается аппетит, появляются головные боли, головокружение, слабость, раздражительность. К внекишечным проявлениям язвенного колита относятся: артриты, спондилиты, поражения органа зрения (ириты, конъюнктивиты и блефариты), заболевания полости рта (стоматиты), печени и желчевыводящих путей (холангит, цирроз и холелитиаз), а также заболевания кожи и подкожной клетчатки (гангренозная пиодермия, узловатая эритема, узелковый полиартериит), тромбозы и тромбозы, нефролитиаз.

Клиника зависит от формы неспецифического язвенного колита и наличия или отсутствия осложнений.

При острой (молниеносной) форме отмечается понос (до 40 раз в сутки) с выделением крови и слизи, иногда – гноя, сильные боли по всему животу,

тенезмы, рвота, высокая температура тела. Снижается артериальное давление, нарастает тахикардия. Живот вздут, болезнен при пальпации по ходу толстой кишки.

При ректороманоскопии видна отечность и кровоточивость слизистой оболочки толстой кишки, в просвете кишки – слизь, гной, кровь. Гинсбург (1965) при обзорной рентгенографии брюшной полости обнаружил токсическое расширение толстой кишки. У всех больных наиболее резко – до 11 см в диаметре расширялась поперечная ободочная кишка.

Острая форма неспецифического язвенного колита нередко сопровождается развитием тяжелых осложнений. По профессору И. Литтманну: «характерно, что поносы прекращаются, одновременно развивается токсическое расширение толстой кишки и метеоризм, который достигает огромных размеров, возникает угроза перфорации кишки. Если состояние больного в течение двух недель не улучшится, следует произвести операцию, иначе сформируются тяжелые необратимые изменения».

При подострой форме начало может быть острым, подострым или постепенным. Первый признак – кровь в оформленном стуле через несколько дней сменяется частым, до 15-20 раз в сутки, жидким стулом с примесью слизи и крови. Боли в брюшной полости, явления интоксикации, изменения морфологического и биохимического состава крови, а также в слизистой оболочке при ректороманоскопии выражены не так резко, как при острой форме. Заболевание переходит в скрытую форму с мало выраженными симптомами после консервативного лечения, но почти всегда в последующем дает новые обострения.

К главным признакам хронической формы относятся: кровь в каловых массах, неустойчивость стула – поносы до 6-8 раз в сутки, сменяющиеся запорами, боли в животе, иногда субфебрильная температура.

В хронической форме неспецифического язвенного колита А.А. Васильев выделяет два типа – непрерывный и рецидивирующий. У подавляющего большинства больных имеется хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита, характеризующаяся сменой периодов обострений и ремиссий, причем периоды ремиссий могут достигать нескольких лет.

В периоды обострения заболевания клиническая картина напоминает таковую при острой форме процесса. Затем все проявления болезни стихают, исчезает понос, уменьшается количество крови, гноя, слизи в испражнениях, постепенно патологические выделения прекращаются. Во время ремиссии больные чаще всего жалоб не предъявляют.

Непрерывный тип характеризуется медленным, обычно неуклонно прогрессирующим течением. В течение месяцев или нескольких лет симптомы заболевания обостряются, общее состояние больного ухудшается, все чаще появляются осложнения, которые становятся все более опасными.

При длительном хроническом течении язвенного колита изменения в слизистой оболочке становятся необратимыми, принимают вид обширных,

трофических язв. Здоровая слизистая почти отсутствует. Вся стенка кишки отечна, ригидна, инфильтрирована. Гаустры совершенно исчезают. При рентгенологическом исследовании можно видеть плотную, нерастяжимую кишку. Такая рентгенологическая картина называется симптомом «водопроводной трубы». Уплотненная, ригидная, обычно болезненная кишка хорошо пальпируется через истонченную брюшную стенку.

#### Осложнения.

Деструкция стенки толстой кишки приводит к развитию грозных осложнений: массивное кровотечение (у 5-6%), перфорация толстой кишки (у 3-4%), токсическая дилатация кишки (у 2-6%), стенозу, малигнизации.

При хронической форме неспецифического язвенного колита возможны различные осложнения: часто псевдополипоз, кишечные кровотечения, перфорация кишки, злокачественные перерождения от 3 до 10 и более процентов, стриктуры, метаболический цирроз печени, склероз поджелудочной железы (по данным А.М. Аминева).

Кровотечение может быть настолько сильным, что возникают показания к экстренной операции. Перфорация кишки ведет к развитию перитонита. Перфорации нередко предшествует токсическая дилатация толстой кишки, при которой кишка резко вздувается, нарушается ее моторно-эвакуаторная функция. У больных появляется общая слабость, интоксикация, высокая лихорадка, лейкоцитоз, задержка отхождения стула и газов. Летальность при этом составляет около 20%.

Токсическая дилатация толстой кишки обусловлена дистрофией мышечных волокон, повреждением нервного аппарата кишки, электролитными нарушениями. Токсическая дилатация может вести к перитониту даже без перфорации стенки толстой кишки, к сепсису.

Неспецифический язвенный колит является предраковым заболеванием. Рак возникает у 5-10%, а после 10-20 лет от начала болезни у 40% больных.

Экстренно, по жизненным показаниям, проводят операцию при массивном кровотечении, перфорации угрожающей (токсическое расширение кишки) и происшедшей (спонтанная или как осложнение инструментального исследования).

## Лечение.

Лечение практически всех форм НЯК (за исключением осложненных перфорацией, токсической дилатацией, профузным 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.

Лечение следует начинать с диеты. 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.

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 гемотрансфузиях.

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 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, их терапевтическая эффективность не доказана.

### Хирургическое лечение.

Показаниями к операции при язвенном колите являются:

- при остро-токсической молниеносной форме – как можно раньше;
- При хронической непрерывной форме – если в течение примерно трех лет болезнь не излечивается окончательно и рентгеновское исследование выявляет необратимые изменения кишки;
- В случае опасных для жизни осложнений, как массивное кровотечение, перфорация, непроходимость, подозрение на рак;
- При аноректальных свищах и абсцессах;

Операции по поводу собственно неспецифического язвенного колита подразделяются на паллиативные (илео- и колостомия выше области поражения для выключения кишки и локальной терапии через стому), радикальные и восстановительно-реконструктивные операции. К радикальным относят тотальную (с удалением прямой кишки) и субтотальную колэктомию. Последняя предпочтительнее, так как сохраняется ампула прямой кишки, служащая резервуаром для каловых масс, больные не страдают из-за частого жидкого стула, потери питательных веществ, воды и истощения организма.

Если в начале заболевания консервативное лечение может дать стойкий положительный эффект, то при далеко зашедших стадиях заболевания при подостром и особенно остром течении, оно дает лишь временное, часто совсем кратковременное и частичное улучшение. Заболевание неуклонно, иногда молниеносно, прогрессирует. Для спасения жизни больного нужно предпринимать радикальное хирургическое лечение.

Операции при неспецифическом язвенном колите многоэтапны, травматичны, сложны. При своевременном оперативном вмешательстве и правильной тактике хирурга летальность не превышает 5-8%. При операциях в запущенных стадиях летальность повышается до 20-30%. Вынужденные оперативные вмешательства при перфорации кишки или при профузных кишечных кровотечениях дают летальность до 80% и более.

Список литературы.

1. А.М. Аминев Руководство по проктологии том 3, Куйбышев 1973г. с.28-42.
2. Оперативная хирургия под общей редакцией проф. И. Литтманна, Будапешт 1982г. с. 515-516
3. Хирургические болезни под редакцией М.И. Кузина, Москва «Медицина» 1986г. с. 510- 513
4. А.А. Заремба Оперативная проктология, Рига «Звайгзне» 1982г. с. 102- 108
5. Хирургия под редакцией Ю.М. Лопухина, В.С. Савельева, Москва ГЭОТАР медицина 1998г. с. 400