

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2022

Занятие 22. «Синдром поражения тонкого и толстого кишечника».

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»:
Разработаны

Доцентом кафедры

Журбина Н.В.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2022 года набора очной формы обучения 08.04.22 (протокол №11)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

*Методические указания по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»
размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

1.Цель. Формирование алгоритма постановки диагноза энтерита или колита. В процессе изучения темы у студента формируется необходимость углубления и расширения своего научно-творческого потенциала, научного мировоззрения для формирования высокого уровня общей и профессиональной культуры. Быть ознакомленным с понятием энтерита или колита; уметь производить тщательный опрос больного для выявления клинических проявлений синдрома раздраженного кишечника, язвенного колита или болезни Крона, изучать особенности течения заболевания. В процессе изучения данной темы студент закрепляет умения и навыки физикального исследования органов пищеварения, отрабатывает алгоритм диагноза, составляет план лабораторно-инструментальных исследований для определения и диагностики энтерита или колита.

2.Учебные вопросы:

- 1.Классификация энтеритов и колитов.
- 2.Клиническая картина энтерита.
- 3.Клиническая картина колита
- 4.Особенности клинической картины язвенного колита (ЯК), болезни Крона (БК), синдрома раздраженной кишки.

3.Теоретическая часть

Энтерит – это воспаление тонкого кишечника, в то время как **колит** – это воспаление толстой кишки. Энтерит и колит редко протекают отдельно, чаще всего патологический процесс захватывает весь кишечник и проявляется симптомами энтероколита.

По характеру течения энтериты, колиты и энтероколиты бывают острыми и хроническими.

Причиной острых воспалительных процессов в кишечнике чаще всего является инфекция, например, сальмонеллы, дизентерийные амебы, шигеллы, энтеровирусы, вибрион холеры и другие возбудители кишечных инфекций. Нередко энтериты, колиты и энтероколиты возникают в результате отравления микробными ядами, как при пищевой токсикоинфекции, или отравления растительными и химическими ядами, например, при употреблении ядовитых грибов, косточек плодовых деревьев, нитратов, соединений мышьяка.

Иногда энтериты и энтероколиты возникают при нарушении питания - переедании или употреблении большого количества острой или слишком грубой пищи, блюд, обильно сдобренных раздражающими слизистую кишечника приправами, при злоупотреблении спиртными напитками.

Энтериты, энтероколиты и колиты могут быть проявлениями аллергии. В этом случае их развитию предшествует употребление в пищу продукта-аллергена, часто земляники, яиц, крабового мяса, или прием лекарственных препаратов, например, брома, йода, сульфаниламидов, антибиотиков.

Хронический энтерит - это синдром, который характеризуется нарушением функции тонкого кишечника, сопровождается кишечным расстройством и патологией обмена веществ. В классификации ВОЗ хронический энтерит не упоминается, его место занимает синдром «мальабсорбции», и в диагнозе наряду с этим принято указывать причину заболевания. Среди причин развития хронического энтерита важнейшее место занимают

такие нарушения, как пищевая аллергия, нарушения питания, хроническая интоксикация и недостаточность кровообращения тонкого кишечника при общей сосудистой недостаточности. Развитие заболевания, в целом, связано с непосредственным действием повреждающего фактора на стенку кишки, развитием дисбактериоза кишечника, приводящего к нарушению процессов расщепления пищи и всасывания продуктов переваривания, накоплению токсических продуктов обмена, и развитием аллергических реакций на эти токсины.

Хронический колит – это длительно текущее воспалительное заболевание, нередко дополняющее клиническую картину хронического энтерита. Как самостоятельное заболевание он может быть диагностирован только при тщательном обследовании пациента и гистологическом исследовании тканей толстой кишки. Обычно диагноз «хронический колит» ставится при невозможности уточнить причину заболевания.

Хронический колит может быть следствием перенесенных острых кишечных инфекций, например, дизентерии или иерсениоза, шигеллеза, сальмонеллеза. Его причиной могут быть глистные инвазии, дисбактериоз, радиационное, токсическое воздействие. Иногда колиты возникают при нарушениях обмена веществ, при выведении организмом токсических продуктов обмена через пищеварительный тракт, например, как при подагре или уремии. Колиты аллергической природы возникают на фоне приема лекарственных препаратов, повышенной чувствительности организма к некоторым продуктам жизнедеятельности бактерий. Причиной колита может стать злоупотребление слабительными средствами, клизмами, прием нестероидных противовоспалительных средств, антибиотиков. Как в случае с хроническим энтеритом, в основе развития хронического колита лежит дисбактериоз, приводящий к нарушению двигательной и секреторной функции толстой кишки.

Кроме обычного хронического колита выделяют еще грулематозный колит (болезнь Крона) и неспецифический язвенный колит, относящиеся к хирургическим заболеваниям, ишемический колит, возникающий при нарушении кровообращения толстой кишки, псевдомембранозный колит, обычно диагностируемый при дисбактериозе. Все эти заболевания отличаются причинами возникновения, клинической симптоматикой, течением, принципами лечения и исходом.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное заболевание кишечника, характеризующееся хронической абдоминальной болью, дискомфортом, вздутием живота и нарушениями в поведении кишечника в отсутствие каких-либо органических причин.

В мире синдромом раздраженного кишечника страдает 10-20% взрослого населения. Две трети лиц, страдающих данным заболеванием, к врачам не обращаются в связи с деликатным характером жалоб. Распространённость синдрома раздраженного кишечника в среднем составляет 1% в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 30-40 лет. Средний возраст пациентов составляет 24-41 г. Соотношение женщин и мужчин составляет 1:1-2:1. Среди мужчин «проблемного» возраста (после 50 лет) синдром раздраженного кишечника распространён так же часто, как среди женщин.

Выделяют четыре возможных **варианта синдрома раздраженного кишечника**:

- синдром раздраженного кишечника с запорами (твёрдый или фрагментированный стул в >25%, жидкий или водянистый стул <25% всех актов дефекации).
- синдром раздраженного кишечника с диареей (жидкий или водянистый стул >25%, твёрдый или фрагментированный стул <25% всех актов дефекации).
- смешанная форма синдром раздраженного кишечника (твёрдый или фрагментированный стул <25%, жидкий или водянистый стул >25% всех актов дефекации)
- неклассифицируемая форма синдром раздраженного кишечника (недостаточное изменение консистенции стула для установления диагноза).

В основе данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале, так как выявлена прямая зависимость между временем пассажа по кишке и консистенцией стула (чем время прохождения содержимого больше, тем стул плотнее).

Этиология, причины синдрома раздраженного кишечника По современным представлениям синдром раздраженного кишечника - биопсихосоциальное заболевание и в его формировании принимают участие психологические, социальные и биологические факторы, совокупное влияние которых приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности, нарушению моторики кишки и замедлению прохождению газов в кишке, что манифестирует симптомами синдрома раздраженного кишечника (боль и животе, метеоризм и нарушения стула) Доказана прямая зависимость начала заболевания от наличия стрессовых ситуаций в жизни пациента. Психотравмирующая ситуация может быть перенесена в детстве (потеря одного из родителей, сексуальные домогательства), за несколько недель или месяцев до начала заболевания (развод, тяжёлая утрата) либо в ни до хронического социального стресса, протекающего в настоящее время (тяжёлая болезнь кого-либо из близких). Личностные особенности Личностные черты могут быть обусловлены генетически либо сформировавшиеся под влиянием окружающей среды. К таким особенностям относят неспособность отличать физическую боль и эмоциональные переживания, трудности в словесной формулировке ощущений, высокий уровень тревожности, тенденцию к переносу эмоционального стресса в соматические симптомы (соматизация). Генетическая предрасположенность Исследования, посвященные роли генетической предрасположенности в патогенезе функциональных расстройств, в основном подтверждают роль генетических факторов в развитии заболевания, несколько не умаляя роль факторов окружающей среды. **Перенесённая кишечная инфекция** В исследованиях, посвященных изучению синдрому раздраженного кишечника, показано, что постинфекционная форма возникает в 6-17% всех случаев заболевания. 7-33% больных, перенёсших острую кишечную инфекцию, страдают впоследствии от симптомов синдрома раздраженного кишечника большинстве случаев (65%) постинфекционная форма заболевания развивается и после шигеллезной инфекции, а у 8,7% больных связана с инфекцией вызванной *Campylobacter jejuni*. Симптомы синдрома раздраженного кишечника (клиническая картина) Группой экспертов был составлен перечень симптомов, характерных для синдрома раздраженного кишечника (СРК). Клинические проявления синдрома раздраженного кишечника получили детальное освещение в работах отечественных и зарубежных учёных. Клинические формы заболевания, возможные сочетания кишечных и внекишечных симптомов, симптомы "тревоги", исключаяющие диагноз синдром раздраженного кишечника описаны самым подробным образом. Согласно данным литературы, жалобы, предъявляемые больными синдромом раздраженного кишечника, условно можно разделить на три группы: кишечные относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта негастроэнтерологические

Каждая отдельно взятая группа симптомов синдрома раздраженного кишечника не столь важна в диагностическом плане, однако совокупность симптомов, относящихся к трём вышеперечисленным группам в сочетании с отсутствием органической патологии делает диагноз синдром раздраженного кишечника весьма вероятным. **Кишечные симптомы при синдроме раздраженного кишечника** имеют ряд особенностей. Больной может характеризовать испытываемые боли как неопределённые, жгучие, тупые, ноющие, постоянные, кинжальные, выкручивающие. Боли локализованы преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Известен также «синдром селезёночной кривизны» — возникновение болей в области левого верхнего квадранта в положении больного стоя и облегчение их в положении лёжа с приподнятыми ягодицами. Боли обычно усиливаются после приёма пищи, уменьшаются после акта дефекации, отхождения газов, приёма спазмолитических препаратов. У женщин боли усиливаются во время менструаций. **Важной отличительной особенностью болевого синдрома при синдроме раздраженного кишечника считают отсутствие болей в ночные часы.** Ощущение вздутия живота меньше беспокоит больных в утренние часы и нарастает в течение дня, усиливаясь после приёма пищи. Диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2 до 4 и более раз за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Нередко при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда объем отделяемого уменьшен, но консистенция более жидкая. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. Диарея в ночные часы отсутствует. При запорах возможен "овечий" кал, стул в виде карандаша, а также пробкообразный стул (выделение плотных, оформленных каловых масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Стул не содержит примеси крови и гноя. При синдроме раздраженного кишечника довольно часто происходит выделение слизи с каловыми массами, особенно у мужчин. Перечисленные клинические симптомы нельзя считать специфичными для синдрома раздраженного кишечника, так как их можно встретить при других заболеваниях кишечника. Необходимо выяснить, есть ли у больного жалобы, относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта, не гастроэнтерологические жалобы. Диагностика синдрома раздраженного кишечника Сбор анамнеза жизни и анамнеза заболевания крайне важен для постановки правильного диагноза. При расспросе уточняют жилищно-бытовые условия пациента, состав семьи, состояние здоровья родственников, особенности профессиональной деятельности, нарушения режима и характера питания, наличие вредных привычек. **Для анамнеза заболевания** синдром раздраженного кишечника важно установить связь между возникновением клинических симптомов и воздействием внешних факторов (нервные стрессы, перенесённые кишечные инфекции, возраст больного к началу заболевания, продолжительность заболевания до первого обращения к врачу, проводимое ранее лечение и его эффективность). **При физикальном обследовании пациента** обнаружение каких-либо отклонений от нормы (гепатоспленомегалия, отёки, свищи и т.д.) свидетельствует против диагноза синдром раздраженного кишечника. **Обязательный компонент алгоритма диагностики синдрома раздраженного кишечника - лабораторные** (общий и биохимический анализы крови, копрологическое исследование) и инструментальные исследования (колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС).

Дифференциальный диагноз синдрома раздраженного кишечника:
Дифференциальный диагноз при синдроме раздраженного кишечника проводят со

следующими состояниями. Реакции на продукты питания (кофеин, алкоголь, жиры, молоко, овощи, фрукты, чёрный хлеб и др.). обильный приём пищи, изменение привычек питания. Реакции на приём лекарственных препаратов (слабительные, препараты железа, антибиотики, препараты жёлчных кислот). Кишечные инфекции (бактериальные, амёбные). Воспалительные заболевания кишки (язвенный колит, болезнь Крона). Синдром мальабсорбции (постгастрэктомический, панкреатический, энтеральный). Психопатологические состояния (депрессия, синдром тревоги, панические атаки). Нейроэндокринные опухоли (карциноидный синдром, опухоль, зависимая от вазоинтестинального пептида). Эндокринные заболевания (гипертиреоз). Гинекологические заболевания (эндометрит) Функциональные состояния у женщин (предменструальный синдром, беременность, климакс). Проктоанальная патология (диссинергия мышц тазового дна).

Лечение синдрома раздраженного кишечника Целью лечения пациента, страдающего синдромом раздраженного кишечника, считают достижение ремиссии и восстановление социальной активности. Лечение в большинстве случаев проводит амбулаторно, госпитализация предусмотрена для проведения обследования и при трудностях в подборе терапии. **Немедикаментозное лечение** синдрома раздраженного кишечника. Для лечения пациентов, страдающих синдромом раздраженного кишечника, применяют: обучение больного (ознакомление пациента в доступной форме с сущностью заболевания и его прогнозом); «снятие напряжения» предполагает акцентуацию внимания пациента на нормальных показателях проведённых исследований. Больной должен знать, что у него нет тяжёлого органического заболевания, угрожающего жизни; диетические рекомендации (обсуждение индивидуальных привычек питания, выделение продуктов, употребление которых вызывает усиление симптомов заболевания). Для определения продуктов питания, вызывающих ухудшение состояния у конкретного пациента, следует рекомендовать ведение «пищевого дневника». **Медикаментозное лечение синдрома раздраженного кишечника.** Поскольку на сегодняшний день общепринятым остаётся разделение пациентки по клиническому течению заболевания на три группы (с преобладанием запоров, диареи или их чередованием), удобнее рассматривать группы лекарственных и препаратов в соответствии с применением их для того или иного варианта синдрома раздраженного кишечника.

Синдром раздраженного кишечника с чередованием диареи и запоров На первый план выходят жалобы на боль в животе, метеоризм. Широко при меняют антихолинергические препараты (гиосцина бутилбромид) и миотронные спазмолитические средства, такие как дротаверин, мебеверин, пипавериум. Бускопан (гиосцина бутилбромид) - спазмолитическое средство на натуральной основе, полученное из листа растения *Datura stramonium*. Полярная масть молекулы удерживает её в просвете ЖКТ, что обеспечивает местное действие препарата и исключает комплексное влияние на организм. **Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи** Назначают лоперамид, смектит диоктаэдрический, антагонисты 5HT₃-рецепторов и пробиотики. Эффективность лоперамида и диоктаэдрического смектита у больных синдромом раздраженного кишечника доказана в исследованиях. Предполагают, что эффект пробиотиков зависит от вида микроорганизма, входящего в его состав. В исследованиях проводились оценки препаратов, содержащие лактобактерии, бифидобактерии, их комбинации, в том числе с другими микроорганизмами.

Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров Рекомендован приём следующих групп препаратов: слабительные, средства стимулирующие моторику кишки. Слабительные первой группы увеличивают объем кишечного содержимого. До настоящего времени актуально применение солевых слабительных (жжёная магнезия). К слабительным, стимулирующим моторику кишечника относятся натрия пикосульфат и бисакодил. Назначение данной группы слабительных особенно эффективно в случае неэффективности применения слабительных, увеличивающих объем каловых масс и осмотических слабительных. Слабительные, стимулирующие моторику кишечника, назначаются на срок не более 7-10 дней. Особенно эффективным считается одновременное назначение слабительных двух групп, например, средство, усиливающее моторику и увеличивающее объём каловых масс, или осмотическое слабительное. По согласованию с психиатром для уменьшения выраженности болевого синдрома либо для коррекции имеющихся психологических нарушений можно при менять психотропные препараты. Подтверждена эффективность трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и нейролептиков.

Неспецифический язвенный колит - это хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, проявляющееся геморрагическим гнойным воспалением с развитием местных и общих симптомов.

Это достаточно распространенное заболевание. Частота заболеваемости в России 10 на 100000 населения - острых случаев, и 40-117 на 100000 ежегодно с хроническим течением.

Причина этой патологии не ясна. Но мнения исследователей все более склоняются к нарушению иммунологического статуса данной группы больных. В пользу этих механизмов указывает частое наличие язвенного колита в комбинации с полиартритом, узелковой эритемой, и наличием у данной группы больных выраженной гипергаммаглобулинемии. Основной патогенетический механизм - изменение иммунологической реактивности, дисбиотические сдвиги, аллергические реакции, генетические факторы (выявляются антигены в системе HLA). Также имеют значение нервно-психические нарушения. Выявлены высокие титры аутоантител к антигенам кишечной стенки. Длительное образование иммунных комплексов у этих больных ведет к повреждению сосудистых и тканевых структур кишки. Об участии клеточного звена иммунитета свидетельствует местная реакция слизистой оболочки толстой кишки типа лимфоцитарной инфильтрации, плазмоцитарной, макрофагальной, гранулоцитарной реакции. У этих больных нарушается уровень простагландинов слизистой толстой кишки, находят повышение простагландинов сыворотки крови, в фекалиях. В развитии язвенного колита имеет значение 3 антигена:

1. пищевой (алиментарный)
2. бактериальный (бактерии и вирусы)
3. аутоантиген

Немаловажную роль играет пищевой антиген: больные не переносят цитрусовые, орехи, томаты, картофель, молоко - эти продукты могут вызвать рецидив болезни. У больных найдены антитела к собственной оболочке слизистой толстой кишки. Через слизистую оболочку толстой кишки, поврежденную бактериями в организм проникает пищевой белок, к которому возможна повышенная чувствительность организма. В последние годы усиленной изучается роль *Clostridium difitile*. Клостридия особенно мощно начинает развиваться у больных после приема неспецифических протиповоспалительных

препаратов, антибиотиков, оральных контрацептивов. Обострения заболевания приписывают *Campilobacter*, различным группам *Enterobacter* (*Proteus*, *Yersinia enterocolitica*). Наибольший интерес приписывается бактероидам и патогенным штаммам *E. Coli*.

Клиника.

В основном язвенным колитом поражается толстая кишка. Чаще всего левые, дистальные отделы толстой кишки (50-60%), сегментарный колит (30-50%), тотальный колит (15%). Существуют кишечные и внекишечные симптомы.

Кишечные симптомы язвенного колита:

- понос. В фекалиях содержится макроскопическая слизь (то есть видна *adoculus*), и кровь
- тенезмы - болезненные позывы, ложные позывы
- умеренные боли при надавливании (пальпации). На боли жалуются меньше жалуются, и менее реагируют на пальпацию, чем больные с обычным колитом, или синдромом раздраженной кишки.

Внекишечные симптомы и их осложнения:

- общие
- поражение глаз - по типу ирита, иридоциклита, конъюнктивит
- язвенный стоматит
- изменения кожи - узловатая эритема
- поражение печени
- изменения суставов - артралгии, артриты (чаще поражаются коленные суставы)
- анемия, лихорадка, снижение веса,
- местные симптомы изменения в области кишечника -
- полипоз (неопухолевидный, воспалительный полип),
- стриктуры, сужения кишки на фоне развития язвенного колита особенно, когда применяется местно длительно гормональная терапия развивается рак толстой кишки,
- перфорация
- острая дилатация
- кровотечение
- фистулы и абсцессы

Чаще всего встречаются кровотечения. При смешивании крови со слизью кал становится цвета малинового желе.

Диагностика.

- клинический анализ крови - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, снижение гемоглобина, ретикулоцитов
- биохимический анализ крови - снижение общего белка, альбуминов, электролитов (особенно калия, натрия, кальция, железа), снижение ферритина. Повышение протеинов альфа 1,2 глобулинов в острой фазе, увеличение С-РБ, трансферрина, транспортного железа
- необходимо исключать инфекционную этиологию - серологическое исследование - поиск антител к возбудителю
- прямое определение возбудителя в кале, мазках со слизистой оболочки

- биопсия
- рентгенологические методы исследования - ирригоскопия
- ректороманоскопия, колоноскопия - очень осторожно, нельзя проводить исследования в острой фазе, так как можно перфорировать стенку кишки

Эндоскопическое исследование:

- активная стадия - слизистая гиперемирована, утрата сосудистого рисунка, зернистость слизистой оболочки, ранимость при контакте с ректоскопом, петехии, кровоточивость, визуально - слизь и гной, плоские, поверхностные изъязвления слизистой кишки, псевдополипы, слизистая сужена по типу «садового шланга».
- неактивная стадия - слизистая бледная, атрофичная, с единичными псевдополипами.

Рентгенологически: грануляции, изъязвления, псевдополипы, потеря гаустрации (феномен «садового шланга»).

Гистология: выраженная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами, уменьшения числа крипт, абсцессы крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток.

Иммунологическая диагностика: уменьшение Т-супрессорной активности, высокая цитотоксическая активность Т-киллеров слизистой толстой кишки, повышение циркулирующих иммунных комплексов, повышение уровня простогландинов E₂ и F_{2a} в биоптатах толстой кишки. Снижение андрогенов (дисбаланс между эстрогенами и прогестероном).

Дифференциальная диагностика:

- микробные колиты обусловленные сальмонеллами, шигеллами, иерсиниями, амебами, хламидиями
- псевдомембранозный энтероколит - фибриноидное воспаление слизистой толстой кишки, появляющееся после длительного приема антибиотиков
- болезнь Крона.
- ишемический колит - чаще поражаются левые отделы (селезеночный угол), как результат атеросклеротического поражения мезентериальных сосудов - нижнебрыжеечной артерии, и частично верхнебрыжеечной. В первой стадии заболевания у таких больных боли купируются нитроглицерином.
- карцинома толстой кишки
- медикаментозно индуцированный колит

Классификация неспецифического язвенного колита:

1. По течению

- острая форма язвенного колита
- молниеносная форма - тотальное поражение толстой кишки
- хронический рецидивирующий язвенный колит с частыми или редкими рецидивами
- непрерывнорецидивирующая форма

2. Фаза

- обострение
- затихающая обострение
- ремиссия

3. По распространенности

- левосторонний колит (поперечноободочная кишка, сигмовидная кишка)
- правосторонний колит (поперечноободочная кишка)
- тотальное поражение (с вовлечением терминального отдела подвздошной кишки)

4. По характеру поражения

- глубокое поражение - образование язв, псевдополипов со склерозированием слизистой кишки
- поверхностное поражение

5. По тяжести течения

- легкое
- средней тяжести
- тяжелое

6. Осложнения:

- местные
- массивное кровотечение
- токсическая дилатация
- перфорация
- перитонит
- полипоз
- рак
- общие:
- анемия
- дистрофия
- сепсис
- флебиты нижних конечностей
- поражение кожи (узловатая эритема)

Лечение.

Представляет определенную сложность. Иногда достаточно отменить молоко чтобы достичь лечебного эффекта. При хроническом течении рекомендуется назначить белковый стол - белок должен составлять в суточном рационе 150 г, с исключением мучных продуктов, сладостей. Основным лекарством являются азосоединения салициловой кислоты и сульфопиридина. Они обладают противовоспалительным и антибактериальным действием. Сульфопиридин дает большое количество побочных реакций (головные боли, тошноту, вздутие и т.д.).

Препараты: сульфосалазин, салазопиридазин, сульфодиметоксин, салазопиридоксин, месалазин. Эти препараты скапливаются около кишечной стенки, распадаются, а сульфопиридин выделяет аминосалициловую кислоту, которая действует на ткань кишечника противовоспалительно, антибактериально. Месалазин (салофальк, тидокол, мезокол) лишен сульпиридиновой группы. Эти препараты блокируют синтез лейкотриенов, простагландинов и медиаторов воспаления. Назначаются дробно, между едой, или в клизмах по 3-4 г в день, при тяжелом течении 8-12 г. Салофальк назначается в клизмах - 60 г суспензии вводится ректально 1 раз в день после очистительной клизмы.

При легком течении заболевания назначают месалазин 1.5 - 2 г в сутки, или сульфосалазин 3-4 г в день. В первый день можно назначать по 2 таблетки и посмотреть

на реакцию организма. При дистальной локализации процесса добавляют препараты в клизмах - стероиды, свечи со стероидами, месалазином. При обострении средней тяжести дается перорально преднизолон с 60 мг в день с еженедельным снижением по 10 мг. Ежедневно снижают преднизолон в 61, 52, 43, 34 день до 10 мг. Далее снижают до 5 мг.

При тяжелом течении назначают парентеральное питание, питание космонавтов. Парентерально вводят электролиты, альбумин, компоненты крови. Преднизолон 100 мг либо парентерально (внутривенно), затем перорально. На Западе даются мегадозы гормонов. У нас дают 20-40 мг преднизолона. Нужен индивидуальный подход к терапии гормонами. С учетом бактериальной флоры, особенно при тяжелом течении дают антибиотики широкого спектра действия. С учетом возможной анаэробной инфекции капают внутривенно антибиотики широкого спектра действия, и метрогил.

При тяжелом течении назначают иммуносупрессивную терапию - азатиоприн, 6-меркаптопурина по 1.5 мг/кг веса в сутки. Используется эта терапия также при неэффективности базисной терапии.

Местное лечение назначается в случаях, когда процесс ограничивается поражением дистальных отделов. Применяют клизмы гидрокортизона (125 мг в ампуле) - 50 мг разводят на физиологическом растворе. В период ремиссии - месалазин 1 г в день, сульфосалазин 2 г в день перорально в течение нескольких месяцев. Рекомендуется назначать биологические препараты - бифидобактерин, бификол (5 доз 2 раза в день за 30 минут до еды), на 1.5- 2 месяца.

Хирургическое лечение - это лечение «отчаяния», применяют только при выраженных осложнениях.

Новое в лечении язвенных колитов: антиоксиданты (аллопуринол, диметилсульфаксид) в сочетании с иммуномодулирующими препаратами - реоферон. Назначают совместно с сульфопрепаратами одновременно, либо последовательно. Реоферон назначают парентерально, через день, курсами 20 дней по 2млн МЕ в день. Можно в клизмах. Биологическая терапия приобрела большое значение в последнее время – инфликсимаб (Ремикейд)

Болезнь Крона.

Это хроническое воспалительное, грануломатозное заболевание, которое начинается в подслизистом слое, и постепенно охватывает всю толщу кишечной стенки. Крон описал это заболевание в 1936 году и назвал его грануломатозной болезнью. Заболеваемость 2-4 человека на 100000. 40-50 на 100000 населения - хроническое течение.

Заболевание начинается постепенно и развивается в течение 5 лет. Главную роль в механизме развития играют вирусы и аутоиммунные механизмы. Аллергия к пищевым продуктам - очищенный сахар, консерванты, жиры. Также имеют значение факторы окружающей среды - курение, промышленные факторы. Также имеют значение антигены бактерий, вирусов (*Pseudomonas*). В пользу этой теории говорит патологическая иммунная реакция клетки, иммунный дефект, нарушение регуляции, снижение иммунной толерантности, а также генетические факторы - семейная предрасположенность.

Обострению способствуют психические факторы.

Локализация процесса - по всей протяженности пищеварительного канала: от пищевода (5%), желудок, тонкая кишка, толстой кишки. Чаще всего поражается слепая кишка (60%). Прямая кишка вовлекается в процесс в 25%. Часто аноректальное поражение - трещины, анальные фистулы, перинальные абсцессы.

Клиника. Воспаление чередуется с бессимптомным или малосимптомным течением. Существуют кишечные и внекишечные симптомы.

Местные симптомы:

- боли в животе, чаще всего больные указывают на боли в области пупка, особенно после еды
- урчание в животе
- понос до 4-6 раз в день
- тенезмы, но кровь в стуле бывает редко, в отличие от неспецифического язвенного колита
- симптомы нарушенного всасывания (lactosemalabsorbtion)
- симптомы поражения анальной области - свищи

Внекишечные симптомы:

- нарушение всасывания железа, реже кровопотеря
- лихорадка
- снижение веса
- общее недомогание
- глазная симптоматика - ириты, иридоциклиты, увеиты, конъюнктивиты
- кожные высыпания - пиодермия, узловатая эритема, гиперкератоз. Очень часто бывает опоясывающий лишай в проекции поражения.

Объективно: часто в правой подвздошной области определяется резистентность, пальпируется объемное образование. Анальные фистулы, абсцедирующий перипроктит. Могут образовываться желчные камни при поражении тонкой кишки. Часто идет сочетание с болезнью Бехтерева.

Диагностика.

- Острофазовые реакции - повышение альфа 1, 2 глобулинов
- повышение С-Рб
- повышение фибриногена плазмы
- ускоренная СОЭ
- эндоскопия. Проводят гистологическое исследование - трансмуральная инфильтрация, лейкоцитарная. Очаговая лимфоидная гиперплазия, фиброзирование всех стенок кишки, трещины. Гранулемы эпителиодные в подслизистом слое, изредка абсцессы крипт, но бокаловидные клетки сохранены. Происходит набухание, утолщение кишечной стенки, что приводит к сужению просвета кишки. Образуются язвы с внутренней поверхности кишки, утолщение одностороннее брыжейки кишки, застой лимфы. Также утолщается мышечный слой стенки кишки, и происходит рубцевание кишки.
- рентгенологически: изъязвления, рельеф - булыжной мостовой. Ворсинок практически нет, утолщение стенки, ассиметричное увеличение и сморщивание

брыжейки, фистулы. Стенозирование - нитевидное. Имеется сегментарное прерывистое изменение в кишке.

Дифференциальный диагноз проводится с теми же заболеваниями, что и неспецифический язвенный колит.

Лечение.

- диета основана на тех же принципах, что и диета при язвенном. Резкое ограничение клетчатки. Калорийность 2400 ккал/сут. Жиры - только сливочное масло.
- медикаментозная терапия при воспалении - гормоны (преднизолон в 1-ю неделю 60 мг, 2-я - 40 мг, 3-я - 30 мг, 4-я - 25 мг, 5-я - 20 мг, 6-я - 15 мг, с 7 по 26 неделю - 10 мг. Затем с 10 мг уходят через каждые 5 дней по 1/4 таблетки.
- при тяжелом течении вводится через дуоденальный зонд протертая пища, особенно при поражении пищевода и желудка.
- также назначают азатиоприн 1.5 мг на кг в сутки не менее 3-х месяцев. Побочное действие - тошнота, лихорадка, лимфопения вплоть до агранулоцитоза.
- метронидазол 500 -1000 мг в день
- антибактериальные препараты при септическом состоянии
- эубиотические препараты.
- при стафилококковом дисбактериозе рекомендуют антибиотики - олеандомицин, эритромицин. При иерсиниозе - левомицетин, стрептомицин. Высоким терапевтическим эффектом обладает гентамицин, ванкомицин, сизомицин. Стафилококковый дисбактериоз лучше лечить серосолодкой (или сульфурйод), или стафилококковый бактериофаг. Биологические препараты назначают не менее 2-3 мес.
- салицилаты - те же, что и при язвенном колите. До 1, 5 г в сутки в течение 1-1.5 лет.
- иммуносупрессивная терапия - циклоспорин А - влияет на функцию Т-клеток, путем изменения продукции цитокинов. Назначается в сочетании с преднизолоном.

4.Практическая часть:

Задание 1. Курация больных гастроэнтерологического отделения;

Задание 2. Написание кураторских листов;

Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

Вопросы для собеседования

1. Этиология и патогенез энтеритов и колитов, их общая классификация.
2. Диагностическая информативность расспроса больных с патологией кишечника.
3. Симптомы, проявляющиеся при объективном обследовании больных с патологией кишечника.
4. Значение дополнительных методов обследования в диагностике энтеритов и колитов.
5. Основные принципы лечения и профилактики энтеритов и колитов, уход за больными.
6. Анатомо - физиологические особенности кишечника.
7. Основные жалобы больных и их происхождение.
8. Особенности анамнеза заболевания и жизни.
9. Методы лабораторно - инструментальной диагностики энтеритов и колитов.
10. Основные принципы лечения и профилактики энтеритов и колитов.
11. Проводить объективное обследование больных, оценивать его результаты из контекста данной патологии.

12. Определить списки и последовательность лабораторно инструментальных исследований дать соответствующее истолкование.
13. Сгруппировать симптомы и синдромы с формулировкой рабочего диагноза.
14. Использовать знания по уходу за больными и основных принципов лечения и профилактики.
15. Оценивать данные вспомогательных исследований.
16. Назначить лечение больному.
17. Расспросите больного, обращая внимание на основные симптомы.
18. Провести клиническое обследование больного (объективное и лабораторно - инструментальное).
19. Выделить основные синдромы.
20. Поставить клинический диагноз.
21. Назначить лечение.

6. Тестовые задания

1. Для болевого синдрома при энтерите не характерно:
 - А) боль возникает через 3-4 часа после еды;
 - Б) интенсивные боли;
 - В) боль усиливается во второй половине дня;
 - Г) боль уменьшается после громкого урчания.
2. Причиной энтерита является:
 - А) курение;
 - Б) инфицирование *H. pylori*;
 - В) перенесенные кишечные инфекции;
 - Г) мезентериальный тромбоз.
3. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются все перечисленные, кроме:
 - А) кишечных кровотечений;
 - Б) болей в животе;
 - В) поносов;
 - Г) периаанальных абсцессов.
4. Колоноскопия позволяет выявить:
 - А) неспецифический язвенный колит;
 - Б) рак толстой кишки;
 - В) болезнь Крона;
 - Г) болезнь Уиппла;
 - Д) все перечисленное.
5. В пользу болезни Крона свидетельствуют следующие симптомы:
 - А) запор;
 - Б) диарея с частотой до 5-6 раз в сутки;
 - В) метеоризм;
 - Г) тенезмы;
 - Д) боль в правой подвздошной области.
6. Что не характерно для диареи при энтеритах:
 - А) пенистый кал;
 - Б) водянистый кал;
 - В) капли нейтрального жира в кале;
 - Г) примесь крови в кале.
7. О чем свидетельствует урчание при пальпации слепой кишки:
 - А) симптом выявляется в норме;
 - Б) в брюшной полости имеется свободная жидкость;
 - В) имеется стеноз привратника;
 - Г) имеется большое количество газов в толстом кишечнике (метеоризм у больного с колитом);
 - Д) в толстом кишечнике имеется жидкое содержимое и скапливаются газы (например, у больного в острым энтеритом).

8. С какими из перечисленных заболеваний проводят дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний кишечника:
- А) инфекционный энтероколит;
 - Б) колоректальный рак;
 - В) антибиотико-ассоциированный колит;
 - Г) синдром раздраженной толстой кишки;
 - Д) все перечисленное верно.
9. Для болезни Крона характерны:
- А) стриктуры кишечника;
 - Б) диарея;
 - В) примесь крови в кале;
 - Г) формирование свищей;
 - Д) все перечисленное верно.
10. Какого генеза может быть анемия при неспецифическом язвенном колите:
- А) железодефицитная;
 - Б) гемолитическая;
 - В) оба вида анемии;
 - Г) ни один из указанных видов анемии.
11. Какой эндоскопический метод исследования позволяет осмотреть слизистую оболочку прямой кишки:
- А) эзофагогастродуоденоскопия;
 - Б) ректороманоскопия;
 - В) лапороскопия;
 - Г) бронхоскопия;
 - Д) торакоскопия.
12. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита:
- А) острой дизентерией;
 - Б) раком толстого кишечника;
 - В) болезнью Крона;
 - Г) со всеми перечисленными заболеваниями;
 - Д) ни с одним из перечисленных заболеваний.
13. Какие из перечисленных осложнений характерны при длительном течении язвенного колита:
- А) токсическая дилатация толстой кишки;
 - Б) перфорация толстой кишки;
 - В) кишечное кровотечение;
 - Г) колоректальный рак;
 - Д) дивертикулез.
14. Какова наиболее частая локализация патологического процесса при болезни Крона:
- А) терминальный отдел тонкой кишки;
 - Б) толстая кишка;
 - В) тотальное поражение ЖКТ;
 - Г) желудок и 12-п кишка.
15. Поносы с выделением пенистых испражнений с кислым запахом, кислой реакцией, амилореей, обильной ацидофильной флорой свидетельствует о наличии:
- А) хронического панкреатита;
 - Б) хронического неспецифического язвенного колита;
 - В) хронического энтерита;
 - Г) бродильной диспепсии

Ответы на тестовые задания

- 1-Г
- 2-В
- 3-Г
- 4-Д
- 5-Д
- 6-Г

7-А
8-Д
9-Д
10-А
11-Б
12-Г
13-А, Б, В, Г
14-А
15-В

7.Рекомендуемая литература:

Основная

1. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ.мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.
2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>
3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

Дополнительная

1. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб.пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с.
2. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шульенина. – М.: МИА, 2006. – 256 с.