

Болезни кишечника

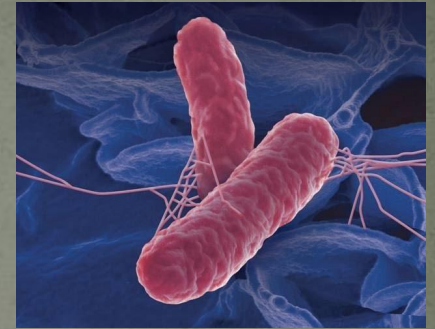


Хронический энтерит

- **Хронический энтерит** – воспалительно-дистрофическая патология тонкого кишечника, приводящая к расстройству его пищеварительной, транспортной и барьерной функций. В симптоматике выделяют местные (расстройства стула, метеоризм, боли в животе) и общие (повышенная утомляемость, раздражительность, головные боли и головокружения, проблемы с кожей, ногтями и волосами, эндокринопатии) признаки, расстройство всех видов обмена.

Причины хронического энтерита

- Самыми частыми виновниками хронического энтерита являются инфекционные заболевания, протекающие с поражением ЖКТ. Наибольшая значимость принадлежит сальмонеллезу, шигеллезу, стафилококковым инфекциям; инфицированию кампилобактером, псевдомонадами, протейями, энтеровирусами. Не исключается роль протозойных и глистных инвазий (аскариды, криптоспоры, широкий лентец и др.);
- Актуальны и алиментарные факторы: механическое травмирование слизистой тонкого отдела кишечника слишком сухой и плотной пищей, избыток в рационе пряностей и острых приправ, бедная углеводами и белками пища, злоупотребление алкоголем;
- К формированию хронического воспаления приводит и недостаточность сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка. При этой патологии отмечается непрерывное истечение желчи и панкреатический просвет ЖКТ.



Классификация хронического энтерита

Все хронические энтериты классифицируются по:

- этиологическому фактору (токсические, бактериальные, паразитарные, радиационные, лекарственные, алиментарные, послеоперационные, возникшие на фоне аномалий развития или другой патологии ЖКТ – вторичные);
- локализации (еюнит, илеит, тотальный хронический энтерит);
- морфологическим изменениям (умеренная, парциальная либо тотальная атрофия);
- течению (легкое, средней тяжести, тяжелое);
- фазе заболевания (ремиссии, обострения);
- ведущему клиническому синдрому (нарушение пищеварения или всасывания, энтеропатия, тотальная недостаточность тонкого кишечника);

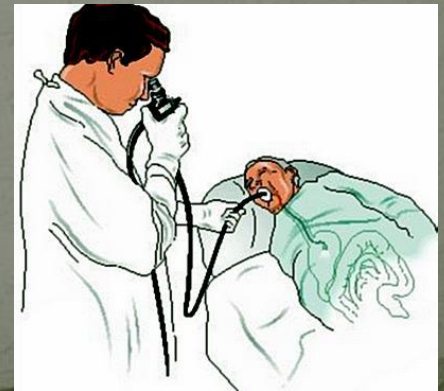
энтерита

- Типичным симптомом данной патологии является частый (до 20 раз в сутки) стул. Позывы на дефекацию возникают сразу после еды, количество каловых масс увеличено в объеме. Во время дефекации может отмечаться дрожь в конечностях, слабость. Каловые массы жидкие, содержат непереваренные комочки пищи и волокна. Если значительно нарушен обмен жира, отмечается стеаторея – каловые массы замазкообразные, глинисто-серого цвета, блестящие.
- Метеоризм проявляется вздутием живота и болями, проходящими после дефекации и отхождения газов.
- Общие проявления хронического энтерита обычно отмечают только при среднетяжелом и тяжелом течении, они вызваны нарушением пищеварения и всасывания питательных веществ в тонком кишечнике. К ним относят слабость, раздражительность, постоянное недомогание, головные боли, ухудшение состояния кожи, волос и ногтей, изменения со стороны языка («лакированный» с отпечатками зубов по бокам).



Диагностика хронического энтерита

- Диагноз хронического энтерита устанавливается на основании комплекса лабораторных и инструментальных методов обследования. В анализах крови имеются признаки анемии, снижение уровня белка, электролитов, микроэлементов, гормонов. Копрограмма выявляет мальдигестию и мальабсорбцию; бактериологические анализы кала – рост патологической микрофлоры; анализ кала на дисбактериоз положительный.
- Оценка морфологических изменений тонкого кишечника возможна при проведении ЭГДС интестинальной эндоскопии. Во время этого исследования обязательно осуществляется БИОПСИЯ слизистой оболочки кишки с последующим гистологическим исследованием. Характеристика моторики тонкого кишечника производится с помощью [контрастного рентгенологического исследования](#). [УЗИ](#), [обзорная рентгенография](#) органов брюшной полости, [рентгенография желудка](#) проводятся по показаниям для дифференциальной диагностики и выявления сопутствующих заболеваний ЖКТ.



Лечение хронического энтерита

- . Данная патология характеризуется длительным и тяжелым течением с частыми периодами обострения, поэтому все пациенты требуют назначения лечебного режима и специальной диеты. Пища должна быть химически, термически и механически щадящей, содержать все необходимые питательные вещества, витамины и микроэлементы.
- Из медикаментозных препаратов назначаются средства для эрадикации инфекционного агента, нормализации микрофлоры кишечника (эубиотики); вяжущие, обволакивающие и абсорбирующие препараты; при необходимости – желудочный сок и панкреатические ферменты; средства для нормализации моторики кишечника,. Симптоматическое лечение включает в себя коррекцию нарушений обмена, витаминотерапию, заместительную гормональную терапию, иммуномодуляторы. При хроническом энтерите показано лечение травами и минеральными водами, санаторно-курортные мероприятия, физиотерапия.

Прогноз и профилактика хронического энтерита

- Прогноз хронического энтерита при правильно организованном лечебном процессе благоприятный, тяжелое течение заболевания обычно требует дообследования для выявления тяжелой сопутствующей патологии.
- Профилактика хронического энтерита заключается в предупреждении и своевременном лечении кишечных инфекций и острого энтерита, которые могут окончиться переходом в хроническую форму; соблюдении здорового образа жизни и питания; исключении этиологических факторов этого заболевания; санитарном просвещении населения.



Хронический колит

- Хронический колит – это воспалительный процесс, поражающий слизистую оболочку толстой кишки, сопровождающийся «кишечными» симптомами (диарея, метеоризм, урчание, запоры, болевой синдром). Для диагностики заболевания используют копрологический анализ, рентгенологическое и эндоскопическое исследование толстого кишечника (ирригоскопию, колоноскопию).



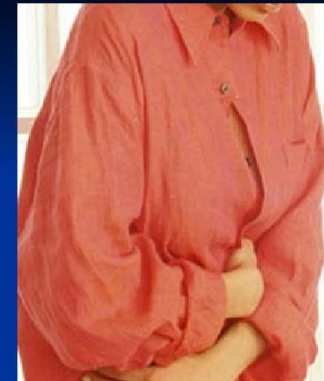
Причины хронического колита

- Причины, которые могут инициировать развитие хронической формы колита, разнообразны. Факторами, способствующими возникновению заболевания, могут выступать нарушение диеты, гипо- и авитаминоз, употребление алкогольных напитков и наркотических препаратов. Лидирующую позицию среди основных причин патологии занимают перенесенные ранее острые кишечные инфекции. Помимо бактерий, послужить развитию воспалительного процесса могут грибы или простейшие. К воспалительно-дистрофическим процессам, способствующим нарушению функции органа, приводят и тяжелые формы длительно текущих интоксикаций .
- Не последнее место в развитии хронической формы колита занимает вредное воздействие привычек человека: так, поступление никотина с сигаретным дымом способствует ухудшению кровоснабжения стенки толстого кишечника, снижению иммунитета, и, как следствие, проникновению в слизистую оболочку патогенной микрофлоры



Симптомы хронического колита

- Для хронического колита характерен болевой синдром в виде ноющих и тупых болей, локализующихся в любом из отделов живота, имеющих как схваткообразный, так и разлитой характер. Нарушение стула, урчание, метеоризм, болезненные тенезмы или диспепсические расстройства – это ряд специфических симптомов, характерных только для патологических процессов, поражающих ЖКТ. Отличительным симптомом хронического колита, позволяющим дифференцировать его от других патологий, служит усиление боли сразу же после приема пищи, очистительных клизм, напряжения брюшного пресса и облегчение после опорожнения кишечника, отхождения скопившихся газов или применения спазмолитиков. Довольно часто при данной патологии процесс дефекации происходит по 6-7 раз в сутки с выделением слизи или прожилок крови. Во время пальпации органов брюшной полости болевой синдром определяется в



- **Проктит и проктосигмоидит** - это распространенные формы хронического колита, которые возникают вследствие хронических запоров, регулярных механических раздражений слизистой оболочки и бактериальных дискинезий. Данные формы заболевания сопровождаются наличием болевого синдрома, локализующегося в подвздошной области, выраженным метеоризмом, общим недомоганием, тошнотой и зачастую незначительным повышением температуры тела. При обострении патологического процесса отмечаются специфические ложные позывы к акту дефекации, выход скопившихся газов и каловых масс в виде «овечьего кала», покрытых слизью и прожилками кровяных выделений. При пальпации боль локализуется в области сигмовидной кишки.
- Помимо специфических симптомов, хронический колит сопровождается общим недомоганием, головокружением, снижением работоспособности, слабостью, потерей массы тела, астено-невротическим синдромом. Психологический статус больного также нарушен: это проявляется в виде характерного чувства тревоги, необъяснимой паники, излишней раздражительности и беспокойства, нарушения режима сна и бодрствования.

Диагностика хронического колита

- Для подтверждения предполагаемого диагноза выполняются лабораторные и инструментальные исследования. В общем анализе крови, как правило, выявляется незначительное повышение СОЭ, нейтрофилез и лейкоцитоз. Копрологический анализ кала позволяет провести микроскопию полученного материала и его химический анализ с определением количества клетчатки, белка, жира, крахмала, органических кислот и аммиака.
- С помощью колоноскопии обнаруживается очаг воспалительного процесса, наличие эрозий, атрофические изменения вследствие длительного течения патологического процесса, оценивается выраженность сосудистого рисунка. В процессе ирригоскопии при хронической форме колита возможно выявить изменения рельефа слизистой оболочки, атонию, асимметричную гаустрацию, нарушение перистальтики.



Лечение хронического колита

- Мероприятия, направленные на лечение хронического колита в стадии обострения, должны включать в себя терапию, цель которой - устранение первоначальной причины заболевания, нормализация работы кишечника и реактивности организма.
- В период обострения пациентам назначается диета № 4а, в состав которой входят блюда из мяса и рыбы, приготовленные на пару, белый хлеб, бульоны на основе нежирных видов мяса, вареные яйца, отвары из шиповника, зеленый чай и какао на воде. Порции не должны превышать 200-300 г. По мере устранения воспалительного процесса пациентов переводят на диету № 4б, в которую добавляются супы с различными видами круп, макаронные изделия, овощная запеканка, запеченные яблоки, сыр, каши на молоке, сливочное масло. В стадию ремиссии допускается прием еще менее щадящей диеты - №4в.
- При поносе рекомендуют использовать вяжущие и обволакивающие средства - висмута нитрат, карбонат кальция, квасцы, меди сульфат, настойки из трав, в состав которых входят дубильные вещества. Спазмолитические средства назначаются при спастической форме колита. При проктосигмоидите показаны микроклизмы на основе отвара ромашки, который действует как средство, устраняющее очаг воспаления. При проктите рекомендуют использовать вяжущие средства в свечах - цинка окись или ксероформ.
- При выраженном вздутии живота назначается активированный уголь, белая глина, диметикон, настойка перечной мяты. При диарее различной этиологии применяют лоперамид.

Прогноз и профилактика хронического КОЛИТ

- Профилактические мероприятия основываются на предупреждении развития острой формы заболевания; назначении лечения, направленного на устранение этиологических факторов, способствующих возникновению патологии; сбалансированном питании, соблюдении элементарных правил личной гигиены. Своевременное оказание помощи больным с острой стадией колита и часто обостряющейся хронической формой – это также один из этапов профилактики заболевания.



Неспецифический язвенный КОЛИТ

- Неспецифический язвенный колит – заболевание, в основе которого лежит хронический воспалительный процесс, при котором диффузно поражается слизистая оболочка толстого кишечника.

Неспецифический язвенный колит чаще всего встречается у мужчин. Заболевание начинается чаще всего в возрасте от 20 до 40, либо от 60 до 70 лет.



Причины развития неспецифического язвенного колита

- Причины заболевания до сих пор не выяснены. Ученые предполагают, что различные факторы вызывают нарушение иммунного ответа, что и ведет к заболеванию.

Факторы риска:

Генетические факторы. Наблюдается семейная предрасположенность (если например папа болел этим заболеванием, высок риск, что и его сын тоже заболеет), мутации в различных генах.

Инфекционный компонент. Существует 2 теории по поводу участия микроорганизмов в заболевании.

1. Согласно первой теории инфекция сама по себе вызывает воспаление в слизистой оболочке толстого кишечника. Причем в этом участвуют патогенные (способные вызвать инфекционное заболевание) бактерии, а именно такие виды как (*Mycobacterium paratuberculosis*, *Listeria monocytogenis*).
2. Вторая теория гласит о ненормальном (чрезмерном) иммунном ответе на антигены непатогенных (не вызывающих заболевание) бактерии.

Аутоиммунные факторы. Некоторые ученые считают, что в эпителии толстого кишечника находятся собственные (родные) антигены. В норме иммунитет не формирует антитела против собственных антигенов. Это происходит потому, что иммунитет распознает их как свои собственные.

Если подключаются аутоиммунные факторы, иммунитет перестает узнавать эти антигены как свои и начинает формировать антитела. В последствии антитела присоединяются к антигенам и в конце концов клетка на которой находились антигены разрушается. Массовое разрушение клеток приводит к воспалению.

Факторы воспаления. Существуют множество факторов вызывающих воспаление. Во время иммунного ответа происходит не только соединение антигена с антителом, но и выработка различных вызывающих воспаление факторов. К этим факторам относятся интерлейкины -1, 2, 6, 8. Существует также TNF (tumor necrosis factor) – фактор, разрушающий опухолевые клетки, клетки пораженные вирусами или бактериями. Многие ученые считают, что TNF играет ключевую роль в развитии воспаления.

Механизм развития НЯК

- Неспецифический язвенный колит обычно начинается с прямой кишки. Постепенно воспалительный процесс распространяется по всей слизистой толстого кишечника.

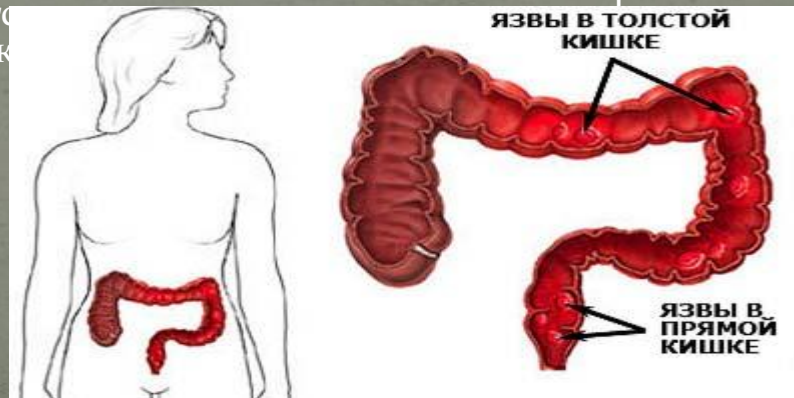
По некоторым данным в 20-30% случаев воспаление ограничивается на уровне прямой и сигмовидной кишке. В 40-50% случаев воспаление охватывает прямую кишку, сигмовидную кишку, нисходящую ободочную и поперечную ободочную кишку. Остальные 20-30% приходится на воспаление всего толстого кишечника.

Изменения, происходящие на уровне слизистой оболочки, зависят от фазы воспаления.

1. **Острая фаза.** Во время этой фазы происходят следующие изменения:

- покраснение слизистой
- отёк слизистой
- спонтанные кровотечения или кровотечения во время контакта, например каловых масс со слизистой
- точечные, наружные изъязвления
- псевдополипы (образования похожие на полипы, появляющиеся во время воспаления)

2. **Фаза ремиссии.** Наблюдается атрофия (истончение слизистой оболочки с нарушением ее функций) слизистой оболочки, отёк, инфильтраты в слизистой оболочке



Симптомы неспецифического язвенного колита

- **Локальные симптомы:**

Стул с кровью, слизью и иногда с гноем. Кровь в стуле появляется из-за контакта изъязвлений с калом. Чаще всего кровь не перемешивается с калом, а покрывает его как оболочка. Кровь обычно имеет ярко красный цвет, хотя может быть и темной. При других заболеваниях, например язва желудка – кровь, выделяющаяся с калом по цвету черная.

- **Диарея иногда запор.** Диарея определяется в 95% случаев. Количество дефекаций 3-4 раза в день. Также характерно увеличение числа позывов на дефекацию до 15-30 в день. Запор возможен, в случае если процесс находится ограниченно на уровне прямой кишки.

- **Боль в нижней части живота.** Боль по интенсивности не сильная, характер боли – покалывание либо не выраженная колика (в данном случае возможна из-за спазма мышц). В случае если боль в течение заболевания усиливается, то это означает глубокое поражение толстого кишечника.

- **Вздутие живота.** Особенно нижних частей живота.

- **Общие симптомы:** Температура до 38 градусов Цельсия, присутствует только при тяжелых формах заболевания.

- **Общая слабость и потеря в весе.** Оба симптома появляются вследствие анорексии (отсутствие аппетита), потери белков из-за диареи.

- **Глазные симптомы** (иридоциклит – воспаление радужной оболочки и цилиарного тела глаза, увеит – воспаление сосудистой оболочки глаза). Глазные симптомы не всегда присутствуют.

- **Боли в суставах, боли в мышцах**

Диагностика НЯК

- **Общий анализ крови**

В анализе крови можно найти анемию, лейкоцитоз (повышение количества лейкоцитов выше 9×10^9 в 9 степени)

- **Анализ кала**

Наличие крови, слизи или иногда гноя в каловых массах. Копрокультура (анализ кала на бактерии) – показывает наличие патогенных микробов.

- **Ректосигмоидоскопия**

- **Колоноскопия**

- **Иригография**

Осложнения неспецифического язвенного колита

- 1. **Токсическое расширение толстой кишки.** Очень опасное осложнение язвенного колита. Чаще это осложнение появляется при острой форме язвенного колита. Для данного осложнения характерно резкое расширение и вздутие газами поперечно ободочной кишки. Стенки кишки из-за дилатации (расширения) истончаются и почти всегда, это приводит к прободению (разрыву) кишки с последующим перитонитом .
- 2. **Массивные кровотечения из толстой кишки.** Данное осложнение приводит к анемии (снижению количества эритроцитов и гемоглобина), а также к гиповолемическому (сниженный объем крови) шоку.
- 3. **Малигнизация (озлокачествление)** – появление на месте воспаления злокачественной опухоли.
- 4. **Вторичные кишечные инфекции.** Воспаленная слизистая является хорошей средой для развития кишечной инфекции. Это осложнение значительно ухудшает течение заболевания. Диарея усиливается, стул 10-14 раз в день, высокая температура, обезвоживание.
- 5. **Гнойные осложнения.** Например, парапроктит – острое воспаление жировой клетчатки около прямой кишки. Это гнойное осложнение лечится хирургически.



Лечение

- Диета
- Принципы диеты
 1. Вся пища должна быть приготовлена в вареном или печеном виде.
 2. Блюда должны употребляться в теплом виде. Частота питания – 5 раз в день.
 3. Последний прием пищи не позднее 19.00.
 4. Диета должна быть гиперкалорийной (с повышенным содержанием калорий) 2500-3000 калорий в день. Исключение составляют пациенты с ожирением.
 5. Диета должна быть гиперпротеиновой (повышенное содержание белков)
 6. Должна содержать повышенное количество витаминов и микроэлементов
- Применяют препараты из группы аminosалицилатов. Сульфасалазин при обострении применяют внутрь 1 грамм 3-4 раза в день, до появления ремиссии. В фазе ремиссии доза 0.5-1 грамм 2 раза в день.

Месалазин – 0.5-1 грамм 3-4 раза в день при обострении. В стадии ремиссии 0.5 грамм 2 раза в день.

Для лечения язвенного колита в области прямой и сигмовидной кишки используют свечи или клизмы с салофальком или месалазолом.

Кортикостероиды применяются при тяжелых формах заболевания. Преднизолон назначается внутрь по 40-60 миллиграмм в день, продолжительность лечения 2-4 недели. После чего доза препарата снижается по 5 мг в неделю.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!
