

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**



**САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

2-кафедра хирургических болезней и урологии.

**Тема: неспецифический язвенный колит, болезнь
крона, полипоз, хронический копростаз, девертикулёз**

Для студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

Ассистент кафедры: Самиев Х.Ж

Самарканд – 2017 г.

Цель практического занятия: ознакомить студентов с заболеваниями толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники, их распространенностью, причинами их развития, клиническим течением, их осложнениями, дифференциальной диагностикой и возможными методами, лечение этих заболеваний и грозных осложнений.

Воспитательные цели практического занятия: расширение диапазона занятий студентов о распространенных заболеваниях толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники, осложнениях, внушить студентам необходимость раннего выявления заболеваний на начальных стадиях его и своевременного хирургического лечения, ознакомить студента с видами лечения и мерами профилактики, развития клинического мышления студентов, подготовка к самостоятельной работы ВОП.

Задачи практического занятия:

- рассказать о важности проблемы толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники в мире.
- дать понятие о заболеваний толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники.
- объяснить причины и механизмы развития заболеваний толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники.
- провести клиническую характеристику заболеваний толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники стадия заболевания их проявления.
- провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
- ознакомить с основными методами лечения.
- весь материал практического занятия подготовить и преподнести студентам в аспекте качественной подготовки ВОП.

План практического занятия:

1. современное состояние вопроса заболеваний толстой кишки и смешинные заболеваниями кишичники. - 5 минут.
2. анатомо-физиологические особенности – 10 минут.
3. этиология и патогенез – 20 минут.
4. клиника и диагностика – 40 минут.
5. дифференциальная диагностика – 20 минут.
6. тактика врача. Лечебные мероприятия – 20 минут.
7. проведение интерактивного метода “Кластер”.
8. Решение тестов.
9. Решение ситуационных задач.

Неспецифический язвенный колит

Неспецифический язвенный колит характеризуется хроническим воспалением ободочной и прямой кишок с язвенным поражением слизистой оболочки. Среди населения встречается с частотой 1:10 000. Наиболее широко распространен в Англии, Северной Америке, Австралии, скандинавских странах.

Этиология. Несмотря на большой срок с момента описания заболевания (Wilks, Мохон, 1875), этиология его остается невыясненной. Не нашли подтверждения инфекционная, аллергическая, пищевая, генетическая и другие гипотезы. В последнее время наиболее признанной является аутоиммунная теория в связи с обнаружением в крови циркулирующих антител. Она согласуется с особенностями клинической картины, напоминающей таковую при других аутоиммунных болезнях, сопровождающихся Внекишечными проявлениями, лимфоцитарной и эозинофильной инфильтрацией толстой кишки, а также получением положительных результатов при назначении стероидных гормонов.

Патогенез. С учетом предполагаемой этиологии заболевания следует считать, что его патогенез обусловлен развитием аутоиммунных реакций. В ответ на продукцию слизистой оболочки антигена образуются антитела, а затем комплекс антиген-антитело, которые вызывают воспалительные и некротические изменения в тканях. Кишечный дисбактериоз в этих условиях способствует развитию воспалительного процесса в кишечной стенке, усиливает интоксикацию и аутоенсибилизацию организма. В патогенезе неспецифического язвенного колита важное место отводится пищевой (молоко) и медикаментозной аллергии. Нередко (в 2/3 больных) обострение заболевания наступает после нервно-психического перенапряжения или стрессовых ситуаций, подчеркивает их патогенетическое значение.

Патологическая анатомия. Характеризуется различной картиной, зависит от формы и длительности заболевания. Воспалительный процесс начинается со слизистой оболочки. Он выражается в появлении гиперемии, отека, возникновении эрозий и поверхностных язв, которые могут сливаться в обширные поля. В тяжелых случаях язвы проникают в мышечного и серозного покровов, вызывая иногда перфорацию кишки. Кишечная стенка становится хрупкой, Легкоранимый. Вследствие воспалительно-

деструктивного процесса исчезают гаустры, кишечник превращается в ригидную трубку. На слизистой оболочке наряду с язвами оказываются полипообразные образования (псевдополипы) различной величины и формы. Однако их никогда не бывает в прямой кишке. В отличие от болезни Крона при неспецифическом язвенном колите ободочная кишка сужается равномерно, а не сегментам. Характерной особенностью является выявление так называемых крипто-абсцессов, что связывают с вторичным инфицированием слизистой оболочки. Навоз из них выделяется в просвет кишки или рыхлую ткань подслизистого слоя сопровождается отслойкой и некрозом слизистой оболочки с образованием новых язв.

У больных с острой токсической дилатацией ободочная кишка (чаще поперечная) резко расширена, с утонченными стенками, которые могут подвергаться перфорации и вызвать развитие перитонита. При длительном течении заболевания выявляются дистрофические изменения паренхиматозных органов. При неспецифическом язвенном колите указанные выше изменения начинаются с прямой и сигмовидной кишок, а затем распространяются на другие отделы левой и правой половин ободочной кишки.

Клиническая картина. Определяется формой заболевания и его осложнениями. В большинстве больных неспецифический язвенный колит имеет хроническое течение с периодически возникающими обострениями. Периоды ремиссии могут продолжаться несколько лет. Больных беспокоит схваткообразные боли в животе, поносы с примесью крови до 10 раз в сутки. При обострении заболевания состояние пациентов ухудшается, симптоматика соответствует таковой при острой форме. Вторым вариантом хронической формы имеет непрерывный характер. Он представляет большую опасность, чем рецидивирующий.

Острая форма заболевания характеризуется тяжелым состоянием больных. Наблюдается сильная боль по всему животу, частота поносов достигает 30 раз в сутки и более с выделением крови, слизи и гноя. Наблюдается многократная рвота, повышается температура тела. Живот вздут и болезненный по ходу ободочной кишки. Развиваются гипотония и выраженная тахикардия, изменяется морфологический состав крови - лейкоцитоз сочетается с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево с выраженной токсической зернистостью нейтрофилов. Поносы вызывают обезвоживание организма, нарушаются водно-электролитный и кислотно-щелочной балансы. Постоянным признаком является прогрессирующая анемия.

Еще тяжелее протекает молниеносная форма неспецифического язвенного колита. Она длится несколько дней и заканчивается смертью

вследствие развития острых осложнений (перфорация кишечника, кровотечение, токсическая дилатация).

Диагностика. Основывается на клинической картине заболевания, данных ректороманоскопии, фибро-колоноскопии, ирригографии. При эндоскопическом исследовании определяются отек, гиперемия и легкая кровоточивость слизистой оболочки, на поверхности которой есть эрозии, язвы, иногда псевдоколиты. В процессе ирригографии выявляется симптом "водопроводной трубы", то есть сужение просвета кишки и отсутствие гаустрации.



Неспецифический язвенный колит (тотальное поражение). Ирригограма.



Симптом "водопроводной трубы". Трансформация неспецифического язвенного колита в области сигмоидного угла в рак.

Дифференциальная диагностика. Проводится прежде всего с болезнью Крона (гранулематозный колит), дизентерией, псевдомембранозным энтероколитом, ишемическим колитом, туберкулезным колитом, раком толстой кишки. Особенности клинической картины болезни Крона изложены в соответствующих разделах.



Болезнь Крона. Трубнообразное сужение терминального отдела тонкой кишки. Рентгенограмма.

Диагноз дизентерии подтверждается бактериологическим и серологическими исследованиями. Псевдомембранозный энтероколит развивается в результате дисбактериоза из-за применения больших доз антибиотиков. Ведущую роль играет стафилококковая инфекция, оказывающаяся нечувствительной к антибактериальным препаратам. Это заболевание характеризуется тяжелым общим состоянием, поносами с примесью крови, гноя и мембранозных пленок как результат некроза слизистой толстой кишки. Ишемический колит развивается вследствие поражения висцеральных артерий (в частности тех, что участвуют в формировании дуг Риолан) атеросклеротическим процессом или при неспецифическом аортоартериите. При амебиазе отсутствуют интоксикация, анемия, а при колоноскопии определяются глубокие язвы с подрытыми краями на фоне малоизмененной слизистой оболочки отсутствуют псевдополипы. О туберкулезное поражение толстой кишки свидетельствуют наличие активного туберкулезного процесса в легких или указание на него в анамнезе, при колоноскопии язвы имеют подрытые края без тенденции к слиянию; рентгенологически выявляется тяжелый стеноз кишки, напоминает раковую опухоль. Прогрессирование туберкулеза кишечника может привести к его

непроходимости. Дифференциальная диагностика с раком толстой кишки основывается на результатах специальных методов исследования.

Лечение. Комплексное. Диета должна быть высококалорийной, механически щадящей, содержать достаточное количество белков, жиров, витаминов. Из пищи исключают молоко и молочные продукты. Парентерально вводят растворы белков, глюкозы, электролитов, иногда переливают кровь. Назначают десенсибилизирующие и антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин), витаминотерапию. Эффективное применение препаратов салициловой кислоты и сульфопиридина (Салазопирин, сульфасалазин, салазопиридазин). При хорошей переносимости сульфасалазин назначают внутрь до 4-8 г в сутки или салазопиридазин до 2 г (курс 3-7 недель). В лечении больных язвенным колитом используется также гормонотерапия - кортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон). Однако применять их следует с большой осторожностью, так как они часто вызывают серьезные осложнения в связи с побочным действием. В комплекс консервативного лечения целесообразно включать бактериостатические препараты (фталазол, энтеросептол).

Если такое лечение неэффективно, а также при развитии осложнений показано хирургическое вмешательство. При этом предпочтение отдается субтотальной резекции ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы.

Радикальная операция - колпроктэктомия применяется реже из-за большой травматичности и невозможности в дальнейшем создать естественный анус, хотя такие попытки предпринимались. У тяжелобольных проводится отключение толстой кишки путем формирования двустольного илеостомы. В дальнейшем решается вопрос о возможности выполнения субтотальной резекции ободочной кишки.

Осложнения. Перфорация ободочной кишки относится к частым осложнениям неспецифического язвенного колита. Она встречается примерно у 3% больных. Диагностика ее не представляет особых трудностей, поскольку развиваются характерные признаки. Прежде всего на фоне имеющегося боля в животе появляется более выраженная боль, которая локализуется в подвздошных участках и сопровождается напряжением мышц передней брюшной стенки. Диагноз подтверждается при наличии серповидной полоски воздуха в поддиафрагмальном пространстве во время рентгенологического исследования. Однако не всегда есть типичная картина перфорации кишки, поэтому распознавание ее может вызвать известные трудности. Особенно это касается тяжелобольных и ослабленных больных. Появление у них резкого ухудшения, выраженной тахикардии, гипотонии должно навести на мысль о возможной перфорации и развитии перитонита. Лечение при данном осложнении малоперспективное. Во-

первых, такое менее травматическое операцию, как ушивание дефекта, выполнять на воспаленной кишке нецелесообразно из-за прорезывания швов. Кроме того, перфорации могут быть многочисленными или возникать после ушивания. Во-вторых, радикальные операции - тотальная и субтотальная колэктомия - переносятся больными очень тяжело и дают высокий процент летальности, особенно если выполняются в поздние сроки. Поэтому при подозрении на перфорацию необходимо срочно оперировать больных.

Массивные кровотечения как осложнение неспецифического язвенного колита встречаются редко. Обычно они требуют переливания большого количества крови (1-2 л и более) и хирургического лечения.

Синдром острой токсической дилатации толстой кишки впервые описан Madison и Bagen в 1951 г. Удельный вес этого осложнения составляет 5-10%. Чаще он встречается у больных с тяжелым течением язвенного колита. В основе его возникновения лежат дегенеративные изменения ауербахивского сплетения мышечного слоя и развитие гипокалиемии. Клиническая картина характеризуется разлитым или локализованным болью в животе и асимметричным его вздутием. Перистальтические шумы резко ослаблены либо не прослушиваются. Наблюдаются симптомы выраженной интоксикации. Температура тела повышается до 39-40 ° С. Диагноз уточняется рентгенологическим исследованием, в ходе которого выявляются резко расширенные отделы ободочной кишки. На рентгенограммах определяются переполнены газом и жидкостью участка кишки, чаще поперечной ободочной. Консервативное лечение (дезинтоксикационная терапия, коррекция обменных процессов и др..) применяется как предоперационная подготовка. Операция заключается в проведении срочной колэктомии. Однако прогноз часто неблагоприятный.

К числу частых хронических осложнений язвенного колита принадлежит псевдополипоз. Чаще он поражает сигмовидной кишки. Псевдополипы - это участки слизистой оболочки, сохранилась. В отличие от истинных (аденоматозных) они имеют различную форму и величину. Существует точка зрения, что псевдополипы являются предраковыми заболеваниями. При псевдополипоз проводится хирургическое лечение (колэктомия).

Рак не является частым осложнением язвенного колита, однако возможность его развития на этом фоне всегда существует. Особенностью его является наличие фиброзного сужения без четких контуров, напоминающие стриктуру кишки воспалительного генеза. В этих случаях встречается также множественный характер поражения раковым процессом. При отсутствии противопоказаний проводится колэктомия.

Неспецифический язвенный колит свойственно развитие системных осложнений, клинические признаки которых могут проявляться раньше основного заболевания. К ним относится поражение суставов, глаз (ирит, иридоциклит), кожи (узловатая эритема, пиодермия), печени (жировая дистрофия, некрозы, абсцессы), сердечно-сосудистой системы

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дивертикулы толстой кишки является мешкообразные выпячивание ее стенки. Различают врожденные (истинные) и приобретенные (ложные) дивертикулы. Первые возникают вследствие нарушения гистогенеза и стенка их включает все слои стенки кишки. Стенка приобретенных дивертикулов лишена мышечных волокон. Врожденные дивертикулы обычно встречаются в правой половине толстой кишки и бывают единичными. У взрослых чаще встречаются приобретенные дивертикулы, которые поражают левую половину толстой кишки, особенно сигмовидной. Они располагаются на боковых стенках кишки между брыжейкой и продольными мышечными лентами (тени).

Патогенез. Дивертикулы обычно образуются в местах вхождения кровеносных сосудов в кишечную стенку. Именно здесь наблюдается ее относительная слабость, что создает благоприятные условия для возникновения дивертикулов. Важным фактором является также повышение внутрикишечного давления вследствие нарушения моторики толстой кишки. Дивертикул имеет шейку и тело. Попаданию через узкое горлышко каловых масс в мешок может привести к образованию пролежня с развитием воспалительного процесса, который иногда переходит на соседние органы, что приводит к возникновению внутренних и внешних свищей. Прогрессирование воспалительных изменений может привести к перфорации кишечной стенки или вызвать кровотечение.

Клиническая картина. Нередко заболевание длительное время не проявляется и обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании. Основными симптомами неосложненного дивертикулеза толстой кишки является боль в животе и нарушения функции кишечника. Характер боли бывает разным - от ощущения покалывания до коликообразной нападения. Однако при отсутствии осложнений чаще всего это умеренный, постоянная боль. Он локализуется преимущественно в левой подвздошной области и над лобком. Несмотря на порой сильный болевой синдром, при пальпации живот остается интактным. Это объясняется тем, что боль может быть обусловлен спазмом кишечника, а также повышенным давлением в просвете кишки.

Для дивертикулеза характерны запоры, иногда они чередуются с поносами. Могут наблюдаться тошнота, рвота. Сочетание данного заболевания с диафрагмальной грыжей и желчнокаменной болезнью называется триады Сэйнта. Нередко дивертикулез встречается также у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

В случае развития дивертикулита клиническая картина становится четкой - усиливается боль в животе, повышается температура тела, изменяется морфологический состав крови (увеличиваются СОЭ и лейкоцитоз). Воспалительный процесс может распространяться на ткани, окружающие дивертикул, вызвать параколит, при котором при пальпации иногда находят инфильтраты, занимающие всю соответствующую половину живота. При абсцедирувании их может произойти прорыв гноя в свободную брюшную полость с развитием клиники перитонита.

При прогрессировании дивертикулита и переходе воспаления на соседние органы между ними возникает выраженный спаечный процесс. В этих условиях гнойник может опорожниться в тонкую кишку, мочевой пузырь с образованием свищей. Если не наступает нагноение и полного рассасывания инфильтрата, в брюшной полости определяется воспалительная опухоль, которую могут принять за новообразования.

Перфорация дивертикула бывает или на фоне полного здоровья (отсутствие симптомов), или при выраженной клинической картине заболевания. В том и другом случае развивается типичная клиника прогрессирующего перитонита. Дивертикулит может осложниться острой кишечной непроходимостью, которая, как правило, носит обтурационный характер и обусловлена образованием псевдоопухоль вследствие перфорации дивертикула не во свободную брюшную полость, а в брыжейку кишки или жировой привесок.

Профузная кишечное кровотечение при дивертикулезе обычно не встречается, однако она бывает довольно четко выражена. Кровь, выделяется

из заднего прохода, имеет ярко-красный цвет, что связано с низким расположением источника кровотечения. Если он находится в проксимальных отделах толстой кишки, то стул может быть дегтеобразный. Кроме того, наблюдаются скрытые формы кровотечения, проявляющиеся анемией. Проявления дивертикулеза правой половины толстой кишки могут напоминать клиническую картину острого аппендицита (боль в правой подвздошной области, болезненность и напряжение мышц при пальпации в этой зоне, лейкоцитоз при исследовании крови).

Диагностика. Исходя из данных анамнеза и клинической картины поставить диагноз дивертикулеза толстой кишки весьма сложно. Важное значение в диагностике дивертикулеза имеет ирригоскопия (ирригография), особенно в условиях двойного контрастирования. Туго заполнены контрастным веществом дивертикулы четко видно на фоне рельефа слизистой оболочки. Основная их признак - выход бариевой взвеси за пределы контура кишки в форме мешкообразных овальных теней с наличием шейки. Это типичная рентгенологическая картина дивертикулеза. Размеры дивертикулов и их количество, выявляемых при рентгенологическом исследовании, весьма разнообразны - от единичных до множественных, таких, локализующиеся во всех отделах толстой кишки. Диаметр их колеблется от 2-3 мм до 2-3 см. При наличии дивертикулита наблюдаются спастические сокращения кишечника, беспорядочное расположение гаустр, грубые складки слизистой оболочки, медленное опорожнение дивертикулов от контрастного вещества. У больных с параколитами оказываются ригидность кишки и сужение ее просвета эксцентричного характера. В диагностике внутренних и наружных свищей важную роль играет рентгенологическое исследование. При кишечном кровотечении этот метод не позволяет установить его источник, однако дает возможность исключить или подтвердить дивертикулез толстой кишки.

Ценные сведения можно получить при колоноскопии, при которой определяются единичные или множественные входные отверстия дивертикулов. Кроме того, выявляются косвенные признаки дивертикулеза (отечность слизистой оболочки, беспорядочность ее складок, деформация кишки, выделение гноя из дивертикулов). При кишечном кровотечении колоноскопия может помочь уточнить источник кровотечения, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

Дифференциальная диагностика. Проводится с болезнью Крона, синдром раздраженной кишки, злокачественными образованиями, неспецифическим язвенным колитом. Она основывается на клинической картине заболевания, результатах рентгенологического и эндоскопического исследований.

Лечение. При клинически выраженных формах дивертикулеза применяют комплекс лечебных мероприятий. Рекомендуется специальная диета, назначают противовоспалительные и спазмолитические препараты, а также средства, которые нормализуют стул. Предпочитают продукты, которые богаты растительной клетчаткой (картофель, яблоки, морковь, капуста). При наличии запоров увеличивают количество потребляемой жидкости, применяют оливковое или вазелиновое масло. Больным с болевым синдромом назначают папаверин, но-шпу и другие спазмолитические средства. Для борьбы с дисбактериозом применяют бактериальные препараты (колибактерин, бификол). При остром дивертикулите проводится антибактериальная терапия. Продолжительность курса лечения составляет 2-6 недель, при этом он повторяется 2-3 раза в год.

Если указанные лечебные мероприятия неэффективны, а также при возникновении осложнений проводится оперативное лечение. Специального оперативного вмешательства требуют перфорация дивертикулов в свободную брюшную полость, острая кишечная непроходимость, профузное кровотечение. Операция показана также при свищевых формах дивертикулеза, при наличии инфильтрата имитирует новообразования в брюшной полости. В случае неосложненного дивертикулеза проводится резекция сигмовидной кишки, однако при большом распространении дивертикулов объем отдела толстой кишки, что резецируется, увеличивается. В зависимости от качества подготовки больного решается вопрос об одновременном восстановлении пассажа. При перфорации дивертикулов или при вскрытии гнояника в свободную брюшную полость с развитием перитонита после резекции кишечника формируется колостома по Микулич. В тяжелых случаях перфорированная труба выводится наружу и накладывается колостома. Если это сделать невозможно (при перфорации ректосигмоидного перехода), то отверстие ушивают и формируют проксимальную колостому. При наличии хронического инфильтрата сопровождается нарушением кишечной проходимости, показана резекция кишки с соблюдением онкологических принципов. От наложения анастомоза целесообразно воздержаться. У больных с профузным кишечным кровотечением проводится левосторонняя гемиколэктомия, поскольку в этом отделе ободочной кишки чаще локализуются дивертикулы. WMP video

При дивертикулезе толстой кишки применяется также операция продольной серозомиотомии, что снимает мышечный спазм как одно из звеньев патогенеза данного заболевания.

ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Полипы - это доброкачественные опухоли эпителиальной природы, часто встречаются, которые склонны к малигнизации. Единичные полипы протекают благоприятно, реже малигнизируются. Множественные полипы располагаются поодиночке или группами в различных отделах кишечника. Они чаще подвергаются раковому преобразованию. Выделяют гиперпластические, железистые (аденоматозных), железисто-ворсинчатые, ворсинчатые полипы и опухоли.

Гиперпластические полипы. Это мелкие (диаметром 2-5 мм) образования конусообразной формы. Они возникают вследствие пролиферации эпителиальных желез и строение их соответствует строению нормальной слизистой оболочки кишечника. Малигнизации подвергаются редко.

Аденоматозные полипы. Обычно имеют диаметр от 0,5 см до 3 см, могут достигать размеров куриного яйца, четко определяется ножка или располагаются на широкой основе. Смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

Железисто-ворсинчатые полипы. Часто достигают размеров более 1 см и характеризуются бархатистой этажностью. Могут приобретать багаточасточковой формы, подвергаться эрозированию и укрупнения язвами.

Ворсинчатые полипы и опухоли. Обычно имеют большие размеры (диаметр 2-6 см и более). Для этих полипов характерна толстая ножка, а ворсинчатые опухоли распластываются по слизистой оболочке без четких границ. Последние, нередко широко распространяясь, могут привести к сужению просвета кишки.

Клиническая картина. В большинстве случаев полипы протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при эндоскопических исследованиях. При увеличении их размеров и ворсинчатой трансформации появляются клинические признаки заболевания. К ним относятся растягивающие боль в низу живота, патологические выделения из прямой кишки (слизь, кровь). При полипах больших размеров может развиться клиника полной или частичной кишечной непроходимости вследствие обтурации просвета кишки или инвагинации. Полипы, особенно аденоматозное, могут покрыться язвами, некротизироваться при искажении ножки и вызывают кишечное кровотечение.

Диагностика. Основывается на результатах пальцевого исследования, ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии (ирригографии). Важно уточнить возможность раковой трансформации полипов, при этом необходимо отличать истинную малигнизацию от так называемой карциномы *in situ*. Под последним понимается характерные отклонения эпителия от нормы, исчезновение его правильной слоистости, формы клеток, структуры ядер, возникновение клеточного полиморфизма. При неинвазивной карциноме процесс не распространяется на мышечную оболочку, кровеносные и лимфатические сосуды. Напротив, инвазивная карцинома характеризуется прорастанием этих образований.

Лечение. Основным методом лечения полипов толстой кишки - хирургический. Применяют эндоскопическую полипэктомию (при ректороманоскопии, колоноскопии) с электрокоагуляцией ножки, трансанальное высечки полипов с наложением швов на рану слизистой оболочки и удаления их чрезбрюшинным доступом (колотомии или резекция кишки). Осложнениями чаще всего применяемого способа эндоскопической полипэктомии являются кровотечения и перфорация стенки кишки, требующих срочной лапаротомии.

ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Диффузный полипоз толстой кишки относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта, при котором происходит образование множественных полипов не только во всех отделах толстой кишки, но нередко в тонком кишечнике и желудке. Отличительной особенностью этого заболевания является наследственный (семейный) характер его происхождения. Оно имеет прогрессирующее течение, которое приводит к резкому выраженному нарушению обменных процессов, анемии и ракового превращения полипов.

Этиология и патогенез. Изучены недостаточно. Одни исследователи считают, что в основе этого заболевания лежат нарушения эмбрионального периода развития, другие придерживаются воспалительной теории его происхождения. Не исключается значение вирусов в этиологии диффузного полипоза. Признается также наследственный характер заболевания.

Патологическая анатомия. Кардинальным признаком заболевания является наличие на слизистой оболочке толстого кишечника большого количества аденоматозных полипов, которые имеют различную форму и величину. Они могут располагаться на широком основании или иметь выраженную ножку. Полипы при этом заболевании характеризуются чрезмерной пролиферацией железистого эпителия. Если они не превышают размера зерна проса, то это будет гиперпластическая (милиарная) форма полипоза. Увеличиваясь в размерах за счет роста эпителиальных клеток, полипы изменяют свою структуру. Аденоматозная строение обычно характерна для небольших (диаметром 0,5-0,8 см) полипов. Эта форма называется аденоматозного полипоза. В результате дальнейшего развития пролиферативных процессов образуются ворсины, которые могут покрывать всю поверхность полипа (железисто-ворсинчатые полипы) и иметь размеры от 1 до 4 см. Вместе с диффузным полипозом толстой кишки с преобладанием процессов пролиферации различают две другие его формы: ювенильной и синдром Пейтца-Егерса. Ювенильные полипы характеризуются гладкой поверхностью, имеют круглую форму, тонкую ножку. При микроскопическом исследовании определяется преобладание стромы над железистой тканью. При синдроме Пейтца-Егерса полипы характеризуются наличием гладкомышечных слоев.

Клиническая картина. Основным симптомом диффузного полипоза толстой кишки являются поносы с выделением крови. Они могут быть постоянными или периодически обновляться. Вместе с этим больных беспокоит боль в животе и его вздутие. В процессе прогрессирования заболевания появляется анемия, уменьшается масса тела. У части пациентов возникают признаки интоксикации с повышением температуры, изменением морфологического состава крови. При переходе полипов в злокачественную форму в соответствии с минюется и клиническая картина заболевания.

Диагностика. Основывается на клинической картине и результатах специальных методов исследования. Появление у лиц молодого возраста боли в эпигастрии, склонности к поносам с выделением слизи и крови, прогрессировании анемии, истощения позволяют заподозрить данное заболевание. Кроме того, для синдрома Пейтца-Егерса характерна пигментация кожи лица и губ. Диффузный полипоз может сочетаться с доброкачественными опухолями мягких тканей и костей (синдром Гарднера). В диагностике заболевания важное значение имеют ректороманоскопия, колоноскопия, рентгеноконтрастные методы исследования, с помощью

которых выявляются описанные выше изменения толстой кишки и проводится биопсия пораженных тканей, поскольку частота их малигнизации достигает 100%.

Дифференциальная диагностика. Проводится с неспецифическим язвенным колитом, на фоне которого развиваются псевдополипоз, хроническая дизентерия, болезнь Крона.

Лечение. Проводится хирургическое лечение. В отдельных случаях при единичных полипах используется эндоскопическая полипэктомия. Основными видами оперативного вмешательства является тотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом, одноэтапная или двухэтапная проктоколэктомия с илеостомией.

Болезнь Крона

Болезнь Крона относят (вместе с неспецифическим язвенным колитом) к группе хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта неизвестной этиологии. Синонимами этого названия являются "региональный", "стенозирующий", "сегментарный" энтерит (колит), "терминальный илеит".

Заболеваемость болезнью Крона за последние 50 лет возросла в 4—6 раз и составляет 4—6 на 100 000 населения, а распространенность — около ТО-YS на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на возраст 15—35 лет, причем одинаково часто заболевают и мужчины, и женщины. Средний

возраст умерших — 38 лет.

Этиология и патогенез. Причина болезни Крона окончательно не выяснена. Предполагают, что это полиэтиологическое заболевание с монопатогенетическим механизмом развития. В качестве вероятных этиологических факторов указывают на следующие:

а) инфекционный (микобактерии туберкулеза, псевдомоны, вирус кори);

39 — 2375 609 б) аллергический (пищевая аллергия на молочный белок, гидратирован-

ные жиры, вкусовые добавки, дисахариды);

в) курение (увеличивает вероятность заболевания в 4 раза);

г) генетический (дефект в 16-й хромосоме, по-видимому, объясняет случаи заболевания у родственников первой степени родства, характеризующиеся идентичной локализацией и вариантом клинического течения болезни).

Болезнь Крона может быть отнесена к категории заболеваний, в патогенезе которых реализуется аутоиммунный механизм:

1) связь с определенными HLA-антигенами (в России установлена положительная ассоциация с антигенами A3 и B14, а также отрицательная ассоциация с антигеном Aw 19);

2) лимфоплазматическая инфильтрация в очаге поражения (патогномоничным морфологическим признаком болезни Крона считают эпителиоидную гранулему, поражающую все слои стенки кишки);

3) наличие противотканевых антител (обнаружены противотолстокишечные аутоантитела у 60—75 % больных, значительно реже у них находят ANCA — антинейтрофильные цитоплазматические антитела);

4) системность патологического процесса (кроме пищеварительной трубки обнаруживают внекишечные поражения — полиартрит, анкилозирующий спондилоартрит, язвенно-некротический дерматит, тиреоидит, иридоциклит, склерозирующий холангит и др.);

5) эффективность при лечении кортикостероидами и иммуносупрессорами.

В основе патогенеза болезни Крона лежит грубое повреждение иммунных механизмов. Генетическая предрасположенность (связь с HLA-антигенами) позволяет реализоваться различным повреждающим факторам (бактериальные антигены, токсины, аутоантигены и другие неизвестные пока агенты). Вторичные эффекторные механизмы, возникающие при таком симбиозе генетических и внешних факторов, приводят к развитию неспецифического трансмурального иммунного воспаления в слизистой оболочке стенки кишки. Нарушение иммунного ответа выражается прежде всего в селективной активизации Т-клеточного иммунитета и изменении функции макрофагов, что приводит к выделению медиаторов воспаления (интерлейкинов) и образованию иммунных комплексов в очаге поражения. Повреждение эпителия, вызванное этими факторами, сопровождается образованием новых антигенов, уже эпителиального происхождения. Миграция в очаг воспаления мононуклеарных клеток и нейтрофилов вновь приводит к увеличению выброса интерлейкинов и фактора роста (медиаторов воспаления). Таким образом, порочный круг патогенеза замыкается.

При этом баланс между провоспалительными и противовоспалительными

ми цитокинами сдвигается в сторону преобладания первых (прежде всего IL-1, IL-6, TNF, IFN-). Провоспалительные цитокины участвуют в образовании эпителиоидных гранул, состоящих из Т-клеток, моноцитов и монофагов. Взаимодействие между ними регулируется цитокинами (TNF, IFN, IL-1). Присутствие TNF — обязательное условие образования гранулы. Этот цитокин активирует лимфоциты CD4+ и моноциты, стимулирует синтез эндотелиальными клетками мощного хемокина MCP-1, обладающего хемотаксической активностью и способствующего миграции моноцитов к очагу гранулематозного воспаления.

При поражении кишки нарушаются ее всасывательная, секреторная, резервуарная и эвакуаторная функции. Интегральным отражением этих процессов является недостаточность пищеварения. Это в свою очередь приво-

дит к нарушению баланса электролитов, белкового, жирового, углеводного, витаминного и солевого обмена, снижению массы тела. Избыточный бактериальный рост в кишке и суперинфекция, еще больше изменяя обмен веществ, угнетают репаративные процессы, функцию желез внутренней секреции, костного мозга, лимфоидной ткани, приводят к вовлечению в патологический процесс печени, почек, сердца, нервной системы, появлению артралгии, трофических язв, некротической пиодермии и как следствие возникновению циркуляции иммунных комплексов, прогрессирующей кахексии, сепсиса.

Патологоанатомическая картина. Болезнь Крона может поражать любой участок пищеварительной трубки — от полости рта до прямой кишки.

Гранулематозное воспаление захватывает пищевод, желудок и двенадцати-

перстную кишку — у 3—5 % больных, только тонкую кишку — у 25—30 %, только толстую кишку — у 30 %, сочетанное поражение и тонкой, и толстой кишки обнаруживают у 40—45 %, а прямая кишка вовлекается в патологический процесс примерно у 20 % больных.

При этой болезни может развиваться поражение анальной области и промежности, проявляющееся в виде трещин и свищей с формированием своеобразного парапроктита.

Отличительной особенностью заболевания является очаговый или многоочаговый, "скачущий" характер с чередованием пораженных и неизмененных сегментов с довольно четкими границами между ними. Протяженность одного участка поражения может колебаться в пределах от 3—4 см до 1 м и более.

Морфологические изменения в стенке кишки зависят от стадии болезни.

На раннем этапе обнаруживают сегментарный отек и утолщение стенки кишки, небольшие налеты фибрина на серозной оболочке, региональный лимфаденит.

На стадии хронического воспаления стенка органа резко уплотняется, просвет ее значительно уменьшается, серозная оболочка становится зернистой, а кишка — похожей на "садовый шланг". На слизистой оболочке различимы афтозные язвы (бледные, с розовым ободком, диаметром 1—5 мм). Особенно характерны щелевидные язвы, идущие параллельными рядами в продольном направлении ("следы граблей"). Они пересекаются с такими же поперечными язвами, что на фоне отека слизистой оболочки напоминает "булыжную мостовую". Язвы глубокие, могут проникать до серозной обо-

лочки, пенетрировать в брюшную стенку и соседние органы. При этом развиваются плотные спайки, образуются межкишечные, кишечно-пузырные, кишечно-влагалищные и наружные свищи.

На поздней стадии хроническое воспаление трансформируется в фиброз стенки кишки с образованием одиночных или множественных рубцовых стриктур.

Активность процесса подтверждают характерные гранулематозные инфильтраты (неказеозные гранулемы), их выявляют в подслизистом слое, но они могут захватывать всю толщу стенки кишки и обнаруживаться даже в соседних лимфатических узлах. По данным биопсии, их обнаруживают у 30—50 % больных; при исследовании материала, удаленного во время операции, — у 50—60 % больных. Гранулема состоит из скоплений эпителиоидных гистиоцитов с гигантскими клетками Лангханса или без них, окружена лимфоцитами. Находят также локальную лимфоидную гиперплазию, глубокие трещины, сегментарный фиброз, в толстой кишке бывают абсцессы крипт (крипитит).

39* 611 Классификация болезни Крона

1. По локализации поражения:

а) изолированные (эзофагит, гастрит, дуоденит, еюнит, илеит, колит, проктит);

б) сочетанные (илеocolит и т. д.).

2. По клиническому течению:

а) с преобладанием симптомов воспаления (острого или хронического);

б) сегментарные стриктуры кишки;

в) свищи (одиночные, множественные; наружные или внутренние).

3. Осложнения: кишечная непроходимость, перфорация, абсцесс, кишечное кровотечение, токсическая дилатация толстой кишки, стеноз мочевого пузыря, гидронефроз, рак, фистулы, недержание газов и кала.

4. Внекишечные проявления:

а) связанные с илеоколитом (периферический артрит, анкилозирующий спондилит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, увеит, иридоциклит, склерит, афтозный стоматит);

б) связанные с нарушением кишечного пищеварения (мальабсорбция, холелитиаз, уролитиаз, остеопороз);

в) неспецифические (жировая дистрофия печени, первично-склерозирующий холангит, хронический гепатит, холангиокарцинома, амилоидоз, пептическая язва).

Клиническая картина. Клинические проявления болезни Крона зависят от локализации патологического процесса, фазы активности, осложнений и внекишечных проявлений.

У большинства больных, независимо от локализации процесса, обнаруживают четыре основных симптома: лихорадка, диарея, боль в животе, прогрессирующее похудание.

При поражениях пищевода (казуистические наблюдения) больных беспокоит дисфагия, боль за грудиной, возможны регургитация и гиперсаливация. При локализации поражения в стенке желудка и постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки боль локализуется в эпигастрии, связана с приемом пищи, сопровождается тошнотой и рвотой.

У 10—15 % больных заболевание впервые манифестирует симптомами острого терминального илеита, для которого характерны интенсивная боль в правом нижнем квадранте живота, тошнота, возможна рвота, лихорадка, выраженная болезненность при глубокой пальпации в правой подвздошной области, здесь же выявляют симптомы раздражения брюшины. Во время операции по поводу предполагаемого острого аппендицита обнаруживают интактный червеобразный отросток, значительное утолщение воспаленного участка стенки подвздошной кишки, увеличенные тусклые брыжеечные лимфатические узлы.

При хроническом илеите (еюните) больных беспокоит интенсивная схваткообразная боль в околопупочной области или в гипогастрии, возникающая через 2—4 ч после еды, обильный дневной стул (до 3—5 раз), диарея. Суточный объем кала возрастает в большей степени, чем его частота. Кроме того, характерны стойкая лихорадка, анорексия, общая слабость, вялость, повышенная утомляемость, редко — примесь крови в каловых массах. При протяженных поражениях или обширной резекции тонкой кишки возникают мальабсорбция, отставание в развитии, психастения, депрессия, системные внекишечные проявления болезни Крона.

При объективном исследовании обращают внимание на локальную болезненность в правом нижнем квадранте живота, где часто удается пропальпировать плотное, неподвижное, болезненное образование с нечеткими контурами (воспалительный инфильтрат).

Для толстокишечной локализации болезни Крона характерны частый (до 10—12 раз в сутки) кашицеобразный, полужидкий стул с примесью крови

(при поражении левой половины ободочной кишки), императивные позывы на дефекацию ночью и в утренние часы; боль в гипогастрии или боковых отделах, коликообразная или менее интенсивная, давящая, ноющая, постоянная, усиливающаяся при резких движениях, во время дефекации и после клизмы. Часто при гранулематозном колите обнаруживают системные проявления в виде поражения кожи, глаз, суставов. При физикальном исследовании в проекции пораженного сегмента ободочной кишки пальпируют болезненное объемное образование (инфильтрат).

Перианальная локализация болезни Крона чаще всего встречается при первично-сочетанном илеоколите. Больных беспокоят свищи в перианальной области, редко — кровянистые выделения из прямой кишки, при длительном течении возможно появление запоров (из-за стриктуры анального отдела прямой кишки) или недержания жидкого кала и газов. При объективном исследовании на боковых (а не на передней и задней, как при вульгарных трещинах) стенках анального канала обнаруживают широкие, глубокие, линейные, относительно малоболезненные трещины или язвы. В перианальной зоне выявляют наружные отверстия свищей, в параректальной клетчатке — абсцессы и инфильтраты. Свищевые отверстия могут быть обнаружены и при влагалищном исследовании.

Внекишечные проявления при болезни Крона встречаются у 10—20 % больных, несколько чаще при гранулематозном колите, чем при энтерите. Появление их чаще всего отражает активность процесса, клиническими признаками которого являются анорексия, падение массы тела, общая слабость, лихорадка и тахикардия.

Рубцовые стриктуры, наружные и внутренние свищи, внутрибрюшинные и тазовые абсцессы, имеющие характерную клиническую картину, — осложнения, типичные для болезни Крона.

Значительно реже встречаются токсическая дилатация толстой кишки (лихорадка, вздутие живота, тошнота, рвота, задержка стула и газов, дилатация ободочной кишки по данным рентгенологического исследования до 6 см и более), массивное кишечное кровотечение, при котором наблюдается тахикардия, бледность, гипотония, выделение малоизмененной крови из прямой кишки.

Болезнь Крона является факультативным предраком, увеличивая вероятность образования злокачественной опухоли в 20 раз по сравнению с популяцией. Чаще всего рак на фоне болезни Крона возникает через 10 лет и более после начала фонового заболевания.

От момента появления первых клинических симптомов до установления диагноза в большинстве случаев проходит 2—3 года.

При подозрении на болезнь Крона необходимо доказать существование отличительных клинических признаков и подтвердить их результатами инструментальных и лабораторных исследований.

К обязательным исследованиям относят рентгенологическое и эндоскопическое. При рентгенологическом исследовании пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тощей, подвздошной кишки обнаруживают сегментарное или мультифокальное поражение, характеризующееся протяженной асимметричной стриктурой с незначительной престенотической дилатацией, выпрямление пораженного участка (симптом "струны"), краевые ниши различ-

ных размеров, сливающиеся изъязвления, над которыми выступает слизистая оболочка ("брусчатка"), бликулы, ориентированные параллельно кишке

(симптом Маршака), укорочение измененных участков, щелевидные выступы контура, напоминающие "шляпки гвоздей". При ирригоскопии отмечают также отсутствие гаустр. При рентгенологическом исследовании можно увидеть сброс контраста через внутренний свищ, а при фистулографии заполнить полость абсцесса, идентифицировать пораженный орган.

При эндоскопическом исследовании (эзофагогастродуоденоскопия, интестиноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия) обнаруживают отечность подслизистого слоя, отсутствие сосудистого рисунка, небольшие афты в инфильтративной фазе процесса, глубокие щелевидные трещины, имеющие рельеф слизистой оболочки по типу "булыжной мостовой", стриктуры, чередование пораженных сегментов с интактными. Кроме того, при подозрении на внутренние свищи выполняют цистоскопию и кольпоскопию.

Во время эндоскопии обязательно берут биоптат из участков воспаления, а из прямой кишки — даже при отсутствии эндоскопических признаков воспаления.

Диагноз болезни Крона основывают и на результатах гистологического исследования: признаками активного процесса являются гранулемы туберкулоидного и саркоидного типа.

По данным УЗИ, косвенным признаком болезни Крона является сегментарное утолщение стенки полого органа до 8—10 мм.

Лабораторными признаками активности являются лейкоцитоз, анемия (чаще железодефицитная, иногда обусловлена дефицитом и витамина В₁₂), и

фолиевой кислоты), гипопротеинемия, гипоальбуминемия, высокий С-реактивный белок, увеличение СОЭ и количества тромбоцитов. Кроме того, обнаруживают высокий ферритин и трансферрин, низкое содержание В₂, фолиевой кислоты, цинка и магния. При радионуклидном исследовании с ⁷⁵

Se отмечают нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот и их обмена.

Диагноз болезни Крона иногда может быть установлен окончательно только после дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

При поражении верхних отделов пищеварительной трубки необходимо исключить рак, туберкулез, саркоидоз, при локализации процесса в тонкой кишке — лимфому, аденокарциному, стриктуры, обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. При толстокишечной локализации необходимо провести дифференциальную диагностику с язвенным, ишемическим, радиационным, инфекционным, лекарственно-индуцированным колитом, раком и синдромом раздраженной кишки; при аноректальном поражении — с раком, лимфогранулематозом, туберкулезом, венерическими заболеваниями.

Лечение. Большинство больных не придерживаются специальных диет.

Из рациона исключают продукты, способствующие обострению (сахарозу, лактозу), грубые пищевые волокна (при тонкокишечной локализации), восполняя дефициты железа, фолиевой кислоты, витамина В₂, жирорастворимых витаминов, цинка, кальция.

Медикаментозное лечение включает:

- а) симптоматическую терапию боли, диареи, анемии;
- б) противовоспалительную терапию салицилатами (сульфосалазин 2—4 г/сут при поражении толстой кишки, месалазин 1,2—3,2 г/сут при тонкокишечной локализации), трихополом 1,5 г/сут, ципрофлоксацином 0,5—1,0 г/сут;
- в) иммунодепрессанты: преднизолон 160—240 мг/сут, гидрокортизон 300—450 мг/сут, азатиоприн до 200 мг/сут, циклоспорин 4 мг/кг массы тела/сут;
- б) перспективным методом терапии считают иммуномодуляцию с применением антицитокиновой стратегии, направленной на блокаду отдельных медиаторов воспаления и использованием противовоспалительных регуляторных цитокинов (моноклональные антитела к TNF , CD4+ , препарат рекомбинантного IL-10, антагонисты рецепторов IL-1, ингибиторы IFN- (противовоспалительный медиатор IL-11).

Несмотря на широкие возможности современной медикаментозной терапии, у значительной части больных уже в течение первых десяти лет после установления диагноза возникают показания к хирургическому лечению (у 30 % больных с поражением тонкой кишки и у

2

1/3 больных с поражением толстой кишки).

Чаще всего показание к операции служит неэффективность медикаментозной терапии (25 % колитов и 10 % илеоколитов), появление внекишечных проявлений заболевания (30 % больных), полная или частичная кишечная непроходимость (у 70 % больных за 20 лет), другие ослож-

нения (рак, кишечное кровотечение, фистулы, токсическая дилатация толстой кишки), а также перианальные проявления.

При ошибочной операции по поводу предполагаемого острого аппендицита на стадии острого воспаления аппендэктомия выполнять не следует, так как существует риск образования наружного свища. Операцию ограничивают диагностической лапаротомией или удалением регионального лимфатического узла для гистологической верификации диагноза.

При операции на фоне хронического воспаления целесообразно проводить радикальную резекцию участка тонкой (или толстой) кишки, несущей область поражения, отступя 30—50 см от ее видимой границы с обязательным удалением региональных лимфатических узлов и интраоперационным гистологическим исследованием краев макропрепарата (так как наличие гранулематозной инфильтрации в краях анастомозируемых отделов кишки предопределяет рецидив заболевания). При распространенном процессе в толстой кишке выполняют колэктомия и даже проктоколэктомия с созданием "мешка" — резервуара из подвздошной кишки. Резекцию кишки можно выполнять лапароскопическим доступом.

При фиброзных стриктурах тонкой кишки выполняют операцию пластики стриктуры (двенадцатиперстной, тощей, подвздошной кишки). Поскольку у 5 % больных обнаруживают три и более участка поражения тонкой кишки, расширенные резекции приводят у них к формированию синдрома "короткой кишки". Поэтому для предупреждения некорректируемой мальабсорбции и ликвидации обтурационной непроходимости этим пациентам выполняют пластику (типа пилоропластики по Гейнеке—Микуличу) стрик-

туры при ее протяженности до 10 см. Если стриктура имеет длину более 10 см, то показана пластика типа операции Финнея.

В послеоперационном периоде назначают внутривенно гидрокортизон (по 100 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней), в дальнейшем — преднизолон по 20 мг

в день с постепенным снижением дозы (по 5 мг в неделю). Для профилактики обострений болезни Крона в послеоперационном периоде оправдан курс лечения метронидазолом (3 мес из расчета 20 мг/кг массы тела в сутки).

Прогноз. Болезнь Крона пока не излечима. Общая частота рецидивирования обострений составляет примерно 20—25 % за 1 год и 75 % за 3 года. У больных с локализацией процесса в тонкой кишке обострение наблюдается более часто, чем при толстокишечной локализации. Общая смертность при заболевании в 2 раза выше, чем в общей популяции. Более высокая летальность отмечается в молодом возрасте. Летальность при плановых операциях равна 2—4 %, при ургентных — 25—30 %.

615 21.4. Опухоли тонкой кишки

Хотя протяженность тонкой кишки составляет 80 %, а площадь слизистой оболочки — 90 % соответствующих показателей желудочно-кишечного тракта, ее доброкачественные опухоли встречаются с частотой всего 3—6 %, а злокачественные — 1 % всех новообразований пищеварительной системы.

Опухоли тонкой кишки чаще наблюдаются у мужчин, средний возраст которых — 62 года при доброкачественных новообразованиях и 58 лет — при злокачественных. Аденокарциному обычно диагностируют на 7-й декаде жизни, карциноид и лейомиосаркому — на 6-й. Самой частой злокачественной опухолью тонкой кишки у детей является лимфома. Обнаружение

рака тонкой кишки возрастает в последние десятилетия параллельно росту рака ободочной кишки.

Относительная редкость опухолей тонкой кишки может быть объяснена высокой скоростью гастроцекального транзита по сравнению со скоростью калового потока, относительно низкой концентрацией потенциальных канцерогенов в тонкокишечном химусе, высоким содержанием иммуноглобулинов А в стенке и просвете тонкой кишки.

Факторами риска по развитию опухолей тонкой кишки считают иммунодефицитные состояния (болезнь Крона, хроническая ВИЧ-инфекция), аутоиммунные болезни (ревматоидный артрит, гранулематоз Вегенера, системная красная волчанка), целиакию (глутеиновую энтеропатию), вирусную инфекцию (цитомегаловирус, вирус Эпштейна—Барр), приводящих к снижению секреции иммуноглобулина А.

Около 75 % всех опухолей тонкой кишки составляют доброкачественные новообразования, среди которых чаще всего выявляют лейомиому (30—35 %), аденому (20—22 %), липому (14—16 %), гемангиому (12 %), фиброму (6 %). Из злокачественных опухолей чаще всего обнаруживают аденокарциному (40—50 %), карциноид (30 %), лимфому (14 %) и саркому (11 %). Опухоли могут располагаться в любом отделе тонкой кишки, но их находят преимущественно в начальном отделе тощей и в терминальном отделе подвздошной кишки.

Клиническая картина и диагностика. Доброкачественные опухоли у 80 % больных протекают бессимптомно, а у 20 % наблюдают неспецифичные и переменные признаки. Чаще всего это признаки осложнений: анемия как

отражение оккультного кровотечения (10—12 %) или хроническая (реже острая) кишечная непроходимость.

Злокачественные опухоли протекают бессимптомно у 10—12 % больных.

В большинстве случаев больные отмечают анорексию, потерю массы тела, боль в животе. Выраженность и характер боли зависят от размеров опухоли, ее местоположения, стадии процесса, осложнений (непроходимость, перфорация). Тупая давящая боль бывает при давлении на окружающие органы массивных опухолей (лимфома, саркома). Схваткообразная боль появляется при частичной непроходимости кишечника (циркулярная аденокарцинома). Полную непроходимость чаще всего вызывают аденокарцинома и карциноид. Симптомы острого живота встречаются при перфорации опухоли (характерно для лимфомы).

Самым частым осложнением злокачественных опухолей тонкой кишки считают кровотечение. В то же время опухоли тонкой кишки составляют всего лишь 0,2 % больных с профузными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта. Злокачественные опухоли вызывают как оккультные, так и профузные кровотечения.

Пальпировать опухоль в животе чаще всего удастся при лимфомах и лейомиосаркомах, которые достигают больших размеров. Для лимфом характерны признаки мальабсорбции и стеатореи.

Карциноидная опухоль проявляется характерным симптомокомплексом (диарея, прилив крови, правожелудочковая недостаточность, бронхоспазм) при наличии метастазов в печень.

В связи с отсутствием специфических симптомов у большинства пациен-

тов проходит длительный срок от начала клинических проявлений до постановки диагноза: у одной трети больных — до 6 мес, у второй — от 6 до 12 мес, еще у 30 % — от 1 года до 5 лет. При карциноидной опухоли этот срок иногда продлевается до 9 лет.

Важная роль в диагностике опухолей тонкой кишки принадлежит рентгенологическому исследованию (зондовая энтерография, исследование пассажа контрастного вещества, ирригография при рефлюксе контраста в тонкую кишку), позволяющему поставить диагноз до операции 50 % больных.

Целесообразно использовать также другие методы лучевой диагностики: УЗИ, компьютерную томографию, селективную ангиографию. Эндоскопия позволяет осмотреть начальный отдел тощей кишки, а колоноскопия — терминальный отдел подвздошной. Для диагностики карциноидной опухоли используют исследование крови (на содержание серотонина) и мочи (на измерение суточного дебита 5-оксииндолилуксусной кислоты). Благодаря тому, что 90 % нейроэндокринных опухолей органов пищеварения и их метастазы имеют соматостатиновые рецепторы, для топической диагностики гормонально-активной опухоли можно использовать октреотид (синтетический соматостатин), меченный ^{111}In .

Лечение. При определении тактики лечения имеет значение стадия развития злокачественной опухоли.

Стадии аденокарциномы тонкой кишки:

A — опухоль ограничена подслизистым слоем, нет метастазов в региональные лимфатические узлы;

B1 — прорастает до мышечного слоя, нет метастазов в лимфатические

узлы;

82 — прорастает до серозного покрова, нет метастазов в лимфатические узлы;

C1 — B1 с метастазами в лимфатические узлы;

C2 — B2 с метастазами в лимфатические узлы;

D — отдаленные метастазы.

Стадии лимфомы тонкой кишки:

I — опухоль в стенке тонкой кишки;

II — вовлечены региональные лимфатические узлы;

III — вовлечены неудалимые при операции отдаленные лимфатические узлы;

IV — распространяется на другие органы.

В связи с тем что характер опухоли (доброкачественный или злокачественный) на основании обследования больного, как правило, нельзя установить, а проявления заболевания (чаще всего осложнения) у большинства больных угрожают их жизни ("злокачественное" течение вне зависимости от структуры опухоли), уже сам факт обнаружения опухоли тонкой кишки является показанием к хирургическому лечению.

Операция заключается в резекции пораженного участка кишки (при злокачественных опухолях с клиновидной резекцией брыжейки и удалением региональных лимфатических узлов). При невозможности или нецелесообразности (вследствие локорегионального или отдаленного метастазирования) удаления злокачественной опухоли выполняют паллиативную опера-

617 цию — обходной энтероэнтероанастомоз для ликвидации или предупрежде-

ния кишечной непроходимости. При MALT-оме (лимфоме) тонкой кишки применяют химио- и лучевую терапию.

Результаты лечения: 5-летняя переживаемость больных аденокарциномой составляет в среднем 25—35 %, карциноидом — 60 %, лимфомой — 40—50 %, саркомой — 25—30 %.

21.5. Кишечные свищи

Кишечный свищ — сообщение просвета кишки с поверхностью тела или с просветом другого полого органа.

Классификация кишечных свищей

- I. По времени возникновения: врожденные, приобретенные.
- II. По этиологии: травматические, наложенные с лечебной целью, возникшие при заболеваниях тонкой кишки.
- III. По функции: полные, неполные.
- IV. По характеру свища: губовидные, трубчатые.
- V. По уровню расположения на кишке: высокие, низкие, смешанные.
- VI. По наличию осложнений: неосложненные, осложненные.
- VII. По количеству: одиночные и множественные.

Свищи тонкой кишки могут быть врожденными (например, при незаращении желточного протока) и приобретенными. Приобретенные свищи возникают в результате травмы, болезней (дивертикулез толстой кишки, болезнь Крона), операций, при которых свищ накладывают с лечебной целью (еюностомия при неоперабельном тотальном раке желудка, колостомия при острой обтурационной кишечной непроходимости на фоне рака сигмовидной кишки).

Свищи могут развиваться в результате длительного стояния тампонов и дренажей в брюшной полости, несостоятельности швов тонкой или толстой кишки.

Свищ, соединяющий просвет кишки с поверхностью тела, называют наружным, один орган с другим — внутренним. При полном свище все кишечное содержимое изливается наружу, при неполном — часть его проходит в отводящую петлю кишки. Если свищ открывается непосредственно на поверхности тела и слизистая оболочка кишки сращена с кожей, это состояние называют губовидным свищом. Когда между кишкой и поверхностью тела имеется ход, это — трубчатый свищ.

Свищи, расположенные на двенадцатиперстной и тощей кишке, относят к высоким, на подвздошной и толстой — к низким.

Возникающие в организме изменения связаны с потерей через свищ белков, жиров, углеводов, витаминов, воды, электролитов и ферментов. Чем оральнее расположен свищ, тем больше эти потери и тем более выражены нарушения обмена веществ и водно-электролитного баланса. На коже вокруг свища может возникать мацерация (дерматит). К местным осложнениям относят абсцессы, флегмону брюшной стенки, гнойные или каловые затеки. Кроме того, могут возникать выпадения кишки, парастомальные грыжи, кровотечения из свища, энтерит (колит). К общим осложнениям относят кахексию, почечную и печеночную недостаточность.

Клиническая картина и диагностика. Наружные тонкокишечные свищи проявляются выделением жидкого тонкокишечного содержимого. Из сви-

618 шей толстой кишки выделяются кал и газы. Локализацию свища, его функ-

цию и уровень расположения уточняют во время рентгенологического исследования. При тонкокишечных свищах контрастное вещество вводят через рот и следят за его пассажем, при толстокишечных — через прямую кишку (ирригоскопия). Важным способом диагностики является фистулография, при которой водорастворимое контрастное вещество вводят в наружное отверстие свища.

При трубчатых свищах двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишки обычно проводят консервативное лечение: калорийное парентеральное и энтеральное (зондовое) питание, коррекцию нарушений обмена веществ и водно-электролитных расстройств, окклюзию свища с помощью различных устройств (пелоты, обтураторы), уход за кожей вокруг свища. У ряда больных положительного результата достигают при проведении полного парентерального питания. В целом курс консервативной терапии дает эффект у 30—40 % больных при его продолжительности 1—1,5 мес.

Неэффективность консервативного лечения свища двенадцатиперстной кишки после резекции желудка может быть обусловлена дуоденостазом, синдромом приводящей петли, что требует проведения реконструктивной операции. При свищах нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки из-за несостоятельности билиодигестивного анастомоза или травмы, сопровождающихся значительными потерями желчи и содержимого кишки, показана операция на отключение двенадцатиперстной кишки, однако прогноз у этой категории больных, особенно при инфрапапиллярных свищах, сомнительный.

При губовидных и длительно незаживающих свищах тонкой кишки показано хирургическое лечение. При неполных трубчатых и губовидных свищах целесообразно использовать внебрюшинные методы их закрытия, при остальных видах свищей методом выбора является лапаротомия с внутрибрюшинной резекцией участка кишки, несущей свищ, и наложением анастомоза между приводящей и отводящей петлями по типу конец в конец. При губовидных свищах толстой кишки прибегают к операциям, вариант которых зависит от типа свища (полный или неполный). При небольших неполных губовидных свищах используют внебрюшинные способы их закрытия. Для этого выделяют стенку кишки в зоне свища и ушивают дефект двухрядным швом. При больших неполных и при полных губовидных свищах показано применение внутрибрюшных способов закрытия. С этой целью выделяют кишку по всему периметру свища, выводят ее в рану и ушивают свищевое отверстие (при неполных свищах) или накладывают анастомоз (при полных свищах). При множественных свищах, расположенных на одной кишечной петле, целесообразно резецировать ее и наложить анастомоз.

21.6. Синдром "короткой кишки"

Синдром возникает после различных операций с резекцией тонкой кишки, производимых по поводу болезни Крона, травмы, опухоли, тонкокишечной непроходимости, острой мезентериальной ишемии, радиационных поражений.

Развитие синдрома зависит от длины резецированного участка тонкой кишки, а особенности клинической картины — от того, какая кишка (тощая

или подвздошная) была резецирована, сохранился ли илеоцекальный клапан.

Условием для развития синдрома "короткой кишки" служит удаление бо-

619 лее 25 % длины тонкой кишки. Несмотря на возникающие компенсаторные

изменения (гипертрофия и гиперплазия слизистой оболочки оставшейся части кишки), у большинства больных отмечается диарея и мальабсорбция.

Специфические дефициты из-за нарушения всасывания нутриентов зависят от места резекции.

После резекции тощей кишки нарушается всасывание жиров, витаминов, железа, цинка, кальция; возникает гиперсекреция желудочного сока (нарушение кишечной фазы регуляции желудочной секреции), секреторная диарея, возрастает риск образования пептической язвы, нарушение выделения секретина и холецистокинина, страдает панкреатическая и билиарная секреция, возникает дефицит фолиевой кислоты.

При резекции более 50 см подвздошной кишки наблюдается дефицит витамина В₂ из-за уменьшения пула рецепторов "внутренний фактор Кастла-В₂". Если резецируют более 100 см подвздошной кишки, мальабсорбция и диарея возникают из-за прогрессирующих потерь при всасывании желчных кислот, которые печень не в состоянии восполнить. Если резецируют менее 100 см подвздошной кишки, потери желчных кислот при всасывании восполняются посредством их синтеза в печени. Но повышение концентрации желчных кислот в содержимом толстой кишки стимулирует секрецию воды и электролитов колоноцитами, что и приводит к диарее. Оба варианта резекции нарушают энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот. В связи с уменьшением площади поверхности слизистой оболочки, как правило,

нарушается всасывание жирных кислот, аминокислот, углеводов. Потери жидкости достигают 4—6 л в сутки, развивается дефицит жирорастворимых витаминов.

В случае резекции илеоцекального отдела формируются условия для рефлюкса толстокишечного содержимого в тонкую кишку и развития синдрома микробной контаминации тонкой кишки.

Клиническая картина и диагностика. Выделяют следующие фазы заболевания: острый период (от нескольких недель до нескольких месяцев), фаза субкомпенсации (от полугода до 2 лет), фаза адаптации (через 2 года и более после операции).

Острый период характеризуется преимущественной потерей жидкости и электролитов (до 6 л в сутки).

В более поздние сроки после операции наблюдают прогрессирующее снижение массы тела вплоть до истощения, хронический авитаминоз, микроэлементную недостаточность, которые проявляются общей слабостью, сонливостью, парестезиями, дерматитом, анемией. В связи с истощением запаса желчных кислот возможно развитие холелитиаза. На фоне дегидратации и гипероксалатурии появляется уролитиаз.

По выраженности клинических проявлений выделяют легкую, среднюю и тяжелую степени синдрома "короткой кишки".

При легкой степени его выраженности больных беспокоят боли в животе неопределенной локализации, метеоризм, периодически диарея. Дефицит массы тела до 5 кг без тенденции к его снижению.

При средней степени выраженности имеются стойкие нарушения функ-

ции кишечника: метеоризм, боли в животе, диарея до 5 раз в сутки, масса тела снижается на 5—10 кг.

Тяжелая степень синдрома "короткой кишки" характеризуется значительным нарушением обмена веществ, что выражается в потере массы тела более 10 кг, наличии остеопороза, эндокринной недостаточности и безбелковых отеков.

Лечение. В острую фазу необходимо проводить адекватную коррекцию 620 водно-электролитных нарушений, высококалорийное (до 3000 ккал/сут) парентеральное и энтеральное питание сбалансированными диетами (энпиты).

На этапе хронической фазы синдрома "короткой кишки" показано дробное питание (частое и малыми порциями) с исключением молока и сахара и ограничением жира и высоким содержанием пектина. Для регуляции частоты и характера стула применяют имодиум, холестирамин (связывает желчные кислоты), антисекреторы (блокаторы H₂ рецепторов гистамина) — при секреторной диарее, сочетая с парентеральным введением микроэлементов, водо- и жирорастворимых витаминов, а также витамина B₁₂.

Пектиновые добавки к пище замедляют эвакуацию из желудка, связывают желчные кислоты, замедляют гастроцекальный транзит, стимулируют пролиферацию клеток слизистой оболочки тонкой кишки.

Профилактика. Адаптация больного и его реабилитация протекают быстрее и легче, если во время операции сохраняют илеоцекальный клапан, проксимальные 20—40 см тощей кишки и дистальные 20—40 см подвздошной кишки. Поэтому во время любой операции, связанной с резекцией или

шунтированием (выключением) тонкой кишки, необходимо стремиться сохранить больному "каждый сантиметр" жизнеспособной кишки.

1. Показаниями к экстренной кульдоскопии являются все перечисленные, кроме:
 - A. Подозрения на перфорацию матки
 - B. Подозрения на непроникающий разрыв матки после родов
 - C. Подозрения на болезнь Крона
 - D. Отсутствия эффекта от консервативной терапии при остром воспалении придатков матки в течение 12-48 ч
 - E. Подозрения на разрыв пиосальпинкса
2. Симптомами, позволяющими заподозрить болезнь Крона, при дифференциальном диагнозе острого аппендицита, являются:
 - A. Все перечисленное верно
 - B. Боли в правой подвздошной области
 - C. Понос
 - D. Лихорадка
 - E. Все перечисленное неверно
3. К самым частым осложнениям хронического панкреатита относятся все, кроме:
 - A. Цирроз печени
 - B. Язва 12-перстной кишки
 - C. Болезнь Крона
 - D. Сахарный диабет
 - E. Псевдокиста поджелудочной железы
4. Для которого из заболеваний толстого кишечника характерный симптом "простреленной мишени"
 - A. неспецифический язвенный колит
 - B. дивертикулез
 - C. полипоз
 - D. поражение раковым процессом
 - E. болезнь Крона
5. Для которого из заболеваний толстого кишечника характерный симптом "простреленной мишени"
 - A. неспецифический язвенный колит
 - B. дивертикулез
 - C. полипоз
 - D. поражение раковым процессом
 - E. болезнь Крона
6. Заболевание, для которого характерный симптом "мостовой"?
 - A. Болезнь Крона.
 - B. Геморрой.
 - C. Спастический колит.
 - D. Рак толстого кишечника.
7. У больного при ректороманоскопии обнаружено эндоскопический симптом "мостовой". Для какого заболевания он характерен?
 - A. Неспецифический язвенный колит
 - B. Болезнь Крона прямой кишки
 - C. Дизентерия
 - D. Сальмонеллез
 - E. Синдром раздражения толстой кишки
8. Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, исключая:
 - A. Малые формы наружного эндометриоза
 - B. Склерокистоз яичников
 - C. Субсерозные миоматозные узлы матки
 - D. Синдром Алена - Мастерса
 - E. Неспецифический язвенный колит
9. Для какого заболевания характерный симптом "водопроводной трубы"?
 - A. Неспецифический язвенный колит.

- В. Гранулематозный колит.
 - С. Псевдополипоз.
 - Д. Дивертикулез.
10. Спастический колит Для какого заболевания характерный симптом "мостовой"?
- А. Гранулематозный колит.
 - В. Амебиоз.
 - С. Спастический колит.
 - Д. Рак толстого кишечника.
 - Е. Неспецифический язвенный колит.
11. Для какого заболевания характерный симптом "мостовой"?
- А. Терминальный илеит.
 - В. Амебиоз.
 - С. Спастический колит.
 - Д. Рак толстого кишечника.
12. За распространением неспецифический язвенный колит различают:
- А. проктит, проктосигмоидит, левосторонний и тотальный колит
 - В. острый, молниеносный
 - С. хронический непрерывный и рецидивирующий
 - Д. левосторонний и тотальный колит
 - Е. легкий, средний, тяжелый
13. Заболевание, для которого характерный симптом "водопроводной трубы":
- А. Неспецифический язвенный колит.
 - В. Гранулематозный колит.
 - С. Псевдополипоз.
 - Д. Дивертикулез.
 - Е. Спастический колит.
- У больного при ректороманоскопии обнаружено эндоскопический симптом "мостовой". Для какого заболевания он характерен?**
- А. Неспецифический язвенный колит**
 - В. Болезнь Крона прямой кишки**
 - С. Дизентерия**
 - Д. Сальмонеллез**
 - Е. Синдром раздражения толстой кишки**
14. Из какого отдела кишечника наиболее часто начинается неспецифический язвенный колит?
- А. Из прямой кишки.
 - В. Из восходящего отдела ободочной кишки.
 - С. Из поясничного отдела ободочной кишки.
 - Д. Из нисходящего отдела ободочной кишки.
15. Операция выбора при болезни Крона?
- А. Резекция кишки в пределах здоровых тканей.
 - В. Проктоколэктомия.
 - С. Субтотальная колонэктомия.
 - Д. Резекцию толстой и тонкой кишки.
 - Е. Наложение колостомы
16. Отдел кишечника, в котором наиболее часто локализуется патологический процесс при болезни Крона?
- А. Терминальный отдел тонкой кишки.
 - В. Язык.
 - С. Восходящий отдел ободочной кишки.
 - Д. Поясничный отдел ободочной кишки.
 - Е. Сигмовидная кишка.
17. Хирургическая тактика при болезни Крона?
- А. Резекция кишки в пределах здоровых тканей.
 - В. Проктоколэктомия.
 - С. Субтотальная колонэктомия.
 - Д. Резекцию толстой и тонкой кишки. Наложение колостомы
18. заболевание толстого кишечника, для которого характерный симптом "простреленной мишени"
- А. неспецифический язвенный колит
 - В. дивертикулез
 - С. полипоз
 - Д. поражение раковым процессом

- Е. **болезнь Крона**
19. **Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, исключая:**
- А. **Малые формы наружного эндометриоза**
 - В. **Склерокистоз яичников**
 - С. **Субсерозные миоматозные узлы матки**
 - Д. **Синдром Алена - Мастерса**
 - Е. **Неспецифический язвенный колит**
20. Из терминального отдела тонкой кишки. Назовите заболевание толстой кишки, при котором характерны осложнения: профузное кровотечение, формирование стриктуры, перфорация, токсическая дилатация, малигнизация:
- А. Геморрой
 - В. Дивертикулярная болезнь толстой кишки
 - С. Брюшной тиф
 - Д. Неспецифический язвенный колит
 - Е. Парапроктит
21. При дополнительном обследовании больного, который жалуется на понос до 15 раз в сутки с примесями слизи, гной и крови в каловых массах на ирригографии обнаружены симптомы «водопроводной трубы», «простреленной мишени», медиальное смещение печеночного и селезеночного углов ободочной кишки. Диагноз?
- А. Неспецифический язвенный колит
 - В. Болезнь Крона
 - С. Дизентерия
 - Д. Сальмонеллез
 - Е. Пищевая токсикоинфекция
22. При дополнительном обследовании больного, который жалуется на понос до 15 раз в сутки с примесями слизи, гной и крови в каловых массах на ирригографии обнаружены симптомы «водопроводной трубы», «простреленной мишени», медиальное смещение печеночного и селезеночного углов ободочной кишки. Диагноз?
- А. Неспецифический язвенный колит
 - В. Болезнь Крона
 - С. Дизентерия
 - Д. Сальмонеллез
 - Е. Пищевая токсикоинфекция
23. Неспецифический язвенный колит. Женщина 40 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на понос до 25-30 раз в сутки, преимущественно во второй половине суток, с примесями крови (цвет мясных помоев), похудание, общую слабость, периодическую боль в животе. Болеет в течение 1,5 месяца. В анамнезе перенесена дизентерия. Какой наиболее вероятный диагноз ?
- А. Неспецифический язвенный колит
 - В. Гранулематозный колит
 - С. Псевдополипоз
 - Д. Дивертикулез
 - Е. Спастический колит
24. **Женщина 40 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на понос до 25-30 раз в сутки, преимущественно во второй половине суток, с примесями крови (цвет мясных помоев), похудание, общую слабость, периодическую боль в животе. Болеет в течение 1,5 месяца. В анамнезе перенесена дизентерия. Какой наиболее вероятный диагноз ?**
- А. **Неспецифический язвенный колит**
 - В. **Гранулематозный колит**
 - С. **Псевдополипоз**
 - Д. **Дивертикулез**
25. У больного 74 лет, имеются жалобы на резкую схваткообразную боль в левой половине живота, тошноту, задержку стула и газов. Болеет 8 часов. Операций в анамнезе не было. В течение последних 20 лет беспокоят запоры. Примесей слизи и крови в кале не было, не похудел. Пульс - 82/мин. Язык умеренно влажный. Живот резко вздутый, асимметричный за счет увеличения левой половины. Определяется шум кишечного плеска. Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости чаши Клойбера в левой половине живота с

- раздутой петлей толстой кишки над ними. Ректально - симптом Обуховской больницы. Какой наиболее вероятный диагноз?
- A. Заворот сигмовидной кишки
 - B. Обтурационная кишечная непроходимость (опухолевого генеза)
 - C. Спаечная непроходимость кишечника
 - D. Тромбоз мезентериальных сосудов
 - E. Неспецифический язвенный колит
26. Неспецифический язвенный колит. Женщина 40 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на понос до 25-30 раз в сутки, преимущественно во второй половине суток, с примесями крови (цвет мясных помоев), похудание, общую слабость, периодическую боль в животе. Болеет в течение 1,5 месяца. В анамнезе перенесена дизентерия. Какой наиболее вероятный диагноз ?
- A. Неспецифический язвенный колит
 - B. Гранулематозный колит
 - C. Псевдополипоз
 - D. Дивертикулез
27. Спастический колит При дополнительном обследовании больного, который жалуется на понос до 15 раз в сутки с примесями слизи, гной и крови в каловых массах на ирригографии обнаружены симптомы «водопроводной трубы», «простреленной мишени», медиальное смещение печеночного и селезеночного углов ободочной кишки. Диагноз?
- A. Неспецифический язвенный колит
 - B. Болезнь Крона
 - C. Дизентерия
 - D. Сальмонеллез
 - E. Пищевая токсикоинфекция
28. У 60-летнего мужчины в анамнезе периодически боль в левом нижнем квадранте живота. При обследовании: легкое напряжение и слабый перитонизм в левом нижнем квадранте живота. Кишечные шумы, обзор *per rectum* – норма. Пациент похудел на 12 кг за последние 4 месяца. Примесей крови в каловых массах нет. При ректороманоскопии – на протяжении 15 см патологии нет, последующее продвижение ректоскопа невозможно. Наиболее вероятный диагноз:
- A. Дивертикулит
 - B. Болезнь Крона
 - C. Рак ободочной кишки
 - D. Заворот сигмовидной кишки
 - E. Деструктивный аппендицит
29. При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного определяется несколько участков просветления полусферической формы, расположенных над четкими горизонтальными уровнями. Чем обусловлена такая рентгенологическая картина?
- A. Кишечная непроходимость
 - B. Перфоративная язва
 - C. Метеоризм
 - D. Рак толстого кишечника
 - E. Острый панкреатит
30. Больной жалуется на схваткообразную боль в верхней половине живота, тошноту, рвоту. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется растянутая петля кишки, которая перистальтирует при пальпировании. При перкуссии - тимпанический звук с металлическим оттенком нет. На рентгенограмме живота - чаши Клойбера неопределены. Какой предварительный диагноз?
- A. Острая кишечная непроходимость
 - B. Острый панкреатит
 - C. Пищевая токсикоинфекция
 - D. Острый холецистит
 - E. Острый гастроэнтероколит
31. Больной 55 лет обратился с жалобами на резкую схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Болеет 6 часов. В прошлом - оперирован по поводу травматического повреждения селезенки. Объективно: пульс 84/мин. Язык умеренно влажный. Живот вздут с асимметрией за счет увеличения левой половины. Определяется "шум плеска". Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - чаши Клойбера. Ваш диагноз?
- A. Острая спаечная кишечная непроходимость
 - B. Обтурационная кишечная непроходимость (опухолевого генеза)
 - C. Тромбоз мезентериальных сосудов
 - D. Неспецифический язвенный колит

- Е. Заворот сигмовидной кишки
32. У больного 18 лет появились схваткообразная боль в животе, рвота, задержка стула и газов. На рентгенографии органов брюшной полости обнаружено "чаши Клойбера. О каком остром заболевании органов брюшной полости может идти речь?
- А. Кишечная непроходимость
 - В. Метеоризм
 - С. О плохой подготовке больного к обследованию
 - Д. Энтероколит
 - Е. Глистная инвазия
33. Больная К., 23 лет, госпитализированная с жалобами на тошноту, рвоту, схваткообразную боль в правой половине живота. В анамнезе аппендэктомия. Пульс - 96/мин. АТ - 110/70 мм рт. ст. Живот вздут, асимметричный за счет выпячивания в правой половине, где определяется "шум плеска". Перистальтика кишечника усилена. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Ректально: тонус сфинктера сохранен, ампула расширена. Ваш диагноз?
- А. Острая спаечная кишечная непроходимость
 - В. Острая обтурационная непроходимость
 - С. Острый панкреатит
 - Д. Острый аднексит
 - Е. Пищевое отравление
34. Больной 55 лет, жалуется на острую боль в эпигастральной области, частую рвоту, которая не приносит облегчения, резкую общую слабость. При поступлении отмечается резкая бледность кожных покровов, язык сухой. Пульс - 110 / мин. АТ - 80/40 мм рт. ст. Живот запавший, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. При рентгенографии - чаша Клойбер слева. Болеет в течение суток. О какой патологии следует думать?
- А. Высокая кишечная непроходимость
 - В. Толстокишечная непроходимость
 - С. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки
 - Д. Острый панкреатит
 - Е. Острый холецистит
35. Больной Р. 38 лет, три года назад перенес аппендэктомию. После переедания около 2 часов назад начались нарастающие схваткообразные боли в животе, к ним присоединилось вздутие живота, задержка газов. Объективно: состояние больного средней тяжести, беспокойный, постоянно стонет, меняет положение тела, дважды отмечал рвоту. Язык сухой. Пульс - 110/мин. Живот вздут, мягкий, болезненный. При ректальном исследовании: прямая кишка пуста, стенки ее мягкие, не болезненны. Рентгенологично: множественные чаши Клойбера, пневматизация тонкой кишки. Больному выставлен диагноз: спаечная кишечная непроходимость. Из чего, по Вашему мнению, следует начать лечение:
- А. С консервативной терапии (проведение декомпрессии желудка, очистительные клизмы, обезболивающее и спазмолитическое терапия)
 - В. С немедленной операции
 - С. С промывания желудка и последующей операции
 - Д. С проведения клизмы и последующей немедленной операции
 - Е. Не нужно никаких мер (ожидательная тактика)

Хирургические болезни (М.И. Кузин)

Хирургические болезни (Черноус)

A.Obidov, Sh.Yoqubov, U.Bahodirova. O'tkir ichak kasalliklari

Очерки гнойной хирургии (Войно-Ясенецкий, 2000)

Савельев В.С. -2005 руководство неотл.хир.бр. полости

Aristarxov_V.G., Kirillov_Yu.B., Biryukov_S.V. Kratkie lekciï po fakul'tetskoj xirurgii (RGMU, 2005)(ru)(95s)

Becler_M._Rukovodstvo_po_xirurgicheskoj_texnike

Chen_G._Rukovodstvo_po_texnike_vrachebnyx_manipulyacij

Danilov_M.V.,_Fedorov_V.D._Xirurgiya_podzheludochnoj_zhelezy

Drobni_Sh._Xirurgiya_kishechnika_(Budapesht,1983)

Chernousov_A.F._Xirurgiya_pishchevoda_(Medicina,2000)

Fedorov_S.P._Zhelchnye_kamni_i_xirurgiya_zhelchnyx_pute