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

Институт последипломного образования

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Реферат   
  
Тема: Неспецифический язвенный колит

Выполнила: ординатор 1 года Величко Анастасия Андреевна   
Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова Ольга Владимировна

Красноярск 2021

Содержание

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

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

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

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.  
2. 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.  
3. 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.  
4. 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.  
5. 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.  
6. 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.  
2. 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.

**Список использованной литературы**

1. Савельев В. С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1986;

2. Хирургические болезни Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений // Под ред. А.Ф. Черноусова - М. ГЭОТАР-Медиа. 2010.

3. Хирургические болезни. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений // Под ред. М.И.Кузина.- М. Медицина. 2006.

4. Клиническая хирургия. Национальное руководство (Кириенко А.И., Савельев В.С.). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.