

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ПАНКОЛИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПОЛИПОЗОМ

С. Б. Перельштейн

2-я инфекционная больница (главврач — М. И. Ковалерчик) г. Казани

В последние годы значительно возрос интерес к язвенным колитам в связи с явным увеличением заболеваемости в Советском Союзе и за рубежом. Если раньше это заболевание в той или иной мере отождествлялось с дизентерийными колитами, то теперь доказана его нозологическая обособленность. В литературе этот вид колита описывается как «неспецифический язвенный колит», «идиопатический язвенный колит», «тяжелый колит» и т. д. Попытки выяснить этиологию и патогенез этого страдания до сих пор были безуспешны. Существующие концепции отмечают многогранность патогенеза язвенных колитов. Развитие заболевания обусловлено иммуно-аллергическими, бактериальными, нервно-эндокринными, обменными и другими сдвигами в организме. Считают, что язвенный колит является системным заболеванием, сходным с коллагенозами. Неспецифический язвенный колит встречается у людей различных возрастных групп, но чаще в возрасте от 20 до 50 лет. В старшем возрасте прогноз благоприятнее, нежели в молодом. Заболевание всегда протекает хронически в течение многих лет, сопровождаясь периодическими рецидивами, развитием системных осложнений и осложнений, связанных с поражением кишечника (анемия, тромбоз, гепатит, амилоидоз, перфорация, перитонит, кровотечения, полипоз, карциномы и др.). Поскольку этиология и патогенез язвенных колитов не выяснены, не нашли разрешения и вопросы рациональной терапии.

Описанный нами случай представляет определенный интерес тяжелым, упорным прогрессирующим течением, яркими клиническими проявлениями заболевания, редкой обширностью поражения слизистой кишечника, приведшими к необходимости оперативного лечения.

Л., 47 лет, болен с августа 1958 г., когда впервые появился частый слизисто-кровянистый стул. В последующем был неустойчивый стул, часто с примесью слизи и крови.

22/1-59 г. поступил в удовлетворительном состоянии с жалобами на боли в левой половине живота и длительные кишечные расстройства. Стул был слизисто-кровянистым от 2 до 4 раз в сутки. Пальпировалась сокращенная, болезненная сигма. Со стороны легких, сердца и органов брюшной полости, как и в последующем, существенных изменений не найдено. При анализах крови, мочи отклонений (кроме ускоренной РОЭ — 21 мм/час) не было.

Ректороманоскопия. Слизистая гиперемирована, отечна с множественными кровоизлияниями.

При рентгеноскопии толстого кишечника выявлено 4 небольших контрастных пятна в среднем отделе нисходящей кишки.

После лечения, длившегося свыше 3 месяцев, больной выписан со стойким нормальным стулом, с легкими явлениями проктосигмоидита.

Период ремиссии длился недолго. Вскоре появились непостоянные, ноющие боли в левой подвздошной области. Стул вновь стал неустойчивым с примесью крови и слизи. В ноябре 1959 г. поступил повторно. Наблюдался нечастый полужидкий или оформленный стул, постоянно со слизисто-кровянистой примесью, боли в животе.

При более легких, нежели ранее, клинических явлениях рецидива, ректороманоскопией обнаружены не наблюдавшиеся вначале полипы, распространенные катарально-язвенные изменения слизистой прямой и сигмовидной кишок. При рентгеноскопии толстого кишечника язвенные образования определялись и в нисходящем отделе.

Терапия в течение 38 дней привела к репарации лишь дистального отдела толстой кишки, улучшению самочувствия. Стул оставался жидким.

В связи с рецидивом заболевания больной был вновь госпитализирован 4/VI-60 г. Обращают на себя внимание бурное начало этого обострения и неуклонное прогрессирование болезненного процесса. При значительном ухудшении самочувствия появились резкие схваткообразные боли в животе, слизисто-кровянистый стул до 15 раз в сутки.

Состояние, вначале удовлетворительное, на 18 день пребывания в больнице стало тяжелым. Повысилась температура, которая вскоре приобрела ремитирующий характер. Частым позывам сопутствовали жестокие боли в животе. Болезненны были все отделы толстого кишечника, особенно сигмовидная кишка, пальпировавшаяся утолщенной, инфильтрированной. Появились явления раздражения брюшины в левой подвздошной области. Наступили резкая адинамия, вялость, отсутствие аппетита, расстройство сна, резкий упадок питания, анемизация (Гем. — 58%, вместо 85% при поступлении). Лейкоцитоз — 16 000, палочкоядерный сдвиг, РОЭ — 55 мм/час. Параллельно нарастала тяжесть патоморфологических изменений слизистой толстого кишечника. Резко выраженные катарально-геморрагические изменения уступили место через месяц язвенным. А через 4 месяца слизистая при ректороманоскопии представ-

лялась ярко-красной, утолщенной, разрыхленной, легко ранимой, с множеством эрозий, язв и полипозных образований. Несмотря на энергичное лечение, состояние улучшалось медленно. Лишь через 6 месяцев больной встал с постели. Состояние вновь стало удовлетворительным, уменьшились боли в животе, болезненность при его пальпации. Количество испражнений сократилось до 3—4 раз в сутки, но стул был по-прежнему слизисто-кровянистым, с гноем. Оставался без изменения и характер поражения слизистой толстого кишечника. Исследованиями исключены дизентерия, амёбиаз, туберкулез, балантидиаз, лямблиоз.

Лечение проводилось всеми антибиотиками как в отдельности, так и в сочетании с сульфаниламидами, нистатином, преднизолоном; проводились регулярные переливания крови и плазмы. Вводились витамины А, В₁, В₆, В₁₂, С, К, рутин, никотиновая кислота. Больной получал высококалорийное питание. Применялись новокаиновая сегментарная блокада, вливания глюкозы, новокаина, брома, лечебные клизмы и т. д.

Учитывая упорный, тяжелый характер болезни, степень поражения толстого кишечника и безуспешность консервативного лечения, было решено произвести резекцию толстого кишечника. 12/1-61 г. больной переведен в онкологическое отделение 5 гор. больницы, где ему были сделаны тотальная проктоколэктомия, илеостомия.

Пораженным оказался весь толстый кишечник. От ануса до баугиниевой заслонки слизистая была покрыта сплошными полипозными образованиями, имевшими в прямой кишке фунгозную форму, в вышележащих отделах — грануломатозный характер. Слизистая слепой кишки была выстлана плоскими полипами различной величины и имела вид шагрени. Слизистая на всем протяжении резко утолщена, инфильтрирована, покрыта массивными наложениями. Гистологически установлен хронический воспалительный гиперпластический процесс.

Через 2 месяца больной выписан в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарева Н. В., Элькина Ю. А. Клин. мед., 1961, 2. — 2. Карнаухов В. К. Сов. мед., 1960, 7. — 3. Полчак И., Вокурка В., Скалова М. Сов. мед., 1960, 10.

Поступила 11 апреля 1961 г.

ЛЕЙКЕМОИДНАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА

Канд. мед. наук Р. Ш. Дашевская и В. В. Саламатина

Терапевтическое отделение (зав. — проф. З. И. Малкин) Республиканской
клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин) ТАССР

Когда при болезни Верльгофа не удастся остановить кровотечение консервативно, приходится прибегать к спленэктомии как к единственному способу спасти больного. Приводим наше наблюдение.

П., 33 лет, доставлена санитарным самолетом 16/III-60 г. в очень тяжелом состоянии с диагнозом: геморрагический капилляротоксикоз, маточное кровотечение, вторичная анемия.

Жалуется на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, маточное кровотечение в течение 2 недель. Больна с 1956 г., когда на коже начали появляться синяки, особенно после горячей пищи или чая. В апреле 1959 г. после горячей ванны, которую больная приняла на второй день менструаций, началось обильное маточное кровотечение, продолжавшееся 12 дней. С тех пор менструирует обильно по 12—14 дней. В феврале 1960 г. по поводу очередной менструации госпитализирована в районную больницу, где применялись гемотрансфузии. После повторного переливания крови была сильная реакция с ознобом, высокой температурой, кровавой рвотой, носовым кровотечением. Следующее менструальное кровотечение остановить не удалось.

Кожа и видимые слизистые бледные, кровоизлияния на коже бедер, в местах инъекций, в склеры обоих глаз. Симптомы жгута, щипка положительные. АД — 100/60, пульс — 100, ритмичный, малый. Тоны сердца глухие, на сосудах анемический шум «волчка», дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Температура — 37,8°. Консультант-гинеколог диагностировал затянувшееся менструальное кровотечение как проявление основного заболевания.

16/III-60 г. Гем. — 37 ед. — 6,1 г%, Э. — 3 300 000, РОЭ — 38 мм/час, ц. п. — 0,5. Л. — 17 200, ю. — 0,5%, п. — 6%, с. — 77,5%, л. — 8%, м. — 6%, э. — 0,5%, б. — 1%. Резкая гипохромия эритроцитов, анизо-пойкилоцитоз, макро-микроциты, полихромато-