ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Ассистент кафедры госпитальной хирургии

Кандидат медицинских наук

МАХНЕВ ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ

БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Методическое пособие

Для врачей и студентов медицинских вузов

Тюмень 1998 г.

Заболевания ободочной кишки является сравнительно частой патологией и согласно современным данным на 1000 населения приходится 1 больной. Так в Н.И.И. проктологии ежегодно получают стационарную помощь 2500 больных и консультативную 15000 больных с различными поражениями толстой кишки. В США из 60 млн. жителей старше 40 лет патология этого органа обнаружена у 6000 млн., а Англии из 10000 больных, 11, а в ФРГ из 10000 – 10. Если учесть, что многие вопросы затронутой нами темы далеки от своего окончательного решения, то становится очевидным актуальность и необходимость ее изучения. Болезни ободочной кишки включают в себя круг заболеваний: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, ишемический колит, полипоз, дивертикулез, амебная и бактериальная дизентерия, рак, актиномикоз и др.

Однако в настоящее время на основании клинических и морфологических критериев выделяют две основные нозологические формы – неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, которые представляют собой одну из наиболее серьезных проблем в гастроэнтерологии. Эти заболевания сотни тысяч людей, лишая их трудоспособности и угрожая их жизни. На указанной патологии мы остановимся подробно, а другие разберем в плане дифференциальной диагностики.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Среди многочисленных теорий предлагавшихся для объяснения Н.Я.К., в настоящее время привлекают внимания главным образом три: инфекционная, психогенная, и иммунологическая.

1. В пользу инфекционной теории свидетельствует острое начало заболевания, высокая температура, реакция крови, воспалительные изменения в кишечнике, перенесенная дизентерия в анамнезе, т.е. признавалась ведущая роль микроорганизмов, однако работами НИИ проктологии показано, что инфекционный фактор не играет первопричинной роли, хотя ему принадлежит важная роль в развитии заболевания, т.к. количество условно-патогенной флоры в период обострения увеличивается в сотни раз. Это обстоятельство ведет к повышению продуцируемых микробами протеолитических ферментов, продуктов метаболизма, которые оказывают местное токсическое действие и всасываясь в кровь, способствуют развитию интоксикации и аллергизации организма.
2. Около 50 лет назад Муррау предложил психогенную теорию возникновения Н.Я.К. С тех пор многие авторы подчеркивают незрелость личности у больного, мнительность, повышенную обидчивость, навязчивие страхи, эмоциональную лабильность, обособленность, Такая характеристика больных Н.Я.К. явно преувеличена. Доказано, что психогенные факторы играют роль в возникновении заболевания, но чаще прослеживается обратная зависимость – психические нарушения как вследствие тяжелого заболевания.
3. В последнее время все большее внимание привлекает представление о Н.Я.К. как об аутоиммунном заболевании, где роль пускового механизма выполняет поражение толстой кишки, микробное или дизентерийное, при неполноценности системы иммунологического гомеостаза, вследствие чего , лимфоциты перестают различать «свое» –«чужое» и направляют свое действие не только на устранение нежизнеспособных тканей, но и на здоровые, вызывая прогрессирование процесса после устранения пускового механизма. В пользу этой теории говорят циркулирующие в крови антитела к клеткам слизистой оболочки толстой кишки, эффект от лечения стероидными гормонами и развитие таких системных осложнений, как афтозный стоматит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия и др. Н.Я.К. образно называют "«затяжным септическим эндокардитом толстой кишки».

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Патологическую анатомию Н.Я.К. тщательно изучил Морсон в 1968 г.

Автор отметил:

1. Макроскопические изменения на серозной оболочке кишки встречаются только при тяжелых, бурно прогрессирующих формах в виде гиперемии.
2. Кишка становится короче, изгибы ее закруглены, а диаметр просвета уменьшается, при длительном течении процесса длина толстой кишки может сократиться наполовину.
3. Ранним симптомом является сужение ампулы прямой кишки. Нередко такая прямая кишка имеет вид ригидной узкой трубки, в которую невозможно ввести палец.
4. Слизистая прямой кишки по всему периметру покрыта язвами, отечна,кровоточива при легком прикосновении к ней тубуса ректоскопа.
5. При осмотре ободочной кишки со стороны слизистой среди язв обнаруживаются, выступающие над уровнем слизистой оболочки полиповидные образования (псевдополипы), форма и величина которых разнообразна.

При обширных и глубоких изъязвления всю толстую кишку можно рассматривать как один гигантский гангренозно измененный аппендикс, наличие которого в любой момент грозит перфорацией в свободную брюшную полость. Для Н.Я.К. характерно тотальное поражение всей толстой кишки, а не только ее слизистого и подслизистого слоев.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина Н.Я.К. отличается большим многообразием, но она во многом определяется степенью распространения патологического процесса в ободочной кишке. Поэтому целесообразно по анатомическому признаку выделить три основные формы Н.Я.К.:

1. Проктит или проктосигмоидит
2. Левосторонний колит
3. Тотальный колит

Проктит или проктосигмоидит составляет 25%, поражение ограничено только прямой кишкой или же прямой и сигмовидной. Клинически проявляется ректальным синдромом, ведущим признаком которого является тенезмы, кал остается оформленным с примесью слизи и гноя. Это форма заболевания протекает легко, общее состояние страдает мало, но при длительном непрерывном течении приводит к невротизации и астенизации больного.

Клиническая картина при левостороннем Н.Я.К., который встречается 64% случаев, протекает как среднетяжелая форма. Стул жидкий до 10-15 раз в сутки с обильным выделением крови и гноя, с наличием общих симптомов: бледности кожных покровов, уменьшением массы тела, субфибрильной температурой, нарушением гемопоэза, дефицитом белка.

Тотальный колит встречается в 11 % случаев, протекает как тяжелая форма заболевания с яркими местными и общими проявлениями с признаками сепсиса и диареи, стул до 20-40 раз в сутки. Резкое снижение массы тела. По образному выражению Барген "эти больные знают все общественные уборные по пути своего ежедневного маршрута».

Следует особо остановиться на молниеносной форме заболевания, дающий очень высокий процент летальных исходов, до 75 % . К счастью такой вариант Н.Я.К. встречается нечасто и составляет 1-4%. Заболевание сразу же начинается с тяжелой диареи. В испражнениях большое количество кровеносных сгустков, гноя и слизи. Испражнения часто имеют вид мясных помоев. Температура тела 39-40о, резкая общая слабость, анемизация, дегитратация организма, лицо больного приобретает страдальческое выражение с глубоко запавшими глазами. Больные быстро впадают в коматозное состояние вследствие нарастающей интоксикации и, нередко, уже через 2-3 суток наступает смерть, в связи с возникшими в организме необратимыми изменениями.

Необходимо различать хроническую рецидивирующую и хроническую непрерывную формы. Хроническая рецидивирующая форма характеризуется определенной цикличностью – сменой обострений и ремиссий с обратным развитием всех симптомов. В дальнейшем наступает прогрессирование процесса, рецидивы заболевания становятся более тяжелыми, ремиссии более короткими. При хронических формах с непрерывным течением отмечается постоянное прогрессирование заболевания. Непрерывная форма заболевания, как правило, наблюдается у больных с тотальным поражением толстой кишки и характеризуется более тяжелым течением.

ДИАГНОСТИКА Н.Я.К.

При острых и тяжелых формах Н.Я.К., прежде всего, бросается в глаза анемизация, обезвоживание, истощение и сухость кожных покровов у больных. При пальпации живота болезненность по ходу толстой кишки, иногда напряжение брюшных мышц или, наоборот, вздутие живота. При осмотре в анальной области нередко выявляются трещины, параректальные свищи или абсцессы.Нарушается водно-электролитный обмен с потерей калия, натрия и хлоридов, что клинически адинамией, парезами и параличами периферических нервов, сердечной недостаточностью, паралитической непроходимостью, коматозным состоянием. Появляется дефицит белка с диспротеинемией за счет снижения альбуминовых фракций и возрастания глобулиновых. Гиперлейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренное РОЭ. Поскольку Н.Я.К. почти всегда начинается с поражения прямой кишки ректороманоскопия является определяющим исследованием. Бакон предложил выделять четыре стадии изменений в прямой кишке с учетом их нарастания:

1 стадия – слизистая гиперемирована, незначительная контактная кровоточивость от тубуса ректоскопа.

2 стадия – слизистая оболочка отечна, гиперемирована, рыхлая, резкая контактная кровоточивость.

3 стадия – в слизистой видны мелкие, пшенообразного вида абсцессы, некоторые из них вскрывающиеся и на их месте видны различного размера глубокие язвы.

4 стадия – слизистая оболочка с обширными язвами, имеет вид изъеденного молью ковра, «дырявая на вид», резко кровоточива, местами видны псевдополипы. В просвете кишки кроваво-слизисто-гнойный экссудат.

При распространении процесса за пределы ректоскопа, большую помощь в оценке распространенности процесса оказывает колоноскопия, при необходимости взятие биопсийного материала из разных участков толстой кишки, т.к. колоноскоп можно провести до илеоцикального угла. Важным методом исследования является ирригоскопия, позволяющая определить длину кишки, степень сглаженности печеночного и селезеночного углов, исчезновение гаустраций. На иррогограммах вся толстая кишка или только часть ее имеет вид ригидной узкой трубки (симптом водопроводной трубки). Иногда можно увидеть язвы и псевдополипы.

ОСЛОЖНЕНИЯ Н.Я.К.

Осложнения Н.Я.К. разделяют на две основные группы: местные и системные. К первым относят:

1. Перфорация толстой кишки. Перфорация может произойти в свободную брюшную полость или быть прикрытой. В первом случае, на фоне уже имеющихся болей, появляются более сильные боли, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, тахикардия, коллапс, На обзорной рентгенограмме- серп газа под диафрагмой. В случае прикрытой перфорации, клиническая картина может быть выражена. Кроме того, клиническая картина может быть стертой у больных находящихся в предельно тяжелом состоянии. В таких случаях придают значение внезапному ухудшению состоянию больного. Надо иметь в виду, что перфорации могут быть множественными. Перфорации нередко предшествует острая дилатация ободочной кишки. Лечение перфорации только хирургическое. Показаны субтотальная колэктомия или проктоколэктомия. В настоящее время оставлена операция ушивания перфоративного отверстия и проксимальной декомпрессии.

1. Острая токсическая дилатация толстой кишки – грозное осложнение Н.Я.К., патогенез которого недостаточно ясен. В последнее время придают определенное значение дегенеративным изменениям в нервно-мышечном аппарате стенки толстой кишки и дефициту в организме калия. Выделяют три степени расширения толстой кишки:

1 степень – диаметр кишки достигает 8-10 см.

2 степень – диаметр кишки от 10 до 14 см.

3 степень – диаметр 14 см. и более.

Первая степень расширения, как правило, потенциально обратимая, при 2 ой и 3 ей создается угроза перфорации. Летальность составляет 30%.

В клинической картине преобладает симптомы тяжелой общей интоксикации, вздутие живота и асимметрия брюшной стенки, прекращение или уменьшение диареи. На обзорных рентгенограммах брюшной полости выявляется резкое расширение всей или участка толстой кишки, чаще поперечно-ободочной. Первая степень расширения подлежит консервативной терапии. Вторая и третья при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 6-24 ч., подлежат операции. Показана субтотальная колэктомия или проктоколэктомия.

1. Массивное кишечное кровотечение – развивается в 3% наблюдений. Примесь крови в испражнениях является доминирующим симптомом Н.Я.К. Под массивными кровотечениями следует понимать прогрессивно нарастающие явления анемии, диктующие необходимость для поддержания жизни больного переливания 1-2 литров крови в сутки. В большинстве случаев массивные кишечные кровотечения прекращаются спонтанно или под влиянием гемостатической терапии. В 1-5% случаев больным показано операция субтотальной колэктомии или проктоколэктомии.
2. Стриктуры толстой кишки – развиваются в 9% наблюдений, нередко до степени полной непроходимости кишечника. Практическое значение этого осложнения велико, во первых, стриктуры резко ухудшают течение основного заболевания, во –вторых, они могут приниматься за злокачественное новообразование. Диагностические трудности решает гистологическое исследование биопсийного материала. Оперативное вмешательство показано при развитии кишечной непроходимости, при прогрессировании основного процесса.

5.Рак толстой кишки на фоне Н.Я.К. может развиться в 3% случаев, опасность заболеть раком толстой кишки у больных Н.Я.К. в 11 раз больше, чем у здоровых людей. Одной из наиболее характерных особенностей рака, развивающегося на фоне язвенного колита, является чрезвычайно плохой прогноз его, в связи с преобладанием низкодифференцированных форм и трудностей дифференциальной диагностики. Своевременно рак на фоне язвенного колита становится не более, чем в 50 % наблюдений. Характерной особенностью такого рака является первичная множественность опухолей. Опасность заболеть раком через 10 лет основного процесса составляет 4%, а спустя 25 лет – 41%.

К системным осложнениям относят афтозные стоматиты, узловатую эритему, иридоциклиты, ириты, артриты, ревматоидного типа, гангренозную пиодермию, гепатит, пиелонефрит.

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение показано большинству больных, лишь в 15% случаев встает вопрос об оперативном вмешательстве. В последнее время наибольшего эффекта удается добиться назначением препарата салазоперина и его многочисленных аналогов: салазоперидина и салазоперидазина и т.д. Курс лечения 3-4 недели. Противопоказан при лейкоцитах ниже 4000. Кроме того, в числе обязательных назначений- переливание цельной крови, плазмы, витаминотерапия, коррекция электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния. Назначение стероидных гормонов показано при:

1. молниеносной форме Н.Я.К.
2. системных осложнениях
3. тяжелых распространенных поражениях, когда операция противопоказана.
4. Коллапсе, шоке

Учитывая, что в настоящее время Н.Я.К. относят к разряду аутоиммунных заболеваний, неотъемлемой частью лечения больных с данной патологией является проведение экстракорпоральных методов детоксикации, таких как плазмоферез, гемосорбция, лимфосорбция. Смысл такого лечения заключается в удалении избыточного количества циркулирующих иммунных комплексов, а также бактериальных токсинов.

Хирургическое лечение Н.Я.К. показано в следующих случаях:

1. Перфорация ободочной кишки или обоснованное подозрение.
2. Острая дилатация, не поддающаяся консервативной терапии в течение 6-24 ч.
3. Профузное кишечное кровотечение.
4. Развитие стойких стриктур с явлениями частичной кишечной непроходимости, при хроническом и рецидивирующем течении.
5. Рак на фоне хронического процесса.
6. Рецидив заболевания на оставшихся участках.
7. Неэффективность консервативной терапии при молниеносной форме в течение 7-10 дней.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В последнее время большинством хирургов выполняются, в основном, три вида оперативных вмешательств при Н.Я.К. или их модификации:

1. Субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом.
2. Проктоколэктомия с абдоминальной илеостомией.
3. Проктоколэктомия с анальной илеостомией.
4. Субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом выполняется одномоментно или в два этапа, в зависимости от тяжести состояния больного. При двухмомнтной операции вначале выполняется субтотальная резекция ободочной кишки с абдоминальной илеостомией и выведением дистального конца сигмовидной кишки на переднюю брюшную стенку, а через 4-6 месяцев производится второй этап – наложение илеоректального анастомоза или низкого илеосигмоидального. Преимущество операции в два этапа у тяжелых больных очевидны: во-первых, легче переносятся больными, во-вторых, сохранение пораженной культи прямой кишки практически не влияет на общее состояние и, кроме того, воспалительный процесс в ней за 4-6 мес. знаЧительно стихает. У ряда больных после субтотальной колэктомии сохряняется диарея, в связи с чем предложено несколько вариантов формирования илеоректального анастомоза. Наиболее известные из них анастомоз по Филлесу-Баррону в форме «9» и по Васильеву с образованием тонкокишечного резервуара из приводящего и отводящего отрезков подвздошной кишки.
5. Проктоколэктомия с абдоминальной илеостомией выполняется при тяжелых деструктивных процессах в прямой кишке, стриктурах, раке и , когда воспалительный процесс в прямой кишке прогрессирует после ее отключения после субтотальной колэктомии. Операция выполняется брюшно-промежностным доступом. Операция имеет то преимущество, что в зависимости от состояния больного, она может быть прервана и переведена в двухэтапную, т.е. ушитая и погруженная в илеосакральное пространство культя прямой кишки может быть удалена через 1-2 месяца после выхода больного из тяжелого состояния. Абдоминальная илеостома тягостна для больного и в 25% развиваются тяжелые психические расстройства.
6. Проктоколэктомия с анальной илеостомией лишена этого недостатка. Известно, что при Н.Я.К. поражается преимущественно слизистая оболочка толстой кишки. Если следовать этой концепции, то радикальными операциями можно считать такие, в ходе которых удаляется вся толстая кишка со слизистой оболочкой прямой кишки и анального канала. Кроме того, известно, что функция аноректальной зоны осуществляется через сенсорные нервно-мышечные окончания. На этом принципе основана операция проктоколэктомия с анальной илеостомией, когда удаляется слизистая оболочка культи прямой кишки и анального канала, а низведенная подвздошная кишка фиксируется швами к внутреннему сфинктеру прямой кишки. Таким образом, сохраняется функция аноректальной зоны.

Из приведенных данных, обнаруживается очевидная тенденция к радикализму и это оправдано, т.к. оставление даже небольшого участка толстой кишки неизбежно приводит к рецидиву заболевания. Не приводят к излечению и палиативные операции типа сегментарных резекций, илео – и сигмостомий для выключения пораженных участков кишки на продолжительное время.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В клинической практике Н.Я.К. приходится дифференцировать от целого круга заболевания, имеющих сходную клиническую картину: болезни Крона, ишемического колита, амебной и бактериальной дизентерии, рака, полипоза, дивертикулита ободочной кишки.

1. Болезнь Крона или гранулематозный колит. Его отличительными признаками являются:

А) менее выраженная диарея и, в большинстве случаев, отсутствие кровотечений.

Б) процесс носит интрамуральный характер, распространяется на все слои кишечной стенки.

В) язвы менее обширны, щелевидной формы, пересекаясь между собой они имеют вид «булыжной мостовой»

Г) характерно развитие спаечного процесса межкишечных свищей и абсцессов, которые часто пальпируются брюшную стенку

Д) характерно сегментарность, очаговость и прерывистость поражения, по типу прыжков кенгуру.

Е) прямая кишка поражается редко.

1. Дивертикулит толстой кишки.

Данные последних лет свидетельствуют, что дивертикулы толстой кишки из наиболее частых ее патологии. Дивертикулы толстой кишки, представляет собой ограниченные, мешковидные разрастания ее стенки. В 90% случаях дивертикулы наблюдаются в сигмовидной кишке. Основной причиной дивертикулеза считают повышение внутрикишечного давления на фоне хронических запоров. Так нормальное внутрикишечное давление составляет 7,5 мм .рт.ст., в то время как при дивертикулезе оно обычно является повышенным до 40-50 мм.рт.ст. Предрасполагающим фактором служит слабость кишечной стенки. Дивертикулез нередко осложняется кровотечением, т.к. дивертикулы формируются в местах прохождения через стенку кишки крупных сосудов.

Различают дивертикулы приобретенные или ложные, состоящие только из слизистой оболочки, врожденные или истинные, стенки которых как и стенка кишки имеет строение. Надо различать дивертикулез от дивертикулита: первый означает множественные подчас рассеянные по всей кишке дивертикулы, но без признаков воспаления. Дивертикулит предполагает развитие гнойного или гнилостного процесса в его полости и соответствующей общей симптоматики. Воспалительный процесс в дивертикулах сигмовидной кишки сопровождается болями в левой подвздошной области, повышением температуры тела, тошнотой, рвотой, в области расположения сигмовидной кишки иногда обнаруживается инфильтрат, напоминающий аппендикулярный. Такие больные подлежат неотложному хирургическому лечению в случае отсутствия эффекта от массивной антибактериальной терапии, во избежании более грозных осложнений:

1. Перфорация дивертикулов в свободную брюшную область с развитием перитонита, шока и септического состояния. Существует несколько вариантов операций:

А) тампонада дренирование левой подвздошной области в зоне перфорации, с наложение двухствольной трансверзостомы. Высокая послеоперационная летальность.

Б) более логичной представляется операция выведение наружу участка перфорировавшей сигмовидной кишки. Операция предложена Микуличем в 1903 г. Невыполнима при обширном спаечном процессе и фиксации сигмовидной кишки.

В) в таких случаях показано резекция сигмовидной кишки с четким швом дистального отдела толстой кишки и выведения колостомы, т.е. операция Гартмаел 1 этап.

1. Кровотечение – одно из сложных частых осложнений. При массивных кровотечениях перед хирургом встает сложная задача найти вовремя операции источник кровотечения. В таких случаях предлагается проведение интраоперационной колоноскопии, иногда к вскрытию просвета толстой кишки и лишь в редких случаях к субтотальной колэктомии.
2. Могут иметь место прикрытые перфорации с образованием абсцессов брюшной полости, межорганные свищи, особенно часто свищи между сигмовидной кишкой и мочевым пузырем, т.е. везикоколические свищи.

При единичных случаях дивертикулиты можно выполнить клиновидную резекцию или простое погружение дивертикула в просвет кишки.

На ирриограмме в отличие от Н.Я.К. характерные пилообразные контуры толстой или дополнительные тени за пределами кишки в форме сливы или черешни.

Полипы толстой кишки.

Среди прочих заболеваний ободочной кишки полипы составляют 12:%. Различают одиночные полипы, множественные и диффузный полипоз. Наиболее частые клинические проявления полипоза диарея, кровь и слизь в испражнения, боли в животе, прямой кишке, зуд и жжение в анальном проходе. Полипы толстой кишки склонны к малигнизации в 7 % особенно железистого происхождения. Полипоз всегда сопровождается воспалительным процессом в толстой кишке – колитом.

На ирриограмме выявляются округлые просветления с ровными контурами, при сохранении гуастрации толстой кишки, что является отличительным признаком от Н.Я.К.

Диффузный прлипоз толстой кишки является предраковым заболеванием с высоким индексом озлокачественная. Поэтому в настоящее время единственным эффективным методом лечения является радикальное хирургическое вмешательство направленное на удаление пораженных отделов или всей толстой кишки с сохранением прямой или ее анального отдела. Полипы же прямой кишки удаляют как до операции, так и во время и после ее через ректоскоп. Кишечный пассаж восстанавливается путем наложения илеоректального, цекоректального и трансверзоректального анастомоза в зависимости от объема резекции толстой кишки, который окончательно устанавливается после гистологического их исследования.

Противопоказанием к операции являются: тотальный полипоз всего желудочно-кишечного тракта, также больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Из онкологических соображений иногда прибегают к операциям типа субтотальной колэктомии и даже проктоколэктомии выполненных в один или два этапа в зависимости от состояния больного. Такие операции показаны при злокачественной трансформации одного или двух полипов, при групповых полипах расположенных в трех разных участках толстой кишки. Одиночный полип боле 0,5 см. в диаметре – показана сегментарная резекция.

Ишемический колит – имеет место чаще в возрасте 60—лет, у людей страдающих атеросклерозом, И.Б.С. и синдромом гипотонии. Изменения в стенке кишки чаще обратимого характера, но могут быть инфаркт и гангрена. Основная причина недостаточная васкуляризация селезеночного изгиба ободочной кишки, в связи с аналитическими особенностями. Известно,что этот участок кровоснабжается ветвями дуги Реолана, связывающей системы верхней и нижней мезентеральных артерий. Мартсон 1966 г. на основании клинической картины и морфологических изменений предлагает следующую классификацию ишемического колита:

* Гангренозная форма
* Транзиторная форма или обратимая форма
* Стриктурирующая.

Гангренозная форма – схваткообразные боли в животе слева, диарея, кровотечение, причина которых некроз кишечной стенки. Осложнения перитонит, тяжелая токсемия.

Транзиторная форма, обратимая – причина чаще атеросклероз. Характерны: тенезмы, диарея, кровотечения. Боль в левой половине живота возникает через 15-20 минут после приема пищи, в связи с функциональной нагрузкой на кишечник и стихает через 1-3 часа.

Стриктурирующая форма – как правило исход длительно протекающей транзиторной, когда подслизистый и мышечный слои захвачены фиброзным процессом.

В отличие от Н.Я.К. при ишемическом колите никогда не поражается прямая кишка, иногда затруднения решает биопсия слизистой оболочки толстой кишки.

Рак прямой ободочной кишки.

Дифференциальный диагноз Н.Я.К. и рака особенно ответственен. В большинстве случаев рак прямой кишки доступен пальцевому исследованию. Ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия позволяют поставить диагноз в ()% случаев. При сомнении показана биопсия подозрительного на рак участка кишки.

Амебная дизентерия – дифференциальные трудности и представляют случаи амебного колита, когда не удается найти амебу, а при ректороманоскопии в прямой кишке обнаруживают язвенный процесс, контактное кровотечение и другие признаки неспецефического язвенного колита. Слепая кишка вовлекается в процесс в 90% случаев. Тотальное поражение толстой кишки казуистика. Классический симптом этой патологии «конусовидная слепая кишка», при нормальной тонкой. Необходимо сделать не менее 6 копрологических исследовании. Шире использовать серологические методы, в частности, реакция флюоресцирующих антител. В некоторых случаях соскоб со слизистой кишки с целью обнаружения амебы.

Бактериальная дизентерия.

По данным Н.И.И. проктологии МЗ РСФСР 74 % больных с Н.Я.К. поступили в инфекционные стационары с диагнозом острая дизентерия. При бактериальной дизентерии отсутствуют обширные изъязвления и контактная кровоточивость в прямой кишке. Уже в первые дни намечается успех от назначения антибиотиков широкого спектра действия. Серологические реакции: реакция гемаглютинации на стекле, кожно-аллергическая проба.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.А. «Клиника и хирургическое лечение неспецефического язвенного колита» – Москва, 1967.
2. Долецкий С.Я., Стреколовский В.П. «Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей» - Москва, 1984.
3. Левитан М.Х. «Неспецифические колиты» – Москва, 1980.
4. Левин А.Т. «Язвенный колит» – Москва, 1982.
5. СавельевВ.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С. «Эндоскопия органов брюшной полости» – Атлас- Москва, 1977.
6. Шалимов А.А. «Хирургия кишечника» –Киев, 1977.
7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта» – Киев, 1987.
8. Федоров В.Д. «Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки» - Москва, 1978.
9. Юдин И,Ю. «Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита» – Москва, 1976.