

А. М. МИНАСЯН

О РЕГИОНАРНОМ ИЛЕИТЕ

За последние 30 лет в литературе встречается описание своеобразного заболевания, получившего название регионарный илеит.

В мае 1932 г. Б. Крон, Л. Гинсбург и Оппенгеймер [29]* впервые доложили об этой болезни и в том же году опубликовали 14 своих наблюдений.

Вскоре в литературе появились подобные наблюдения, описанные и другими авторами под различными названиями: терминальный илеит, регионарный илеит, регионарный энтерит, регионарный висцерит, сегментарный илеит, болезнь Крона.

Существующее разнообразие в терминологии обусловлено тем, что при болезни, как выяснилось в дальнейшем, не только поражается терминальный отдел тонкой кишки. Патологический процесс может локализоваться и в других участках желудочно-кишечного тракта, начиная от желудка и двенадцатиперстной кишки, кончая даже толстой кишкой [7, 18, 19].

Этиология болезни Крона еще не совсем ясна, однако причиной заболевания является либо гематогенная (воспаление миндалин, глотки и т. д.), либо энтерогенная инфекция (тиф, дизентерия, повторные инвагинации, травмы живота и т. д.).

Наличие в стенке воспаленной кишки большого количества гигантских клеток и инородных тел позволяет некоторым авторам считать причиной заболевания внедрение в кишечную стенку инородных тел, приводящих к развитию гранулем и изъязвлению стенки кишки.

Тлатов С. Б. [26] описал 4 случая регионарного илеита, вызванного аскаридозом. А. А. Аскаров и А. А. Финкель [2] находят, что возникновению этого заболевания может способствовать недостаточность баугиниевой заслонки.

Патоморфологически при регионарном илеите имеется воспалительный процесс с наличием множества язв на слизистой. Пораженный участок кишки может занимать протяженность от нескольких до 50 см. Иногда встречаются несколько участков поражения, между которыми, однако, всегда имеются нормальные участки кишки. Описаны также редкие случаи обширного поражения тонкого кишечника, при которых брыжеечные лимфоузлы увеличены, набухшие, брыжейка отечна. Воспа-

* В многотомном руководстве по хирургии (т. VII, стр. 396) фамилия Крона (Crohn) в иностранной транскрипции приведена неправильно — Крон.

лительный процесс в кишке проявляется различно, что и обуславливает клиническую картину и различные формы заболевания.

Различают две формы регионарного илеита — острую и хроническую.

С точки зрения клинических форм у нас принята классификация Микстера, которой в СССР впервые воспользовался Т. Б. Микеладзе [16]. По этой классификации различают следующие формы регионарного илеита: а) острая форма, протекающая как острый аппендицит; б) форма с наличием колик, кровавого поноса; в) стенозирующая форма с явлениями хронической непроходимости, симптоматология которой иногда сходна с картиной стенозирующего рака слепой кишки; г) фистулозная форма, напоминающая актиномикоз и туберкулез кишечника и требующая поэтому дифференциации с ними.

В некоторых литературных источниках терминальный илеит идентифицируется с брыжеечным лимфаденитом. С этим трудно согласиться, так как брыжеечный лимфаденит может встречаться и без поражения кишечника, как самостоятельное заболевание [4, 23], и, наоборот, терминальный энтерит может иметь место без поражения лимфоузлов [3, 22]. Об этом же говорит одно из наших наблюдений. В этом смысле правы А. Т. Зембатов [11] и др., считающие необходимым дифференцировать эти два разных патологических процесса.

По данным Нилли [31], из 600 описанных случаев терминального илеита в 30% был поставлен неправильный диагноз — аппендицит, а по Крону процент диагностических ошибок — больше 50.

Лечение регионарного энтерита должно быть индивидуальным. Ряд авторов считает, что это заболевание нужно лечить консервативно. Однако консервативное лечение допустимо только тогда, когда диагноз заболевания не вызывает сомнения и явления острого живота отсутствуют. Консервативное лечение в основном заключается в антибиотикотерапии и в диете.

Как правильно отмечает Н. И. Гуревич [10], в случаях сомнительного диагноза, когда предполагается наличие острого аппендицита, даже без явлений раздражения брюшины, нужно оперировать. Объем и содержание оперативного вмешательства зависит от имеющихся в брюшной полости морфологических изменений.

В неосложненных случаях, по мнению ряда авторов, можно ограничиться инфильтрацией брыжейки кишки раствором новокаина вместе с антибиотиками или введением последних в брюшную полость. Если воспаленная кишка представляет (вследствие спаек) конгломерат, который в дальнейшем может вызвать непроходимость, то, безусловно, показано более активное оперативное вмешательство. Помимо непроходимости кишечника, во время оперативного вмешательства можно встретиться и с другими осложнениями регионарного илеита (свищи, перитонит, ограниченные гнойники и др.).

При этом заболевании в основном делается резекция пораженного участка или накладывается анастомоз с целью исключения.

Франк Гамп и Майкл Лепор [30] на основании личного опыта (165

наблюдений) дают предпочтение илеоколотомии, а резекцию производят в тех случаях, когда процесс ограничен. Однако, если помнить о поздних осложнениях, в частности странгуляционную непроходимость кишечника, о частых обострениях и т. д., то методом лечения регионарного илеита нужно считать резекцию.

Что касается хронических форм, то они чаще проявляются в виде частичной или полной непроходимости кишечника и, как правило, требуют оперативного вмешательства.

В мировой литературе, начиная с 1941 г. и до последних лет, описано 500 случаев регионарного илеита. Только в 1960 г. в зарубежной литературе шла речь уже о 600 наблюдениях. Эта цифра, вероятно, также не отражает истинного количества данных. Только в советской медицинской печати за указанный период число описанных с регионарным илеитом больных возросло до 62. В настоящей работе описываются два случая этого заболевания.

Больная Х. С. 33 лет (история болезни № 1797), 10/IX 1958 г. поступила в госпитальную хирургическую клинику с диагнозом—хронический рецидивирующий аппендицит. Жалуется на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Боли носят колющий характер, иррадируют в правую ногу и эпигастральную область. Первый приступ болей имела 2 года назад, после чего остались постоянные колющие боли в правой подвздошной области. За 3 дня до поступления боли вновь усилились, приняли характер приступа и сопровождались тошнотой, рвотой. Гинекологических заболеваний не имела, наследственные заболевания отрицает. Выяснилось, что описанные боли, правда менее интенсивного характера, имелись и раньше. Врачи диагностировали хронический рецидивирующий аппендицит, аскаридоз.

Со стороны внутренних органов никаких отклонений нет, пульс 72 уд. в 1 мин., ритмичный, среднего наполнения и напряжения, температура нормальная.

Живот овальной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не прощупываются. При пальпации имеется болезненность в правой подвздошной области, особенно в точке Мак-Бурнея. Симптом Ситковского положительный; при глубокой пальпации в правой подвздошной области прощупывается подвижный, болезненный конгломерат (инфильтрат под вопросом). Кровь: гемоглобин—80%, эритроциты—4 231 000, лейкоциты—4700, эозин—3%, палочкоядерные—4%, сегментоядерные—47%, лимфоциты—38%, моноциты—8%, РОЭ—4 мм/час. Моча—в норме. Диагноз: инфильтративный аппендицит (под вопросом).

Назначен холод, покой, диета. На следующий день—боли в правой подвздошной области продолжались, ночью больная спала плохо. В правой подвздошной области продолжает прощупываться подвижный конгломерат, без четких границ. Было высказано предположение о возможности хронической инвагинации и назначена рентгеноскопия толстой кишки контрастной клизмой, однако это исследование ничего патологического со стороны толстого кишечника не выявило.

Общее состояние больной в последующие дни хотя не ухудшилось, но боли в правой подвздошной области продолжались, присоединились задержка газов и стула. Диагностирована частичная непроходимость кишок и решено оперировать.

14/IX 1958 г.—операция под местной анестезией. Правосторонним параректальным разрезом вскрыта брюшная полость, червеобразный отросток абсолютно не изменен. На расстоянии 15—20 см от илеоцекального угла обнаружен конгломерат спаянных между собой петель подвздошной кишки, вызывающий явления частичной кишечной непроходимости. На серозе этих петель имеются фибриновые налеты, стенка кишечника инфильтрирована, брыжейка отечна. Произведена резекция (около 70 см) под-

вздошной кишки с последующим анастомозом конец в конец. Брюшная полость зашита наглухо, подкожно и под апоневрозом оставлены 2 резиновых выпускника.

Резецированная кишка спаяна в виде конгломерата, стенки резко отечны—инфильтрированы, слизистая на разрезе набухшая с множеством мелких язв, расположенных по брыжеечному краю кишки.

По техническим причинам, к сожалению, нам не удалось изучить микроскопическую картину резецированной нами кишки.

Следует отметить, что макроскопическая картина регионарного илеита настолько типична, что многие авторы определяют его без микроскопического исследования.

На второй день после операции больная имела тошноту, рвоту, задержку газов. После промывания желудка и микроклизмы эти явления прошли. Дальнейшее течение гладкое. Выписана 27/IX 1958 г. При повторной проверке через три года отмечено удовлетворительное состояние больной.

Больной А. Х. 51 года (история болезни № 2191). 29/XI 1960 г. поступил в клинику с диагнозом «острый живот», с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области, иррадирующие по всему животу и сопровождающиеся тошнотой. Болезнь началась 20 дней назад тупыми болями в правой подвздошной области приступообразного характера. Последние 4 дня боли несколько уменьшились, после чего они обострились вновь. Отмечает, что 3 месяца назад болел радикулитом и получил соответствующее лечение. Язык влажный, обложен, пульс—80 ударов в минуту, со стороны легких и сердца изменений нет. Мочевая система в норме. Кровяное давление 110/85, температура нормальная.

Живот овальной формы, в дыхательных движениях не участвует, несколько втянут. При пальпации определяется мышечное напряжение в нижних отделах, особенно справа, ввиду чего глубокая пальпация невозможна. Симптом Ровзинга положительный, симптом Щеткина-Блюмберга—резко положительный. Перкуссия дает тимпанит. Кровь: гемоглобин—93%, эритроциты—5 200 000, цветной показатель—0,89, лейкоциты—13 500, палочкоядерные—4%, сегментоядерные—78%, лимфоциты—13%, моноциты—5%, РОЭ—3 мм/час. Моча—мутноватая, удельный вес—1028, лейкоциты—3—7 в поле зрения, эритроциты неизмененные—7—10 в поле зрения. Под диагнозом нерфоративный аппендицит больной был оперирован. Аппендикс оказался интактным, терминальный отдел тонкой кишки, отступая от илеоцекального угла на 15—20 см, на протяжении 30—35 см резко отечен, на серозе имеется множество петехиальных кровоизлияний. Кишка проходима, цекум не изменен, брыжеечные узлы увеличены. Других изменений со стороны кишечника не найдено. В брыжейку пораженной кишки введен 0,25%-ный раствор новокаина с пенициллином (500 000 АЕ). Рана зашита наглухо.

После операции больной получал стрептомицин, пенициллин. Первые три дня отмечался понос кровянистого характера. В дальнейшем состояние улучшилось. Больной выписан домой на 11-й день.

В заключение следует подчеркнуть еще некоторые особенности регионарного илеита. Прежде всего надо согласиться с теми авторами, которые предлагают включить в классификацию регионарного илеита и подострые формы его.

С другой стороны, при регионарном илеите может возникнуть ограниченный петлями тонкого кишечника и сальником гнойник [32].

Следует также отметить, что при этом заболевании нередко случаи перфорации пораженной патологическим процессом стенки тонкой кишки и развитие разлитого перитонита [31].

Все сказанное может помочь практическому врачу правильно распознать регионарный илеит и провести рациональное лечение.

Ա. Մ. ՄԻՆԱՍՅԱՆ

ՌԵԳԻՈՆԱԲ ԻԼԵԻՏԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վերջին 30 տարվա ընթացքում բժշկական գրականության մեջ հանդիպում է նոր հիվանդության նկարագրություն, որին անվանում են ռեգիոնար իլեիտ:

Հեղինակը այս աշխատության մեջ լուսաբանում է ուսումնասիրվող հարցի ժամանակակից վիճակը, նկատի ունենալով, որ բժշկական լայն շրջաններին այն հանրածանոթ չէ: Հատկապես կանգ է առնում գրականության մեջ քիչ լուսաբանված կողմերի վրա: Ուսումնասիրելով գրականության մեջ նկարագրված բոլոր դեպքերը, հեղինակը առաջին անգամ կազմել է սովետական հեղինակների կողմից հրատարակված բոլոր դեպքերի ցուցակը ըստ խրոնոլոգիական հերթականության, որը անշուշտ կօգնի այս հարցը ուսումնասիրողներին:

Նկատի ունենալով հիվանդության հազվադեպությունը, հեղինակը նկարագրում է ռեգիոնար իլեիտի հաջող վիրահատման երկու դեպք:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авидон Д. Б. Вестник хирургии, 1939, т. 5, стр. 437.
2. Аскарлов А. А. и Финкель А. А. Известия Академии наук Узб. ССР (серия мед. н.), 1959, 6, стр. 49.
3. Беленький А. Ю. Здравоохранение Белоруссии, 1958, 4, стр. 45.
4. Бурба В. Э. Вестник хирургии, 1957, т. 78, 2, стр. 123.
5. Бурба В. Э. Хирургия, 1957, 11, стр. 119.
6. Ванцян Э. Н. Хирургия, 1954, 3, стр. 75.
7. Василенко Д. А. Хирургия, 1951, 9, стр. 44.
8. Власов В. В. Труды Сталинабадского медицинского института, 1955, 15, стр. 109.
9. Гаджиев А. С. Хирургия, 1959, 4, стр. 115.
10. Гуревич Н. Илеит, Б. М. Э., 1959, т. XI, стр. 203.
11. Зембатов А. Т. Клиническая медицина, 1956, т. 37, 3, стр. 79.
12. Качоровский Б. В., Панов В. И. и Фрайдельд Э. Л. Вестник хирургии, 1959, т. 83, 12, стр. 90.
13. Клепов И. Д. Вестник хирургии, 1959, 83, 12, стр. 65.
14. Макаруха И. Д. Вестник хирургии, 1958, т. 80, 4, стр. 128.
15. Малхалянц А. А. За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1954, 3, стр. 48.
16. Микеладзе Т. Б. Вестник хирургии, 1941, т. 61, 3, стр. 341.
17. Новолотский Л. П. Здравоохранение Белоруссии, 1958, 9, стр. 71.
18. Окон Е. С. Вестник хирургии, 1956, т. 77, 1, стр. 121.
19. Подмайстрович В. И. Врачебное дело, 1956, 9, стр. 981.
20. Русанов А. А. Терминальный илеит. В кн.: Руководство по хирургии, 1960, т. 7, стр. 396.
21. Северов В. А. Новый хирургический архив, 1956, 1, стр. 56.
22. Серга В. И., Короткий В. И. Вестник хирургии, 1959, т. 83, 12, стр. 93.
23. Слуцкая С. Р. Хирургия, 1957, 3, стр. 98.
24. Таланчук Е. С. Вестник хирургии, 1957, т. 78, 2, стр. 126.
25. Тимофеева Н. И. Юбилейный сборник, посвященный проф. Шамову. Киев, 1949, стр. 289.
26. Тлатов С. Б. Клиническая медицина, 1959, т. 37, 11, стр. 121.
27. Федорова А. Д. Вестник хирургии, 1957, т. 73, 2, стр. 33.
28. Протокол XVIII заседания Пироговского общества от 8/X 1938 г.

29. Crohn B. B., Ginzburg L. and Oppenheimer G. Regional Ileitis—J. Am. Med. Ass., 1932, v. 99, № 16, 1323—1329
30. Gump F. and Lepore M. Prognosis in acut and Chronic Regional Enteritis-Gastroenterology, 1960, 39:694.
31. Neelly J. Perforation in Regional Enteritis J. Am. Med. Ass. 1960, 174:1680, № 3.
32. Shaikelford R. Regional Enteritis (Crohn Disease)—Surgery of the Alimeutasytract. 1955, v. 2, p. 1297—1314.
33. Shaiken J. The diagnosis and treatment of chronse Regional Enteritis—Am. J. Galtrocutesology, 1957, v. 28, № 5, p. 566—74.