

ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ИЛЕИТ В ХИРУРГИИ

Аннотация: По распространению терминальный илеит (Болезнь Крона) несколько уступает неспецифическому язвенному колиту, примерно составляя 10-12% от последнего. Изолированные поражения подвздошной кишки наблюдаются приблизительно в - 35% случаев, в подвздошной и толстой кишках – 45%. Болезнь Крона толстой кишки – в 20%. Изолированные поражения аноректальной области встречаются только 3% случаев. Не решены так же вопросы лечебной тактики. Некоторые авторы считают, что болезнь Крона должны лечить терапевты, оставляя хирургам лишь осложнения, другие придерживаются активной хирургической тактики.

Mikhailevich I.E.
Andijan State Medical Institute
Uzbekistan

TERMINAL LEITIS IN SURGERY

Annotation: In terms of distribution, terminal ileitis (Crohn's disease) is somewhat inferior to nonspecific ulcerative colitis, approximately amounting to 10-12% of the last. Isolated lesions of the ileum are observed in approximately - 35% of cases, in the ileum and colon - 45%. Crohn's disease of the colon - in 20%. Isolated lesions of the anorectal region occur in only 3% of cases. The issues of therapeutic tactics have not been resolved either. Some authors believe that Crohn's disease should be treated by therapists, leaving only complications to surgeons, others adhere to active surgical tactics.

Введение. В настоящее время, в связи с редкостью и отсутствием характерных клинических признаков вопросы диагностики и лечебной тактики при болезни Крона в экстренной хирургии не разрешены. Болезнь Крона впервые описана 90 лет назад Crohn V.B., Ginsberg L., Oppenheimerg D. - 1932, (5), как неспецифический гранулематозный илеит. В настоящее время она определяется как «неспецифический инфекционно - воспалительный процесс поражающий различные отделы желудочно – кишечного тракта от пищевода до прямой кишки». Среди женщин болезнь Крона встречается несколько чаще. Пик заболеваемости приходится на 20-30. В этот период частота болезни Крона среди женщин достигает 11 на 100000, а среди мужчин – 7 на 100000 населения. (7).

По распространению болезнь Крона несколько уступает

неспецифическому язвенному колиту, примерно составляя 10-12% от последнего (6,7). Изолированные поражения подвздошной кишки наблюдаются приблизительно в - 35% случаев, в подвздошной и толстой кишках – 45%. Болезнь Крона толстой кишки – в 20%. Изолированные поражения аноректальной области встречаются только 3% случаев. Поражения пищевода и желудка являются казуистическими. Могут одновременно поражаться несколько участков желудочно – кишечного тракта. (4).

Патогономоничных клинических симптомов болезни Крона не описано. Для дифференциальной диагностики может применяться эндоскопия, с биопсией и контрастное рентгенологическое исследование желудочно - кишечного тракта (1,2,7), однако в условиях экстренной хирургии эффективная колона – и рентгеноскопия мало приемлема.

В диагностике болезни Крона перспективным является ультразвуковое исследование (УЗИ), результаты которого по данным литературы достаточно хорошо коррелируют с результатами ирригоскопии. Привлекает неинвазивность, безопасность, результативность УЗИ, которое позволяет проводить точную диагностику абсцессов и стриктур, оценить изменения эхоструктуры кишки, утолщение её стенки, которое может быть показательно при болезни Крона. (7).

Несмотря на относительную редкость данного заболевания, оно представляет собой серьезную проблему для хирургов, прежде всего из – за отсутствия характерной клиники и возможности развития осложнений. При прогрессировании заболевания у 8 – 14% больных развивается кишечное кровотечение, у 12 – 16% - острая токсическая дилатация кишечника, у 10 – 14% - перфорация кишечника и у 40% развивается стриктура кишечника (6).

Из других осложнений описаны наружные и внутренние кишечные свищи и инфильтраты и абсцессы брюшной полости. (3,4,6).

Не решены так же вопросы лечебной тактики. Некоторые авторы считают, что болезнь Крона должны лечить терапевты, оставляя хирургам лишь

осложнения, (4,7) другие придерживаются активной хирургической тактики (3). Спорным являются и вопросы оперативной тактики, в частности вопрос об удалении или оставлении червеобразного отростка (3). Так же нету единогласия среди хирургов о целесообразности применения ушивания перфорации кишечника или резекцию кишечника с наложением анастомоза. Неопределенны границы резекции кишечника от края участка макроскопических изменений. Вышеуказанное затрудняет лечение данного заболевания, при котором количество неблагоприятных исходов достигает 20% и более. (3)

Материалы и методы исследования. В клинике госпитальной хирургии на базе I – хирургического отделения клиники Андижанского Государственного медицинского института оперированы 17 больных с болезнью Крона, 5 мужчин и 12 женщин. Возраст больных от 21 до 40 лет было у 15, старше 40 лет - 2. Из них 4 человек оперированы за последний 2020 год, что составило 0,57% от всех оперированных больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости за этот период. Наши наблюдения за последний год подтверждают, что наряду некоторыми редкими заболеваниями тонкой кишки (дивертикул Меккеля, доброкачественные и злокачественные опухоли и др.) встречаются и регионарный илеит. И об этом нужно помнить, поскольку с ней может встретиться любой хирург, оказывающий неотложную хирургическую помощь. (3,7)

Наши клинические наблюдения над 17 больными свидетельствуют о сложности дооперационной диагностики этого заболевания. Из них 13 направлены в стационар с диагнозом острого аппендицита, 1 – прободной язвой 12 перстной кишки, разлитым перитонитом, 1 – кишечной непроходимостью, и остальные 2 – опухолью толстой кишки. У первых 13 больных врачами хирургического отделения был подтвержден диагноз острого аппендицита. У остальных 4 больных показаниями к оперативному лечению явилась картина перитонита.(3), и кишечной непроходимости (1).

Результаты и их обсуждения. У большинство больных (14) заболевание

развивалось остро, больные предъявляли жалобы на постоянные или временами усиливающиеся боли в животе с максимальной интенсивностью в правой подвздошной области (16) общая слабость, часто жидкий стул. (13). Самочувствие ухудшается после приема пищи (особенно жирной), появляется тошнота, одно – двукратная (13) или многократная рвота (1). У больного с кишечной непроходимостью, заболевания начались постепенно со схваткообразными болями в животе, сопровождающиеся жидким стулом в течении месяца. Тошнота, рвота и неотхождения газов и отсутствие стула присоединились за 2 дня до поступления в клинику.

Объективные данные не отличались от таковых при остром аппендиците.(13) Обложенный суховатый язык, жажда, умеренная тахикардия, субфебрильное повышение температуры тела, иногда доходящая до гектической (38 – 39 С). Живот мягкий, ограниченно принимает участие в акте дыхания. Определяется болезненность вокруг пупка (13), эпигастральной области (3), но преимущественно в правой подвздошной области (16), где отмечается напряжение мышц и положительный симптом Щеткина – Блюмберга. У больного с острой кишечной непроходимостью живот вздут, небольшая асимметрия, с положительным симптомом Склярова. При аускультации обычные кишечные шумы если нет разлитого перитонита, усиленная перистальтика при осложненной стенозом кишечника форме болезни Крона. Реакция периферической крови характеризуется лейкоцитозом до 12 – 14 сдвигом влево. Увеличение СОЭ отмечено у 14 больных, лимфоцитоз (до 31,3 10⁹/л) – у 9, моноцитоз (до 11,0 10⁹/л) обнаружено у 6 пациентов. При УЗИ брюшной полости у всех больных обнаружен наличие свободной жидкости в брюшной полости, преимущественно в правом боковом канале и в малом тазу. У больного с кишечной непроходимостью при обзорной рентгенокопии брюшной полости обнаружено множественные «чаши Клойбера».

При ретроспективном анализе, тщательно собранный анамнез позволяет

выявить некоторые особенности клинического течения патологии, характерные для болезни Крона: -(больные обычно пониженного питания, заметное отставание в развитии). По сравнению с типичной клиникой острого аппендицита, у больных отмечено пальпаторно болезненность не только в правой подвздошной области, но и в других отделах живота. Неясные боли в животе в течение нескольких дней (17), самочувствие больных ухудшается после приема, особенно жирной пищи, сопровождающейся повышением температуры тела (13), тошнотой, рвотой и жидким стулом (13). Боли в животе могут стихать, но через несколько дней возобновляются локализуясь преимущественно в правой подвздошной области (16). Все эти симптомы встречаются и при остром аппендиците, но значительно реже. Наличие этих симптомов наводит мысль о возможности наличия болезни Крона у пациента, но не дает повода исключить наличие острой патологии в брюшной полости, (17), в частности острого аппендицита.(16). Острота и динамизм развития патологического процесса в брюшной полости, локализация которого в подавляющем большинстве случаев ограничивается подвздошной и слепой кишкой, дают основания хирургу решиться на лапаротомию. Осознанная опасность промедления с операцией при остром аппендиците, может стоить больному жизни, что и определяет пока единственное верное тактическое решение хирурга.

Все 17 больные оперированы. По локализации патологического процесса больные распределены в 3 группы: (Табл. 1)

Табл. 1. Количество больных и локализации патологического процесса

№	Локализация патологического процесса.	Количество больных	
		Абсолют.	В %
1	- Терминальный отдел подвздошной кишки	9	52,9%
2	- Слепая и восходящая ободочная кишка	3	17,7%
3	- Терминальный отдел подвздошной, слепой и восходящей ободочной кишки	5	29,4%
	Всего	17	100%

Макроскопические изменения в подвздошной кишке локализовались у

9 больных: - из них у 7 с вовлечением в воспалительный процесс червеобразного отростка. У другого больного поступившего в клинику с острой обтурационной кишечной непроходимостью на операции обнаружен терминальный илеит осложненный стенозом дистального отдела подвздошной кишки. У последнего больного из этой группы обнаружен терминальный илеит с перфорацией язвы и разлитым гнойным перитонитом. У - 3 больных воспалительный процесс локализовался в слепой и восходящей ободочной кишке с вовлечением в процесс червеобразного отростка у - 1. Смешанная локализация болезни Крона в терминальном отделе тонкого кишечника, слепой кишке и червеобразном отростке обнаружено у 5 больных.

У 13 больных произведена аппендэктомия, ввиду вовлечения в воспалительный процесс червеобразного отростка. У больного 28 лет с изъязвлением и перфорацией подвздошной кишки осложнившийся разлитым гнойным перитонитом, абдоминальным сепсисом и септическим шоком, учитывая тяжелое общее состояние и наличие разлитого гнойного перитонита произведено ушивание прободной язвы с благоприятным исходом. У больного с стенотической формой терминального илеита произведена резекция подвздошной кишки с анастомозом бок в бок. У остальных 2х больных с болезнью Крона восходящей ободочной кишки операция завершилась санацией и дренированием брюшной полости. У этих больных установлен микроирригатор в брыжейке илиоцекального отдела кишечника для проведения лимфатической терапии в послеоперационном периоде.



Рис 1. Болезнь Крона терминального отдела подвздошной и слепой кишки с вовлечением в процесс червеобразного отростка (Б-ой А ..., 24 г № и-б 122| 19) Стрелкой указано интраоперационное фото воспалительно - измененного червеобразного отростка

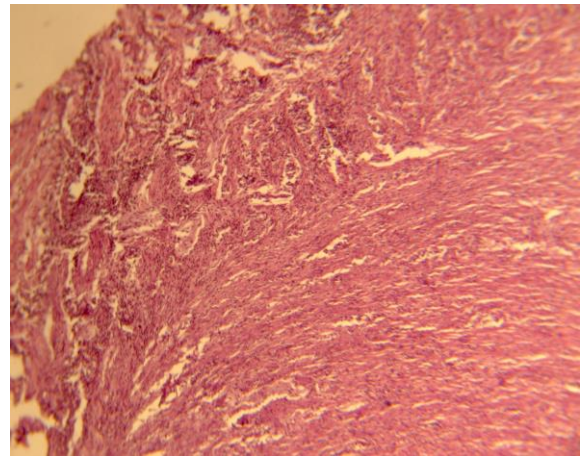


Рис 2. Выраженный склероз стенки червеобразного отростка, инфильтрация лимфо- гистиоцитарными с примесью плазматических клеток. Окраска гематоксилин-эозином Увел. 10x18. (Гистология №64- Болезнь Крона)

Во время лапаротомии у 15 больных в брюшной полости обнаружен серозно – геморрагический экссудат от 150,0 до 400,0 мл, у 1 - мутный и у последнего больного гнойный выпот.

В послеоперационном периоде с целью разгрузки швов и предотвращения поражения новых участков желудочно – кишечного тракта, все больные в течение 4 – 9 суток находились на полном парентеральном питании.(3,5). Получали инфузионную, антибактериальную терапию, включая сульфасалазин. Проводилась коррекция микроциркуляции и антиоксидантная терапия, а также парентеральная терапия включающая белковые кровозаменителей, с обязательным включением иммунодепрессантов типа изопрена, глюкокортикостероидов. Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом наши наблюдения, заставляющие сомневаться в существовании патогномичных симптомов болезни Крона, требовали активной хирургической тактики при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости.

Вместе с тем находки у отдельных больных изменений, характерных для болезни Крона в различных отделах желудочно – кишечного тракта, одновременно с вовлечением в процесс червеобразного отростка, являются

показанием к аппендэктомии и более широкой ревизии подвздошной и восходящей ободочной кишок.

При болезни Крона осложненным кишечным непроходимостью предпочтительнее резекция пораженного участка с последующим восстановлением непрерывности желудочно – кишечного тракта с созданием межкишечного анастомоза, а при осложненной перфорацией и перитонитом варианте течения болезни Крона, хирургическая тактика должна быть индивидуальной (ушивание или резекция) в зависимости от общего состояния больного, распространенности и давности перитонита, протяженности пораженного процессом сегмента кишечника и т.д. Поскольку ушивания прободного отверстия кишечника не предупреждает повторной перфорации язвы, а несостоятельности швов анастомоза достигает 15 % и более (3).

В послеоперационном периоде целесообразно длительное парентеральное питание, для разгрузки кишечных швов и предотвращения поражения новых участков, а также мероприятия направленные на коррекцию потенциальных патогенетических факторов. Антибактериальная терапия энтеротропными препаратами (левомицетин, производные метронидазола), сульфасалазин и глюкокортикостероиды, коррекция реологических свойств крови.

В заключение следует отметить, отсутствие определенной клинической картины и вариабельность морфологических изменений в желудочно – кишечном тракте заставляют постоянно помнить о болезни Крона, относительно редко встречающейся, но способной привести к серьезным осложнениям, нуждающейся в правильной диагностике и оперативной тактике, а так же рациональном интенсивном лечении в послеоперационном периоде.

Литература

1. Антонович В.Б., Ликошкина Е.Е. Клинико – рентгенологическая диагностика неспецифического язвенного колита. М. 1976. 346 с.
2. Дробни И. Ш. Хирургия кишечника. Будапешт, 1983; 251-258.
3. Либов А.С., Чаленко В.В., Домарацкий В.А. Болезнь Крона. Хирургия

1991; 5; 53-56.

4. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. Руководства для врачей. М; Медицина 2000; 632 с.
5. Парфенов А.И. К 70 – летию описания терминального илеита (болезнь Крона) Consilium Н. 2002. 10 с.
6. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М. 1984. 320 с.
7. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона); Клиника, диагностика, и лечение. – М; Миклош, 2004. 15 с.