

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ

## «ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ, ДИСБАКТЕРИОЗ»

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*



Андижан – 2003



«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой хирургических болезней 6-7 курса и урологии,  
проф: \_\_\_\_\_ Нишанов Ф.Н.

## РЕГЛАМЕНТ

учебного времени кафедры  
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	продолжи- тельность, мин	время
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10 10 10	8 <sup>50</sup> - 9 <sup>00</sup> 9 <sup>45</sup> - 9 <sup>55</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>25</sup> - 10 <sup>35</sup> 10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>
7. Перерыв	10 10	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>55</sup> 13 <sup>30</sup> - 13 <sup>40</sup>
8. Разбор практических навыков.	55	13 <sup>40</sup> -

## **ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

### **ПРОВЕДЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 3,0; в том числе:

- до 50% за теоретическую часть, т.е. до 1,5 балла.
- до 40% за практические навыки, т.е. до 1,2 балла.
- до 10% за учебную дисциплину, т.е. до 0,3 балла.

Итоговая оценка за каждое занятие составляет:

- от 2,6 до 3,0 – «отлично»;
- от 2,1 до 2,5 – «хорошо»;
- от 1,6 до 2,0 – «удовлетворительно»;
- 1,5 и менее – «неудовлетворительно».

### **КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ**

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корректирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

### **ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из

современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корригировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

### **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

## ЗАНЯТИЕ №25

# тема: ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ, ДИСБАКТЕРИОЗ.

### ***Цель занятия:***

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику заболеваний, сопровождающихся диарейным синдромом и дисбактериозом.
2. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации.
3. Уметь провести дифференциальный диагноз.
4. Знать основные принципы лечения.
5. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

### ***Контрольные вопросы:***

1. Понятие диареи. Виды диареи, ее причины.
2. Этиология, патогенез клиника, дифференциальный диагноз и лечение болезни Крона.
3. Этиология, патогенез клиника, дифференциальный диагноз и лечение неспецифического язвенного колита.
4. Этиология, патогенез клиника, дифференциальный диагноз и лечение дивертикулеза кишечника.
5. Этиология, патогенез клиника, дифференциальный диагноз и лечение полипоза кишечника.
6. Дисбактериоз. Причины, клиника и лечение.

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## ДИАРЕЯ

**Диарея** - учащенное или однократное опорожнение кишечника с выделением жидких каловых масс. В основе диарей лежат следующие факторы, ускоренный пассаж содержимого по кишечнику вследствие раздражения интрамуральных нервных сплетений или нарушения центральной регуляции его моторики, замедление всасывания жидкости из просвета кишки, повышенное слизиобразование. Диарея может быть проявлением заболеваний как кишечника, так и других органов и систем.

*Причины диареи:*

### **1) заболевания кишечника:**

а) инфекции острые и хронические (бациллярная и амебная дизентерия, тифо-паратифозные заболевания, сальмонеллезы, холера, стафилококковый энтероколит, ботулизм, туберкулез и др.);

б) дисбактериоз (осложнения антибактериальной терапии, микозы, бродильная и гнилостная диспепсии и др.);

в) неспецифические воспалительные процессы (энтерит, энтероколит, колит, дивертикулит, неспецифический язвенный колит, регионарный илеит, склеродермия);

г) дистрофические изменения кишечной стенки (кишечная липодистрофия, спру, амилоидоз, экссудативная энтеропатия и др.);

д) новообразования (ретикулосаркома и другие опухоли тонкой кишки, опухоли проксимальных отделов толстой кишки, диффузный полипоз толстой кишки и др.);

е) состояния, обусловленные уменьшением всасывательной поверхности кишечника (резекция тонкой кишки, желудочно-толстокишечные и тонко-толстокишечные фистулы);

ж) токсикозы (отравления солями тяжелых металлов, уремия, медикаментозные интоксикации, алкоголизм и др.);

з) гельминтозы (трихинеллез, энтеробиоз, аскаридоз и др.); и) функциональные расстройства кишечника (синдром раздраженной толстой кишки);

### **2) заболевания других органов и систем:**

а) болезни желудка (ахилия при хроническом гастрите и раке желудка, болезни оперированного желудка);

б) болезни поджелудочной железы (снижение внешней секреции при панкреатите, опухолях, кистах, камнях поджелудочной железы);

в) болезни печени и желчных путей (заболевания, сопровождающиеся ахолией);

г) болезни почек (состояния, сопровождающиеся уремией);

д) болезни эндокринных желез (тиреотоксикоз, гипопаратиреозидизм, аддисонизм, сахарный диабет, карциноидный синдром);

е) авитаминозы (пеллагра, бери-бери, спру и др.);

- ж) невроты;
- з) аллергии.

Причина диарей становится более ясной, если врач учитывает частоту стула, наличие тенезмов, производит определение консистенции, цвета стула, уточняет характер примесей; большим подспорьем являются данные лабораторного исследования кала.

В дифференциально-диагностическом плане важно разделение диарей на острые и хронические. Внезапно начавшиеся бурные диареи с частым стулом, тенезмами прежде всего подозрительны на кишечные инфекции.

Ведущее значение при этом приобретают эпидемиологические данные и бактериологические исследования кала; отрицательные результаты их требуют исключения токсических поражений кишечника. В ряде случаев остро начавшиеся диареи могут быть обусловлены изменением пищевого режима и приемом раздражающих кишечника средств (в том числе слабительных), а также являться первым признаком кишечной аллергии, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, синдрома раздраженной толстой кишки, тиреотоксикоза, карциноидного синдрома.

Определенное значение для диагностики имеет осмотр стула при диареях. Светлые пенистые (вследствие содержания газа) испражнения без примеси слизи в крови типичны для бродильной, а кашицеобразные или жидкие темно-коричневые, также пронизанные пузырьками газа испражнения, с острым гнилостным запахом - для гнилостной диспепсии. Частый жидкий водянистый стул с мелкими хлопьями слизи патогномичен для холеры. Жидкие, дурно пахнущие, содержащие слизь испражнения могут встречаться при остром и хроническом энтероколите.

Цвет кала, который определяется качественным составом пищи, степенью ее обработки ферментами, наличием примесей заметно меняется при некоторых патологических состояниях. Дегтеобразный цвет появляется при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, кровотечения из его дистальных участков сообщают калу темный или яркий красноватый оттенок. Черный цвет испражнений характерен и для отравлений ртутью

Обесцвеченный бело-серый цвет наблюдается при ахолии, иногда такой же цвет приобретает кал при обильной примеси к нему гноя со слизью. Необходимо помнить, что ненормальная окраска стула может быть вызвана приемом некоторых лекарственных средств (карболен, висмут и др)

Диарея с выделением видимых непереваренных остатков пищи может свидетельствовать о резком ускорении прохождения пищи по желудочно-кишечному тракту (оперативное сокращение и свищи пищеварительного тракта, энтероколиты, редко - функциональные расстройства кишечника) или о секреторной недостаточности желудка или поджелудочной железы.

Наконец, ряд ценных диагностических данных, порой непосредственно подводящих к распознаванию болезни, можно получить при учете сопутствующих диарее симптомов. Так, тенезмы, возникающие до и после дефекации, чаще всего наблюдаются при поражениях дистального отдела толстой кишки (дизентерия, язвенный колит, рак прямой кишки и др.), непрекращающиеся диареи с кратковременными «приливами» (пурпурное окрашивание лица) характерны для карциноидного син-

дрома, диареи с вздутиями, урчаниями - для энтероколитов, при диареях, обусловленных патологией эндокринных желез, выявляются другие признаки эндокринопатий и т. д. Однако для установления точного диагноза необходимо, естественно, полное обследование больного, включающее ирригоскопию, ректоскопию (или колоноскопию по показаниям) и лабораторное исследование кала.

Так называемые ложные диареи по механизму возникновения отличаются от истинных. Они могут появляться при хроническом запоре, когда вследствие длительного пребывания каловых масс в кишечнике происходит повышенное образование слизи с выделением жидких испражнений, при опухолях и полипах прямой и сигмовидной кишок (раздражение барорецепторов с частой дефекацией), при пузырьно-прямокишечной фистуле.

## БОЛЕЗНЬ КРОНА

**Болезнь Крона** - хроническое неспецифическое воспалительное заболевание, которое может поражать любой отдел пищеварительного тракта от пищевода до прямой кишки. Впервые описано Кроном и соавт. в 1932 г., наблюдавшими его в терминальном отделе подвздошной кишки и назвавшими терминальным илеитом.

Заболевание наблюдается одинаково часто у мужчин и женщин - 4-6 новых случаев болезни на 100 000 населения. Возраст больных 20-40 лет.

**Этиология и патогенез:** инфекционная аллергическая теория и теория аутоиммунной агрессии не получили достаточных доказательств. Определенную роль играет наследственный фактор, так как неоднократно описаны наблюдения семейной формы болезни Крона. В последние годы появились сведения о возможной роли вирусов в этиологии этого заболевания. Положительный эффект в лечении больных минералокортикоидами свидетельствует о заинтересованности иммунной системы организма.

В патогенезе заболевания основным считают поражение лимфатической системы, приводящее к поражению стенки кишки и развитию гранулематозного воспаления.

**Патологическая анатомия:** стенка кишки отечна, утолщена, рубцово изменена. Поражаются все слои стенки кишки. Слизистая оболочка представляет собой вид «булыжной мостовой» - участки почти нормальной слизистой оболочки сменяются изъязвлениями, гранулематозными разрастаниями. Характерной является множественность участков поражения кишки, нередко отстоящих друг от друга на большом протяжении, что дало основание образно назвать распространение заболевания по типу «прыжков кенгуру».

При гистологическом исследовании в зоне поражения выявляют отек и гиперплазию лимфатических фолликулов в подслизистом слое кишки, пролиферацию ретикулоэндотелиальных и лимфоидных элементов, гранулемы, состоящие из гигантских и эпителиоидных клеток.

Поражение всех слоев кишечной стенки приводит к образованию интрамуральных абсцессов, воспалению в окружающих тканях, спаянию органов, формированию внутренних свищей и межпетлевых абсцессов.

Клиника и диагностика: у 10% больных, особенно в молодом возрасте, заболевание начинается остро и по клиническим проявлениям напоминает острый аппендицит. Эта стадия носит название острой стадии.

В подострой стадии заболевания наблюдается увеличение числа язвенных поражений кишки, образование гранулем и сегментарный стеноз кишки. Хроническая стадия характеризуется дальнейшим распространением склеротического процесса в стенке кишки и развитием осложнений. В острой стадии заболевания на первое место выступает весьма умеренная диарея, похудание. Впоследствии диареи становятся более частыми, изнуряющими, нарастает потеря массы тела, появляются тупые боли в животе, чаще справа, здесь же обнаруживают пальпаторно инфильтрат. Боли вызваны воспалительными изменениями в стенке кишки и окружающих тканях, а также нарушением кишечной проходимости в результате сужения просвета кишки (в этом случае боли носят схваткообразный характер), появляются другие симптомы частичной кишечной непроходимости. Инфильтраты характеризуются довольно значительной плотностью, болезненны при пальпации. При нагноении инфильтрата формируется абсцесс. Нередко наблюдается развитие внутренних свищей, что может проявляться стеатореей. При локализации процесса в прямой кишке нередко формируются наружные свищи, абсцессы в параректальной клетчатке. Редким осложнением является перфорация в свободную брюшную полость. Кишечные кровотечения (в большинстве своем скрытые) возникают более чем у 60% больных. Неспецифическими выражениями болезни, которые развиваются у многих больных, являются полиартрит, кожная эритема, жировая дистрофия печени, склерозирующий холангит, увеит, иридоциклит.

При лабораторном исследовании выявляют гипохромную анемию (на почве нарушения всасывания витамина В12), гипопроотеинемию.

Болезнь Крона - хроническое заболевание, при котором периоды обострений могут сменяться периодами продолжительных ремиссий. В периоды обострения болезни Крона. Отмечается ухудшение самочувствия больных, повышение температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, анемия. Болезнь Крона относят к предраковым заболеваниям. Частота рака ободочной и прямой кишки при этом существенно возрастает.

**Диагностика** болезни Крона основана на клинических данных, позволяющих заподозрить это заболевание. При рентгенологическом исследовании с контрастированием кишечника раствором сульфата бария выявляют гирляндобразное чередование суженных и расширенных сегментов кишки. При эндоскопии определяют рельеф слизистой оболочки типа «бульжной мостовой». Существенную помощь при этом оказывает прицельная биопсия с гистологическим исследованием материала.

**Лечение:** консервативное, является неспецифическим. Оно сводится к назначению диеты (легкоусвояемая высококалорийная пища), медикаментозных средств, уменьшающих воспалительные явления в зоне поражения (тетрацилин, салазопирин), коррекции нарушений водно-электролитного, белкового обмена, витаминотерапии. В тяжелых случаях прибегают к парентеральному питанию.

Хирургическое лечение показано при развитии осложнений заболевания. Оно

заключается в резекции пораженного участка кишки (при непроходимости, перфорации), вскрытии абсцессов, ликвидации свищей.

Полного выздоровления у большинства больных после операции не наступает, так как болезнь Крона склонна к рецидивированию с вовлечением в патологический процесс новых участников пищеварительного тракта. Частота рецидивов достигает 35-50%.

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Это заболевание представляет собой хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в слизистой оболочке прямой и ободочной кишки. Встречается относительно часто (1,2 на 100000 населения).

**Этиология** изучена недостаточно. Поиски специфического микроба или вируса, ответственного за возникновение заболевания, успехом не увенчались. В связи с этим инфекционная теория этиологии неспецифического язвенного колита не подтверждается. Аллергия играет важную роль в развитии процесса. Исключение из питания пищевых аллергенов (молоко, яйца) приводит к улучшению в клиническом течении заболевания. Определенное значение имеют также нарушения иммунных процессов, развитие аутоиммуноагрессии. В сыворотке крови больных неспецифическим язвенным колитом можно обнаружить специфические антитела к слизистой оболочке толстой кишки. Имеются доказательства семейной предрасположенности к неспецифическому язвенному колиту.

**Патогенез:** на основании данных об этиологии процесса можно предполагать, что заболевание связано с сенсibilизацией организма (пищевые аллергены, интеркуррентные инфекции, кишечная микрофлора), с развитием аутоиммунной реакции. Слизистая оболочка толстой кишки продуцирует антиген, образуются антитела. Начинается реакция антиген - антитело, приводящая к развитию колита, изъязвлений. Далее присоединяется вторичная инфекция (кишечная микрофлора), поражение нервного аппарата кишки, алиментарная недостаточность.

**Патологическая анатомия:** при неспецифическом язвенном колите стенка кишки отекает, гиперемирована, легко рвется. На слизистой оболочке имеется множество эрозий и язв неправильной формы. На дне язв иногда видны аррозированные сосуды, являющиеся источником кровотечения. Проникая на большую глубину, язвы могут вызвать перфорацию кишки. Поверхность слизистой оболочки покрыта гнойным налетом. Иногда процесс протекает настолько тяжело, что отторгается вся слизистая оболочка.

При гистологическом исследовании обнаруживают атрофию слизистой оболочки, лейкоцитарную инфильтрацию подслизистого слоя с образованием микроабсцессов в криптах, при их слиянии возникает изъязвление слизистой оболочки с последующим развитием рубцового фиброза и псевдополипоза.

Неспецифический язвенный колит может распространяться на всю ободочную и прямую кишку (тотальное поражение), но может захватывать изолированно отдельные участки кишки (сегментарное поражение).

**Клиника** зависит от формы неспецифического язвенного колита и наличия или

отсутствия осложнений.

При острой (молниеносной) форме (у 10% больных) неспецифического язвенного колита отмечаются диарея (до 40 раз в сутки) с выделением крови и слизи, иногда - гноя, сильные боли по всему животу, тенезмы, рвота, высокая температура тела. Состояние больного тяжелое. Снижается артериальное давление, нарастает тахикардия. Живот вздут, болезнен при пальпации по ходу толстой кишки. В крови выявляется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, снижение уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов. В результате диарея, сопровождающегося потерей больших количеств жидкости, быстро наступают значительная потеря массы тела, нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, авитаминоз.

При ректороманоскопии видна отечность и кровоточивость слизистой оболочки толстой кишки, в просвете кишки - слизь, гной, кровь.

Острая форма неспецифического язвенного колита нередко сопровождается развитием тяжелых осложнений - массивного кровотечения, перфорации толстой кишки, токсической дилатации кишки. Смерть больного может наступить в первые дни заболевания (молниеносная форма) или в ближайшие месяцы. Острая форма заболевания встречается нечасто, но летальность при ней достигает 20%

У подавляющего большинства больных имеется хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита (у 50%), характеризующаяся сменой периодов обострений и ремиссий, причем периоды ремиссий могут достигать нескольких лет.

Обострение заболевания провоцирует эмоциональный стресс, переутомление, погрешность в диете, применение антибиотиков, слабительных и др. В периоды обострения заболевания клиническая картина напоминает таковую при острой форме процесса. Затем все проявления болезни стихают, исчезает диарея, уменьшается количество крови, гноя и слизи в испражнениях, постепенно патологические выделения прекращаются. Наступает ремиссия заболевания, во время которой никаких жалоб больные, как правило, не предъявляют, но стул обычно остается неоформленным.

Иногда неспецифический язвенный колит, начавшись остро или исподволь, без ремиссий, медленно, постепенно, но неуклонно прогрессирует. Это - хроническая непрерывная форма неспецифического язвенного колита, встречающаяся у 35-40% больных.

Для любой формы неспецифического язвенного колита характерно наличие анемии. При осмотре больного обращает на себя внимание увеличение печени (жировая дистрофия вследствие токсемии). Тяжелое течение процесса сопровождается гипоальбуминемией, повышением уровня бета- и гамма-глобулинов. Большие потери жидкости и электролитов вследствие диарея приводят к нарушениям гидроионного баланса в организме (в частности, к обезвоживанию и гипокалиемии). Нарушается витаминный обмен.

Деструкция стенки толстой кишки приводит к развитию грозных осложнений - к кровотечению (у 5-6%), перфорации (у 3-4%), токсической дилатации кишки (у 2-6% от всех больных неспецифическим язвенным колитом и у 10-20% больных с

острым течением заболевания), стенозу, малигнизации (в 7 -10 раз чаще, чем в обычной популяции людей).

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.

**Диагностика:** основана на оценке данных анамнеза, жалоб больного, результатов ректороманоскопии, ирригографии, колоноскопии.

Дифференциальный диагноз проводят с дизентерией (бактериологические и серологические исследования), проктитом, болезнью Крона.

**Лечение:** консервативная терапия неспецифического язвенного колита включает диету с преобладанием белков, ограничением количества углеводов, исключением молока, десенсибилизирующие и антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин); витамины (А, Е, С, К, группы В); бактериостатические препараты (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол). Хорошие результаты дает лечение салазопиридазином, который обладает антимикробным и десенсибилизирующим действием. При отсутствии эффекта от проводимой терапии и при острой форме заболевания целесообразно использование стероидных гормонов (преднизолон, дексаметазон). Хирургическое лечение показано при развитии осложнений, угрожающих жизни больного (профузное кровотечение, перфорация кишки, токсическая дилатация). Показания к хирургическому лечению возникают также при непрерывном или рецидивирующем течении заболевания, не купирующемся консервативными мероприятиями, при развитии рака.

При токсической дилатации толстой кишки выполняют илео- или колостомию. В остальных ситуациях прибегают к резекции пораженного отдела кишки, колэктомии или колопроктэктомии, завершающейся наложением илеостомы.

## **ДИВЕРТИКУЛЫ И ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Врожденные дивертикулы развиваются вследствие нарушения гистогенеза в период эмбрионального развития. Приобретенные дивертикулы возникают в результате выпячивания слизистой оболочки через дефекты в мышечной оболочке (ложный дивертикул). Мышечный слой толстой кишки наиболее слабо выражен между продольными мышечными лентами, поэтому именно здесь чаще всего образуются дивертикулы. Они чаще локализуются в местах вхождения в стенку кишки кровеносных сосудов. Причинами, способствующими возникновению дивертику-

лов, являются воспалительные процессы в кишке, ослабляющие ее стенку, и повышение внутрипросветного давления (при запорах).

Заболевание чаще поражает людей в возрасте старше 40 лет, причем с возрастом это заболевание встречается чаще.

Дивертикулы представляют собой выпячивание стенки кишки, имеющей шейку длиной 3-5 мм и тело диаметром 0,5-1,5 см. Наиболее часто дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке и левой половине ободочной кишки (у 68%).

По мере увеличения дивертикула происходит истончение его стенки, атрофия слизистой оболочки. Застаивающийся в дивертикуле кал вызывает образование эрозий, язв, развитие воспалительного процесса (дивертикулит).

Клинические проявления дивертикулеза отсутствуют. С развитием воспалительного процесса (дивертикулит) появляются боли внизу живота, неустойчивый стул (смена запоров диареей), снижается аппетит, появляется тошнота, изредка рвота. Выраженное воспаление сопровождается субфебрильной температурой тела, довольно интенсивными болями в животе, лейкоцитозом. Пальпация живота в зоне поражения вызывает резкую боль, отмечают умеренное напряжение мышц.

Клиническая картина весьма сходна с таковой при остром аппендиците, но все симптомы выявляются слева. На фоне дивертикулита может произойти перфорация дивертикула в свободную брюшную полость (у 2-27%) с развитием перитонита. При перфорации в забрюшинную клетчатку развивается ее флегмона. При перфорации в клетчатку, расположенную между листками брыжейки кишки, развивается параколический абсцесс.

Другим осложнением дивертикулита является формирование абсцессов в замкнутой полости дивертикула. Прорыв абсцесса в кишку ведет к выздоровлению. При прорыве абсцесса в брюшную полость развивается перитонит, в подпаявшийся полый орган - внутренний свищ.

Длительно существующий дивертикулит ведет к возникновению спаечного процесса, следствием которого нередко является развитие кишечной непроходимости.

Кровотечение возникает у 3-5% больных дивертикулом толстой кишки. Механизм этого осложнения заключается в аррозии артериального ствола, расположенного у шейки дивертикула. Кровотечение возникает внезапно, нередко бывает профузным и манифестируется как общими симптомами кровопотери (слабость, головокружение, бледность, тахикардия и др.), так и примесью более или, менее измененной крови в кале (в зависимости от локализации дивертикула). В этих условиях ирригоскопия является как диагностическим, так и лечебным мероприятием, так как возможно тампонирование барием полости дивертикула с кровоточащим сосудом. Хирургическому лечению подлежат до 30% больных с кровотечением. Перед операцией необходимо точно знать локализацию источника кровотечения, для чего используют колоноскопию. Оперативное лечение заключается в ушивании кровоточащего сосуда и инвагинации дивертикула в просвет кишки (если это удастся технически) или резекции участка кишки. Смертность при экстренных операциях достигает 20%.

Диагностика дивертикулеза основывается на данных анамнеза, результатах

рентгенологического и колоноскопического исследований. При дивертикулите выполнение рентгенологического и эндоскопического исследований опасно в связи с возможностью перфорации дивертикула.

Лечение: консервативное (диета, спазмолитики, антибиотики, сульфаниламидные препараты, теплые клизмы с растворами антисептиков). Показания к хирургическому лечению возникают при перфорации дивертикула, развитии кишечной непроходимости, внутренних свищей, массивном кровотечении, выраженном дивертикулите с частыми обострениями, при безуспешности медикаментозного лечения. При дивертикулите толстой кишки удаляют пораженный участок кишки (гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки), целесообразно сочетание этих операций с миотомией ободочной кишки, что ведет к снижению внутрипросветного давления.

## **ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ**

Полипы относят к доброкачественным новообразованиям, исходящим из эпителия, однако они склонны к малигнизации. Среди всех проктологических больных полипы обнаруживают у 10-12%, а среди лиц, которым при профилактическом осмотре выполняют ректороманоскопию, - у 2-4%. Мужчины заболевают в 2-3 раза чаще женщин.

Полипы могут быть одиночными и множественными. Обычно их размеры 0,5-2 см, но изредка они достигают 3-5 см и более. Полипы имеют ножку, свисая в просвет кишки, реже расположены на широком основании. Выделяют ювенильные, гиперпластические, железистые (аденоматозные), железисто-ворсинчатые полипы, ворсинчатые опухоли, диффузный полипоз толстой кишки (истинный и вторичный).

Ювенильные полипы наблюдаются преимущественно у детей. Чаще поражается слизистая оболочка прямой кишки. Макроскопически полипы имеют вид «виноградной грозди», имеющей ножку, поверхность их гладкая, окраска более интенсивная по сравнению с окружающей неизменной слизистой оболочкой. Микроскопически выявляют характерные железисто-кистозные образования с преобладанием стромы над железистыми элементами. Как правило, ювенильные полипы не малигнизируются.

Гиперпластические полипы - мелкие (2-4 мм) образования, чаще имеют конусовидную форму. В гиперпластических полипах сохраняется нормальное строение слизистой оболочки кишки с правильным строением и ориентацией желез при значительном увеличении их числа, за счет чего и создается впечатление об утолщении слизистой оболочки в виде полипа. Малигнизируются очень редко.

Аденоматозные полипы (железистые) наблюдаются наиболее часто. Аденоматозный полип имеет вид опухоли округлой формы на ножке или без нее, с гладкой поверхностью. Представляет собой участок гиперплазии слизистой оболочки, построен из разнообразных по форме желез, нередко кистозно расширенных, выстланных цилиндрическим эпителием. Эти полипы часто малигнизируются, при этом чем больше размеры полипа, тем чаще выявляют малигнизацию. При размерах полипа более 2 см частота малигнизации достигает 50%.

Ворсинчатый полип (аденопапиллома) покрыт тонкими нежными ворсинками. Частота малигнизации достигает 30-35%.

Одиночные полипы иногда протекают бессимптомно или являются причиной жалоб больных на выделение крови и слизи из прямой кишки, боли в животе, запор, диарея, кишечный дискомфорт. Эти симптомы не являются патогномичными для полипов, поэтому для выявления их необходимо применение пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии, колоноскопии, ирригографии. Биопсия полипов необходима для определения гистологической структуры полипов, наличия или отсутствия малигнизации.

Железисто-ворсинчатые полипы имеют дольчатое строение, поверхность их бархатистая, покрыта множеством ворсин.

Ворсинчатая опухоль представляет собой дольчатое новообразование с бархатистой поверхностью, розовато-красного цвета, выступающее в просвет кишки, расположенное на широком основании (узловая форма). Одной из разновидностей ворсинчатых опухолей является стелющаяся, ковровая форма, при которой опухолевого узла нет. В таком случае распространение процесса идет по поверхности слизистой оболочки, занимая иногда довольно большую площадь по всей окружности кишки и проявляясь ворсинчатыми или мелкодольчатыми разрастаниями.

Размеры ворсинчатых опухолей от 1,5 до 5 см. Склонность к малигнизации ворсинчатых опухолей очень большая (до 90%). Среди всех новообразований толстой кишки они составляют около 5%. Наиболее часто ворсинчатые опухоли локализуются в прямой и сигмовидной кишке.

Проявляются ворсинчатые опухоли толстой кишки выделением слизи при дефекации, причем количество слизи может быть значительным и достигать 1 -1,5 л, что приводит к водно-электролитным расстройствам. Вследствие легкой ранимости ворсин опухоли кровотечение возникает почти у всех больных. К другим симптомам заболевания относят боли в животе, запор, диарея, кишечный дискомфорт.

Диффузный полипоз толстой кишки бывает истинным (семейным) и вторичным (как результат других поражений толстой кишки, например колита). Частота малигнизации при диффузном полипозе достигает 70-100%, следовательно, он является облигатным предраком.

Диффузный истинный полипоз передается по наследству, поражая несколько членов семьи, отсюда одно из его названий - семейный. Заболевание обычно выявляют у детей и людей молодого возраста. Частота малигнизации приближается к 100%

Сочетание диффузного полипоза толстой кишки с доброкачественными опухолями мягких тканей и костей называют синдромом Гарднера. Сочетание полипоза желудочно-кишечного тракта с пигментными пятнами на слизистой оболочке щек, во круг рта и на коже ладоней называют синдромом Пейтца - Джигерса. В детском возрасте протекает бессимптомно.

При диффузном полипозе толстой кишки характерны боли в животе без четкой локализации, диарея, выделение кропи и слизи с калом, похудание, анемия.

Диагностика: наряду с клиническими симптомами и анемнестическими данными важное значение имеют ректо- и колоноскопия, ирригография.

Выбор метода лечения полипов и диффузного полипоза толстой кишки должен быть индивидуализирован. Одиночные полипы удаляют путем электрокоагуляции через ректо- или колоноскоп. Электрокоагуляция допустима и при ворсинчатых опухолях с хорошо выраженной ножкой при отсутствии малигнизации.

При малигнизации ворсинчатой опухоли выполняют радикальную операцию, объем которой определяется локализацией опухоли (право- или левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки). При клеточной атипии верхушки полипа без инвазии мышечной пластинки слизистой оболочки радикальной операцией является клиновидное иссечение стенки кишки в зоне полипа.

При диффузном семейном полипозе толстой кишки выполняют субтотальную колэктомию с наложением илеоректального или илеосигмоидного анастомоза. При локализации множественных полипов на ограниченном участке производят резекцию пораженного отдела кишки.

## ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНЫЙ

**Дисбактериоз кишечный** - синдром, характеризующийся нарушением подвижного равновесия микрофлоры, в норме заселяющей кишечник. Если у здоровых людей в дистальных отделах тонкой кишки и в толстой кишке преобладают лактобактерии, анаэробные стрептококки, кишечная палочка, энтерококки и другие микроорганизмы, то при дисбактериозе равновесие между этими микроорганизмами нарушается, обильно развивается гнилостная или бродильная флора, грибы, преимущественно типа *Candida*, в кишечнике обнаруживаются микроорганизмы, в норме нехарактерные для него, большое количество микробов находится в содержимом проксимальных отделов тонкой кишки и в желудке.

Активно развиваются условно-патогенные микроорганизмы, обычно обнаруживаемые в содержимом кишечника в небольших количествах, вместо непатогенных штаммов кишечной палочки (эшерихии) нередко обнаруживаются ее более патогенные штаммы. Таким образом, при дисбактериозе наблюдаются качественные и количественные изменения состава микробных ассоциаций в желудочно-кишечном тракте (микробный пейзаж)

*Этиология и патогенез.* К кишечному дисбактериозу приводят заболевания и состояния, которые сопровождаются нарушением процессов переваривания пищевых веществ в кишечнике (диспепсии кишечные, хронические гастриты с секреторной недостаточностью, хронические панкреатиты, энтериты, колиты и т. д.). Причиной кишечного дисбактериоза может быть длительный, неконтролируемый прием антибиотиков, особенно широкого спектра действия, подавляющих нормальную кишечную флору и способствующих развитию тех микроорганизмов, которые имеют устойчивость к этим антибиотикам.

При дисбактериозе нарушается антагонистическая активность микрофлоры кишечника в отношении патогенных и гнилостных микроорганизмов. Продукты ненормального расщепления пищевых веществ необычной для кишечника микрофлорой (органические кислоты, альдегиды, индол, скатол, сероводород и др.), образующиеся в больших количествах, раздражают стенку кишки. Возможно также воз-

никновение аллергии либо на обычные продукты расщепления пищевых веществ, либо на антигены бактерий.

*Симптомы, течение.* Характерны симптомы диспепсии, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, тошнота, метеоризм, понос или запор. Каловые массы имеют резкий гнилостный или кислый запах. Часто наблюдаются признаки общей интоксикации, наблюдается вялость, снижается трудоспособность. Диагноз подтверждается повторными исследованиями фекальной микрофлоры.

При дифференциальной диагностике следует различать дисбактериозы, возникающие на фоне нерационального применения антибактериальных препаратов, на фоне систематических алиментарных погрешностей (что устанавливается на основании анамнеза) и дисбактериозы, сопутствующие острым и хроническим заболеваниям органов пищеварения. При длительном течении возможны гипоавитаминозы (особенно дефицит витаминов группы В). Некоторые виды кишечного дисбактериоза (особенно стафилококковый, кандидо-микозный, протейный, реже другие) могут переходить в генерализованную форму (сепсис).

*Лечение* в легких случаях амбулаторное, в более тяжелых - в стационарных условиях. Прекращают введение антибактериальных средств, которые могли повести к развитию дисбактериоза, назначают общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию (витамины, противогистаминные препараты и т.д.). При кандидамикозе рекомендуются нистатин и леворин, при стафилококковом дисбактериозе - эритромицин. Для нормализации кишечной флоры целесообразно применение энтеросептола, колибактерина, бифидумбактерина, бификола, лактобактерина. При дисбактериозах, возникающих на фоне основного заболевания пищеварительного тракта (энтерит, колит и т.д.), необходимо рациональное его лечение. Нередко целесообразно назначение препаратов пищеварительных ферментов (абомин, полизим, фестал и т.д.).

*Профилактика* сводится к рациональному назначению антибиотиков, полноценному питанию и общеукрепляющей терапии лиц, переболевших тяжелыми общими заболеваниями органов пищеварения.

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. Для оперативного лечения неспецифического язвенного колита применяется:
  - а) илеостомия
  - б) тотальная проктоколэктомия с илеостомией
  - в) субтотальная колэктомия с илеостомией
  - г) все названные операции
  - д) ни одна из них
  
2. При неспецифическом язвенном колите чаще всего поражается кишка:
  - а) восходящая
  - б) ободочная
  - в) нисходящая
  - г) слепая
  - д) прямая
  
3. При лечении неспецифического язвенного колита применяют все перечисленные препараты, кроме:
  - а) антибиотиков
  - б) слабительные
  - в) витаминов
  - г) иммуностимуляторов
  - д) гормональных препаратов
  
4. Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано:
  - а) при профузном кровотечении
  - б) при перфорации кишки
  - в) при токсической дилатации
  - г) при неэффективности консервативного лечения
  - д) при всех названных состояниях
  
5. Для болезни Крона не характерно:
  - а) развитие наружных и внутриорганных свищей
  - б) длительное течение заболевания
  - в) поражение только слизистой оболочки кишки
  - г) развитие параректальных свищей
  - д) анемия
  
6. Дивертикулез обычно наблюдается:
  - а) в пищеводе

- б) в желудке
- в) в 12-перстной кишке
- г) в подвздошной кишке
- д) в ободочной кишке

7. Чаще всего дивертикулез локализуется в кишке:

- а) восходящей
- б) поперечноободочной
- в) слепой
- г) сигмовидной
- д) прямой

8. Дивертикулез ободочной кишки может осложниться:

- а) кровотечением
- б) псевдообструкцией кишки
- в) дивертикулитом
- г) перитонитом
- д) всем перечисленным

9. Токсическая дилатация ободочной кишки

при неспецифическом язвенном колите может осложняться:

- а) кровотечением
- б) перфорацией
- в) кишечной непроходимостью
- г) интоксикацией
- д) всем названным

10. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:

- а) рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария
- б) ирригоскопия
- в) колоноскопия
- г) исследование кала на скрытую слизь
- д) УЗИ

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной 76 лет, заболел остро около 3-х часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота. Из анамнеза известно, что в течение 3-х лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня беспокоила задержка газов и стула. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс 96 уд/мин. Живот умеренно

вздут, тимпанит, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабо положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. Ваш диагноз, лечение?

а) дивертикулез ситовидной кишки с подозрением на микроперфорацию, интенсивная противовоспалительная терапия

б) рак сигмовидной кишки, обтурирующий ее просвет, перфорация, перитонит, экстренная операция

в) заворот сигмовидной кишки, оперативное лечение

г) низкая обтурационная толстокишечная непроходимость, экстренная операция

д) рак сигмовидной кишки, обтурационная толстокишечная непроходимость, консервативная терапия, сифонная клизма

2. Больной 30 лет, поступил с жалобами на умеренные боли по всему животу, жидкий стул до 4-х раз в сутки с кровью, гноем, слизью. Анемия, температура 38°C, СОЭ 40 мм/час. Живот умеренно вздут, болезнен по ходу толстой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании: увеличенные геморроидальные узлы, умеренно болезненны. На перчатке - темная кровь. Мать больного умерла от какого-то заболевания толстой кишки. Ваш диагноз?

а) острая дизентерия

б) рак толстой кишки

в) хронический геморрой с явлениями проктосигмоидита

г) неспецифический язвенный колит

д) болезнь Крона

3. Больная 67 лет, в течении 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. В анализе крови - анемия. В кале обнаружена скрытая кровь. При ирригоскопии - дефект наполнения 2х3 см, с неровными бугристыми контурами слепой кишки. Ваш диагноз?

а) дивертикул

б) актиномикоз

в) опухоль слепой кишки

г) туберкулез

д) неспецифический язвенный колит

4. У больного, 55 лет, появился частый стул до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38°C, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации, тонус сфинктера снижен. Бактериологическое исследование кала - дизентерийных бактерий, амёб не выявлено. КЛЗ - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, на фоне которой располагаются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии - складки оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, на фоне которой возникают циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз?

- а) дизентерия
- б) болезнь Крона
- в) неспецифический язвенный колит
- г) амебиаз
- д) дивертикулез

5. У больного, 46 лет, появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры. При ректороманоскопии: на фоне отека слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой шероховатая, видные эрозии и язвы; сливающиеся между собой. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой отмечается сужение просвета, сглаживание гаустрации, нечеткость контуров, образование спикурообразных выпячиваний. Ваш диагноз?

- а) полип кишки
- б) неспецифический язвенный колит
- в) доброкачественная опухоль
- г) дивертикулез
- д) болезнь Крона



