

ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Тонкая кишка является следующим после желудка отделом пищеварительного канала. В ней наиболее интенсивно протекает и в основном заканчивается переваривание пищи и происходит всасывание в кровь и лимфу питательных веществ. По строению и функции тонкая кишка делится на 3 отдела: двенадцатиперстную, тощую и подвздошную кишки.

Толстая кишка является конечным отделом пищеварительного канала. В ней заканчиваются процессы переваривания, формируются и выводятся через задний проход наружу каловые массы.

Толстый кишечник делят на 3 части: слепую кишку с аппендиксом, ободочную и прямую кишки.

Основным симптомом заболевания кишечника относятся боли, принимающие иногда характер схваток (кишечная колика), урчание в животе и вздутие, сопровождающиеся чувством распирания, понос, запор. Достаточно часто наблюдаются также тошнота, отрыжка и другие диспептические явления.

Понос (диарея) характеризуется частым стулом, жидкими, неоформленными каловыми массами. Понос — один из наиболее распространенных симптомов при заболевании кишечника. Причины возникновения поноса различны.

Усиленная перистальтика встречается как при воспалительных процессах под действием микробов, токсинов, паразитов, так и при повышенной возбудимости кишечника без его воспаления, например, при употреблении жирной пищи или незрелых фруктов. Определенную роль в появлении поносов играет центральная нервная система. Так, например, известны «экзаменационные» поносы у школьников, студентов, а также поносы при испуге и т.д.

Запоры характеризуются длительной (более 2—3 дней) задержкой кала в кишечнике. Запоры могут быть симптомом органического происхождения. Они могут возникать в результате конституциональных изменений (удлинение) кишечника, при его сужениях и непроходимости кишки различного происхождения, например опухоли, язвы, при воспалительных, заболеваниях кишечника.

Более распространенными являются запоры, возникающие вследствие расстройства двигательной функции толстой кишки. К этой группе относятся алиментарные запоры, развивающиеся при однообразном, преимущественно мясном или мучном питании, бедном возбудителями кишечной перистальтики, при нарушении режима питания.

Дискинетические запоры возникают вследствие нарушения координации различных видов моторики, в результате чего развиваются одновременно спазм в одних участках кишки и атония — в других (спастические и атонические запоры). В климактерическом периоде часто встречаются запоры эндокринного происхождения, при нарушении функции гипофиза и щитовидной железы.

Токсические запоры наблюдаются при отравлении никотином, злоупотреблении лекарствами. Как профессиональное заболевание запоры развиваются главным образом у лиц, работа которых требует сидячего положения, а также вследствие профессиональных отравлений свинцом на производстве анилиновых красок.

При осмотре необходимо обращать внимание на состояние питания. Пациенты, у которых нарушен процесс всасывания питательных веществ, имеют сниженную массу тела, кожа их становится бледной и сухой. При осмотре живота оценивают его состояние: вздутие, асцит, видимая перистальтика кишечника.

Перкуссия живота позволяет получить сравнительно мало данных, но в некоторых случаях она способствует дифференциальной диагностике чрезмерного скопления газов (громкий тимпанический тон), асцита (более тупой звук).

Пальпация является наиболее важным методом исследования кишечника, так как позволяет определить более точную локализацию болей, выявить симптом мышечной защиты, определить положение и физические свойства отделов толстой кишки. Важным диагностическим методом является пальцевое исследование через прямую кишку, позволяющее диагностировать каловые камни, опухоль прямой кишки.

Ректороманоскопия — осмотр прямой и сигмовидной кишок изнутри с помощью введенного в них ректоскопа, является очень ценным способом изучения патологии нижней части пищеварительного канала.

Рентгенологическое исследование производят двумя способами:

1) путем прослеживания проглоченной контрастной взвеси по ходу всего пищеварительного канала (пассаж);

2) посредством наполнения толстой кишки контрастной массой с помощью клизмы через прямую кишку (ирригоскопия). Рентгенологическое исследование позволяет диагностировать опухоли, воспалительные изменения, стеноз, нарушения двигательной функции.

Копролагическое исследование заключается в макроскопическом, химическом и микроскопическом исследовании кала. Если возникает подозрение на дизентерию, то тогда производят бактериологическое исследование.

Хронический энтерит

Хронический энтерит (ХЭ) — полиэтиологическое заболевание тонкого кишечника, характеризующееся развитием воспалительно-дистрофических процессов, дегенеративными изменениями, атрофией слизистой оболочки и нарушением всех функций тонкого кишечника, в первую очередь всасывательной и пищеварительной.

Этиология.

Перенесенные острые кишечные инфекции: дизентерия, сальмонеллез, стафилококковые инфекции. В последнее время большое значение придается иерсиниям, кампилобактериям, протее, синегнойной палочке, глистной инвазии (лямблии, аскариды, широкий лентец и др.). Определенную роль могут играть перенесенные энтеровирусные инфекции.

Алиментарный фактор. В этиологии хронического энтерита имеет значение питание всухомятку, переедание, питание преимущественно углеводистой безвитаминовой пищей, злоупотребление пряностями, острыми приправами. Это не основные причины, но они предрасполагают к развитию ХЭ.

Злоупотреблением алкоголем. Алкоголь оказывает токсическое действие на слизистую оболочку тонкого кишечника и способствует развитию заболевания.

Аллергия. Наибольшее значение имеет аллергизирующее воздействие пищевой аллергии. Частыми аллергенами являются коровье молоко, рыба, шоколад, яйца.

Действие токсических и лекарственных веществ. ХЭ могут развиваться вследствие воздействия токсических веществ (мышьяк, ртуть, свинец, фосфор и др.), а также при длительном применении многих лекарственных средств (глюкокортикоидов, цитостатиков, некоторых антибиотиков и др.).

Ионизирующее излучение — развивается лучевой энтерит.

Другие причины - недостаточность илеоцекального клапана, большого дуоденального соска, аномалии развития кишечника, ишемия стенки тонкой кишки.

Причины вторичного энтерита. ХЭ развивается при заболеваниях пищеварительной системы (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гепатит, цирроз печени, холецистит, панкреатит), заболеваниях почек с развитием хронической почечной недостаточности, при псориазе, эндокринных заболеваниях, заболеваниях органов кровообращения и дыхания, при иммунных состояниях.

Патогенез ХЭ.

Основные патогенетические факторы хронического энтерита следующие: воспаление и нарушение физиологической регенерации слизистой оболочки тонкой кишки, что способствует развитию ее атрофии.

Нарушение функционирования иммунной системы тонкого кишечника, недостаточная продукция лимфоцитами интерферона, интерлейкина, дефицит IqA способствует проникновению в организм микробных антигенов и развитию аутоиммунных механизмов, поддержанию воспалительно-дистрофических процессов в слизистой оболочке тонкой кишки.

Дисбактериоз кишечника. Он возникает в результате нарушения функций иммунной системы ЖКТ, а также в результате нерационального лечения антибиотиками. Под влиянием дисбактериоза усугубляется нарушение пищеварения и всасывания в тонкой кишке, в просвет кишечника поступают вода, электролиты (диарея).

Нарушение функции гастроинтестинальной эндокринной системы. В тонкой кишке (12-перстной кишке преимущественно) вырабатывается ряд гормонов, оказывающих влияние на ее функции.

- Гастрин вырабатывается клетками антральной области желудка, поджелудочной железы. Оказывает стимулирующее влияние на моторику 12-перстной кишки.
- Мотилин вырабатывается клетками верхнего отдела тонкой кишки, усиливает моторику тонкой кишки.
- Соматостатин вырабатывается в поджелудочной железе, угнетает моторную функцию.
- Энтероглюкагон оказывает трофическое влияние, способствует быстрому восстановлению слизистой оболочки.

Нарушение кишечного полостного и пристеночного пищеварения. Воспалительно-дистрофические и атрофические изменения слизистой оболочки ведут к дефициту пищеварительных ферментов — лактазы, мальтазы, щелочной фосфатазы. Полостное пищеварение резко снижается. Страдает и пристеночное пищеварение, которое является важным заключительным этапом гидролиза пищевых веществ. Нарушается в связи с этим всасывательная функция кишечника.

Ферментопатии. При длительном течении ХЭ всегда имеются ферментопатии. Угнетается образование лактазы, мальтазы, сахарозы.

Изменение моторной функции кишечника. Нарушение моторики происходит по типу гипер- и гипомоторной дискинезии. При возрастании моторики уменьшается контакт химуса со слизистой оболочкой кишечника и наблюдается ослабление пищеварительного процесса. При уменьшении моторики кишечника нарушается продвижение химуса, развивается его стаз, что сопровождается дисбактериозом и другими нарушениями. В конечном итоге патогенетические факторы приводят к развитию синдромов мальдигестии и мальабсорбции, к нарушениям жирового, углеводного, мине-

рального, витаминного обмена.

Синдром мальдигестии — это расстройство, сформировавшееся на фоне нарушения секреции желудочного, кишечного или панкреатического сока и вызывающее ухудшение процессов усвоения питательных веществ в желудочно-кишечном тракте.

Мальабсорбция — потеря одного или многих питательных веществ, поступающих в пищеварительный тракт, обусловленная недостаточностью их всасывания в тонкой кишке.

Классификация

1. По этиологии: инфекционные; паразитарные; токсические; медикаментозные; алиментарные; радиационные; вторичные (при других заболеваниях).
2. По преимущественной локализации: хронический еюнит (верхний отдел тонкой кишки); хронический илеит (нижний отдел тонкой кишки); хронический тотальный энтерит.
3. По характеру морфологических изменений тощей кишки: еюнит без атрофии; еюнит с атрофией.
4. По течению: легкое течение; средней тяжести; тяжелое.
5. По фазе заболевания: фаза обострения; фаза ремиссии.
6. По характеру функциональных нарушений тонкого кишечника: синдром недостаточности пищеварения (мальдигестия); синдром недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбция).

Клиническая картина.

Все клинические проявления ХЭ подразделяются на местные и общие синдромы.

Местный энтеральный синдром:

Расстройства стула. Характерной для ХЭ является диарея с частотой стула от 4—6 до 20 раз в сутки. Иногда пациенты отмечают бурный позыв к акту дефекации сразу после еды, при этом испражнения обильные, водянистые. Дефекация может сопровождаться общей слабостью, дрожанием рук, тахикардией, снижением АД.

Количество кала при ХЭ увеличено (полифекалия), кал жидкий или кашицеобразный, светло-желтого цвета, содержит кусочки непереваренной пищи, мышечных волокон (креаторея). При большом содержании жира (стеаторея) кал становится серым, глинистым, блестящим, мазевидным. Преобладание гнилостных процессов обуславливает зловонный запах. При бродильных процессах в кишечнике каловые массы пенистые, с пузырьками воздуха и вкраплениями слизи, имеют кислую реакцию.

Метеоризм. Метеоризм наиболее выражен во второй половине дня, сопровождаются умеренными болями в животе разлитого характера, которые усиливаются после еды и уменьшаются после отхождения газов и дефекации. Живот увеличен в объеме, при перкуссии — тимпанит. Метеоризм часто сопровождается болями в сердце, сердцебиением. Усиливается метеоризм после употребления сладкого, молока и молочных блюд.

Боли в животе. Боли локализуются вокруг пупка, в правой подвздошной области, нередко распространяются по всему животу.

При объективном обследовании можно выявить следующие симптомы: обложенность языка серовато-бледным налетом; вздутие живота или западение в различ-

ных отделах (при диарее); громкое урчание при пальпации слепой кишки; урчание при пальпации терминального отрезка подвздошной кишки; спастическое сокращение терминального отдела подвздошной кишки.

Общий энтеральный синдром

Общая слабость, недомогание, снижение работоспособности, раздражительность, плохой аппетит, ухудшение памяти, головокружения. У многих пациентов развивается функциональный демпинг — синдром после приема углеводистой пищи (вследствие быстрого пассажа пищи по кишечнику) — потливость, дрожание рук, сердцебиение. Кожа сухая, шелушащаяся, бледная или сероватого цвета, тугор снижен, на лице пигментные пятна, тусклые, ломкие ногти, легко выпадающие волосы. Язык с отпечатками зубов по краям, иногда малиново-красного цвета, потрескавшийся, со сглаженными сосочками. В связи с нарушением мальдигестии и мальабсорбции нарушаются все виды обмена веществ.

- Нарушение белкового обмена: прогрессирующее снижение массы тела, атрофия и снижение силы мышц, гипопроteinемия.
- Нарушение жирового обмена: исчезновение подкожной жировой клетчатки, стеаторея, снижение холестерина в сыворотке крови.
- Нарушение углеводного обмена: бродильная кишечная диспепсия (вздутие живота, урчание, диарея), непереносимость молока (недостаточность лактазы), гипогликемия.
- Нарушение минерального обмена: гипокальциемия, повышенная нервно-мышечная возбудимость (судороги рук и ног, боли в мышцах, остеопороз).
- Нарушение обмена витаминов: витамина С (кровоточивость, носовые кровотечения, геморрагические сыпи), витамина В12 (анемия В12-дефицитная, атрофический гастрит, поражение нервной системы), витамина РР — никотиновой кислоты (пигментация открытых частей кожи, дерматиты, диарея, деменция), витамина А (сухость кожи, снижение зрения), витамина Вj (слабость и покалывания в ногах, снижение сухожильных рефлексов), витамина В2 (стоматит, хейлит — воспаление красной каймы губ), витамина D (нарушение всасывания кальция).
- Нарушение функции эндокринных желез: гипоталамо - гипофизарная недостаточность, гиподисфункция щитовидной железы, коры надпочечников, половых желез.

При длительном течении ХЭ наступают поражения других органов системы и пищеварения: хронический гастрит, реактивный гепатит, хронический панкреатит. Легкие формы ХЭ характеризуются латентным монотонным течением. Среднетяжелым и тяжелым формам присуще рецидивирующее и непрерывно рецидивирующее течение.

Лабораторные и инструментальные исследования

ОАК: железодефицитная, В12-дефицитная анемия.

ОАМ: без специфических изменений при тяжелом течении ХЭ возможна протеинурия, микрогематурия.

БАК: гипопроteinемия, диспротеинемия, гипогликемия, гиперхолестеринемия, снижение уровня железа.

Копроцитограмма: полифекалия, цвет кала соломенно-желтый или зеленовато-желтый, кусочки непереваренной пищи, слизь, стеаторея, креаторея, алмилорея, пузырьки воздуха, пенистый кал, увеличение выделения щелочной фосфатазы.

Бактериологическое исследование кала — дисбактериоз.

Пробы на исследование всасывательной, выделительной пищеварительной (актив-

ность энтерокиназы и щелочной фосфатазы в кишечном соке), двигательной функции тонкого кишечника проводятся в специализированных гастроэнтерологических отделениях.

Дифференциальный диагноз.

Хронический энтерит необходимо отличать от хронического неязвенного колита, хронического панкреатита, болезни Крона, туберкулеза кишечника, ферментных энтеропатий. Наиболее часто приходится дифференцировать ХЭ от глютенной энтеропатии.

Глютенная энтеропатия — заболевание кишечника, обусловленное непереносимостью одного из компонентов белка клейковины злаков — глютена, вследствие врожденного дефицита расщепляющего его фермента. Характерные симптомы появляются с младенческого возраста, когда в рацион включаются продукты, изготовленные из круп пшеницы, ржи, ячменя (манная, овсяная каши). Симптомы в юности уменьшаются, в 30—40 лет вновь усиливаются. Симптомы: диарея, метеоризм с отхождением зловонных газов, похудание, задержка роста и физического развития у детей, нарушение всех видов обмена веществ, анемия. Отличить энтеропатию можно путем тщательного собранного анамнеза (развитие в детстве), специальных проб и исследования биоптата. Рассматривается на педиатрии.

Лечение

Лечебный режим. В период выраженного обострения или при тяжелом течении болезни с потерей массы тела более 10 кг, с дистрофическими изменениями кожи, ног-тей и т. д. пациенты госпитализируются в гастроэнтерологическое отделение, где необходимо соблюдение постельного режима. При нетяжелом течении пациенты лечатся амбулаторно. Запрещается работа, требующая больших физических усилий и психоэмоционального напряжения.

Лечебное питание. Цель лечебного питания — механическое, химическое и термическое питание кишечника.

При резком обострении заболевания рекомендуется 12 «голодных» дней с введением внутрь 1,5-2 л жидкости в виде горячего некрепкого чая с лимоном, разведенного водой, сока черной смородины, отвара шиповника. Вместо «голодных» дней с учетом переносимости можно использовать разгрузочные дни: ацидофильный (1,5 л ацидофильного молока в сутки), кефирный (1,5 л кефира), яблочный (1,5 кг яблок, очищенных от кожуры, пропущенных через мясорубку), морковный (1,5 кг моркови).

После «голодных» дней назначается щадящая диета. Соусы, пряности, закуски, алкоголь запрещаются. Режим питания дробный — 5-6 раз в день. В лечебном питании пациента с ХЭ широко используются питательные смеси, рекомендованные для детского питания («Малыш» и др.).

Восстановление эубиоза кишечника. Проводится антибактериальная терапия с учетом этиологической роли инфекционных возбудителей. Для борьбы с инфекцией назначают антибактериальные препараты с учетом выделенной из кишечника микрофлоры и чувствительности ее к антибактериальным препаратам. Применяют обычно средние терапевтические дозы, курс лечения одним препаратом 5-10 дней.

При стафилококковом дисбактериозе эффективны эритромицин по 0,25 г 3—4 раза в сутки (7—14 дней) или олеандомицин в той же дозировке. Тетрацилин, ампицилин, ка-

намицин назначаются в таблетках по 0,2 г 4-5 раз в день.

При выявлении иерсиниоза: левомицетин по 0,5 г 3 раза в день, бисептол. При протейном дисбактериозе: интестопан по 1 таблетке 3 раза в день, энтеросептол, мексаформ.

Эффективны препараты нитрофуранового ряда: фуразолидон, фуразолин, фурагин, фуракрилин в таблетках по 0,15 г 4 раза в день (7-10 дней). При синегнойной инфекции: полимиксин М сульфат в таблетках по 500 000 ЕД 6 раз в день в течение 10 дней, карбеницилин по 1—2 г 4 раза в день в/м.

При выявлении лямблиоза назначают метронидазол по 0,25 г 3—4 раза в день.

При анаэробной флоре: линкомицин в капсулах по 0,5 г 4 раза в день внутрь, канамицин по 0,3—0,45 г внутрь 4 раза в день.

При обнаружении патогенных грибов (кандидоз): нистатин или леворин по 500 000 ЕД 3—4 раза в день.

При невозможности определить возбудитель, но при наличии клинических признаков обострения ХЭ применяются препараты широкого спектра действия: нитрофурановые, оксихинолиновые соединения, 1% раствора хлорофиллипта по 30 капель 3 раза в день, интетрикс (комбинированный антибактериальный препарат широкого спектра действия) по 2 капсулы 3 раза в день в течение 3—5 дней.

После подавления в кишечнике патогенных микроорганизмов и при наличии дисбактериоза производится восстановление нормальной кишечной флоры, с этой целью применяются препараты: концентрированный лиофилизированный колибактерин, бифидумбактерин, бификол, лактобактерии, бактисубтил и др.

Применение вяжущих, адсорбирующих и обволакивающих лекарственных препаратов и растений. Всем пациентам с ХЭ при обострении диареи следует обязательно назначить вяжущие, обволакивающие и адсорбирующие средства.

Адсорбирующие: энтеродез по 5 г 1—2 раза в течение 2-7 дней (перед употреблением энтеродез растворяется в 100 мл воды); уголь активированный (карболен) — адсорбирует газы, назначается при метеоризме по 2-3 таблетки 3—4 раза в день; полифепан в виде гранул.

Фитотерапия. Средства, обладающие бактерицидным и бактериостатическим действием: черника, шиповник, малина, земляника, клюквенный и гранатовый сок.

Улучшение процессов пищеварения и всасывания в кишечнике. При секреторной недостаточности желудка назначают ацидин-пепсин или бетацид по 1-2 таблетки на 1/2 стакана воды во время еды. При внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы: панкреатин, дигестал, мезим-форте, сомиллаза, панзинорм, фестал, энзистал и др.

Коррекция нарушений белкового обмена: увеличение количества белка в диете до 120—130 г; применение анаболических стероидных гормонов (ретаболил); энтеральное белковое питание (зондовое) — казеин, аминазол, внутривенное капельное введение смесей чистых аминокислот (полиамин, альвезин, аминокровин, инфузамин, гидролизат казеина); коррекция нарушений углеводного обмена: внутривенно капельно вводится до 1 л 5% раствора глюкозы.

Коррекция нарушений жирового обмена: эссенциале внутривенно по 5 мл.

Коррекция электролитных нарушений. Назначаются препараты кальция, калия, железа и др.

Коррекция дефицита витаминов — назначаются витамины В1 В6, С, РР.

Физиотерапия. Лечебная физкультура. Назначаются на ночь полуспиртовые согревающие компрессы на околопупочную область, аппликации парафина, озокерита, ДМВ-терапия, индуктотермия, электрическое поле УВЧ. В период ремиссии пока-

зано грязелечение.

Санаторно-курортное лечение. На санаторно-курортное лечение направляются пациенты с ХЭ легкой и средней степени тяжести в фазе ремиссии. Рекомендуются курорты: Белокуриха, Ессентуки, Боржоми, Железноводск.

Хронический неязвенный колит

Хронический неязвенный колит — хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся развитием воспалительно-дистрофических, а при длительном существовании — атрофических изменений слизистой оболочки, а также нарушении функции толстого кишечника.

В патологический процесс вовлекается или вся толстая кишка (тотальный колит), или преимущественно различные ее отделы (правосторонний или левосторонний колит, прокто-сигмоидит, трансверзит). Нередко хронический колит сочетается с хроническим энтеритом.

Около 70% всех колитов приходится на неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстого кишечника (гранулематозный колит).

Если не удастся доказать указанные колиты, выставляется диагноз — хронический неязвенный колит.

Этиология.

Это перенесенные в прошлом острые заболевания кишечника (дизентерия, сальмонеллез), паразитарные и глистные инвазии. Дисбактериоз кишечника, алиментарный фактор (однообразное, преимущественно углеводистое или белковое питание, злоупотребление алкоголем и др.), экзогенные отравления (и эндогенные), радиационное воздействие, лекарства, аллергия, заболевания других органов.

Клиническая картина.

Болевой синдром (боли в нижней части живота, в области флангов, вокруг пупка). Боли уменьшаются после отхождения газов, дефекации, применения тепла на область живота, после применения спазмолитиков. Усиливаются боли после приема грубой растительной клетчатки (капуста, огурцы, яблоки и т. д.), молока, алкоголя, газированных напитков.

Нарушения стула. Неоформленный жидкий или кашицеобразный стул с примесью слизи. Позывы на дефекацию после приема пищи. Неполное опорожнение кишечника. Тенезмы — при локализации колита в области прямой кишки. Частота стула разная. Периоды диареи сменяются запорами.

Тенезмы — ложные позывы к опорожнению кишечника, которые сопровождаются крайне неприятными ощущениями.

Диспептический синдром - снижение аппетита, тошнота, металлический вкус во рту.

Астено-невротический синдром - слабость, быстрая утомляемость, головная боль, плохой сон, раздражительность.

Объективно. При обострении — субфебрильная температура тела. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот болезнен при пальпации, пальпируются уплот-

нения кишечника, зоны кожной гиперестезии (в подвздошных и поясничных областях, шум плеска при пальпации). При тяжелом течении колита присоединяются симптомы энтерита.

Диагностика.

- ОАК, БАК — без изменений.
- Копрологический анализ — увеличение количества кала, кашицеобразной или жидкой консистенции, переваренная клетчатка, иодофильная флора. Возможен «овечий кал», гнилостный запах. Непереваренные мышечные волокна и клетчатка, много эпителия.
- Исследования бактериальной флоры — дисбактериоз.
- Эндоскопическое исследование (RRS, колоноскопия) — воспалительные изменения слизистой оболочки.
- Рентгенологическое исследование (ирригоскопия) — асимметричная гаустрация, гипо- или гипермоторная дискинезия, неравномерность заполнения барием толстого кишечника.

Лечение.

Этиологическое. При наличии инфекции, воспаления — антибактериальная терапия. При обострении применяют сульфаниламидные препараты — бисептол-480 по 2 таблетки 2-3 раза в день, фталазол по 0,5 г 4 раза в день; нитрофураны (фурагин, фуразолидон), противовоспалительные, викалин, викаир по 1-2 таблетки 3 раза в день до еды, а также салофальк, салозинал, месалазин.

Антибиотики назначают на 7-10 дней в зависимости от чувствительности флоры кишечника.

Лечебное питание. Зависит от фазы заболевания. При выраженной диарее назначается щадящая диета.

Нормализация моторной функции. При диарее — обволакивающие, вяжущие, адсорбенты (висмута нитрат, танальбин, полифепан, энтеродез), а также энтерол, церукал.

При спастических явлениях — но-шпа, галидор, папаверин, метацин, антагонисты кальциевых каналов. При атонии кишечника — прозерин 0,015 г внутрь 2-3 раза в день.

Физиотерапия. Лечебная физкультура. Дезинтоксикационная терапия.

Санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск и др.).

Профилактика. Вторичная профилактика — диспансеризация пациентов. Осмотр гастроэнтерологом — один раз в год. Эндоскопические исследования — при необходимости. Оздоровительные мероприятия.

При тяжелом течении колита осмотры гастроэнтерологом проводятся 2 раза в год. Онкологом — по показаниям.

Дифференциальная диагностика хронического энтерита и хронического колита

Признак	Хронический энтерит	Хронический колит
Частота стула	6-8 раз в сутки	10-15 раз в сутки
Частота запоров	У 20% больных	У 50%
Объем каловых масс	Полифекалия (больше 300 г/сутки)	Не увеличен

Стеаторея	Характерно	Отсутствует
Непереваренная пища в кале	Характерно	Отсутствует
Слизь в кале	Небольшое количество	Большое количество
Кровь в кале	Отсутствует	Часто
Локализация боли	Околопупочная область	Подвздошная область
Тенезмы	Отсутствуют	Характерны
Чувство неполного опорожнения кишечника	Не характерно	Характерно
Похудание	Характерно	Незначительное
Трофические нарушения	Характерно	Отсутствуют
Спазм, урчание, переливание	Характерно	Отсутствует
Анемия	Характерно	Отсутствует
Гипопротеинемия	Характерна	Отсутствует
Пальпаторная болезненность толстой кишки	Не характерна	Характерна
Копрограмма	Непереваренная клетчатка, крахмал, мышечные волокна, нейтральный жир	Слизь, лейкоциты, эритроциты, клетки кишечного эпителия
Колоноскопия	Нет изменений	Воспалительные изменения

Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное заболевание кишечника, сопровождающееся болями и дискомфортом в животе, проходящими после дефекации, и изменением частоты стула или консистенции стула.

Распространенность синдрома раздраженного кишечника колеблется до 30-48%, причем у женщин он встречается в 2—4 раза чаще, чем у мужчин, наиболее часто в возрасте от 30—40 лет.

Этиология и патогенез. Этиологические факторы: нервно-психические факторы и психоэмоциональные стрессовые ситуации; нарушение первичного режима питания; недостаточное содержание балластных веществ, растительной клетчатки в рационе (способствует развитию СРК с запорами); малоподвижный образ жизни, отсутствие надлежащего санитарно-гигиенического состояния туалета (способствует подавлению позывов на дефекацию и развитию запоров); гинекологические заболевания (вызывают рефлекторные нарушения — климакс, гипотиреоз, сахарный диабет и др.); перенесенные острые кишечные заболевания с последующим дисбактериозом.

В патогенезе СРК ведущую роль играют нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы в виде изменений нейрогуморальной регуляции функционального состояния кишечника.

Под влиянием этиологических факторов, прежде всего психоэмоциональных стрессов, происходит изменение порога чувствительности висцеральных рецепторов, определяющих восприятие боли, моторноэвакуаторную дисфункцию кишечника.

Большую роль в развитии СРК играют нарушение функции гастроинтестинальной эндокринной системы и дисбаланс в продукции гормонов, влияющих на моторную активность толстого кишечника (соматостатина, холецистокинина, нейротензина и др.). Уделяется также значение повышенной чувствительности рецепторов кишечника к гормональному воздействию.

К л а с с и ф и к а ц и я С Р К (в зависимости от ведущего синдрома): вариант, протекающий с преобладанием диареи; вариант, протекающий с преобладанием запора; вариант с преобладанием болей в животе и метеоризма.

Клиническая картина.

Наиболее характерны следующие симптомы.

Боли в животе наблюдаются у 50—96% пациентов, локализуются вокруг пупка или внизу живота, имеют различную интенсивность. Уменьшаются или исчезают после дефекации или отхождения газов.

Отличительным признаком является отсутствие болей и других симптомов ночью.

Нарушение стула отмечается у 55% пациентов. Выражаются нарушения в виде диареи или запоров. Диарея возникает сразу после приема пищи, иногда в первой половине дня. Характерно отсутствие полифекалии (менее 200 г, часто напоминает «овечий»). Кал часто содержит слизь. Иногда у пациентов бывает ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации. Возможно чередование поносов и запоров: в утреннее время кал плотный или в виде комков со слизью, в течение дня — несколько раз полуоформленный стул.

М е т е о р и з м — характерный признак СРК. Усиливается метеоризм обычно к вечеру, нарастает перед дефекацией, уменьшается после нее. Он может быть локальным в области селезеночного изгиба, печеночного изгиба и в области слепой кишки.

С и н д р о м неязвенной диспепсии — чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, тошнота, отрыжка воздухом. Эти симптомы обусловлены нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта.

Н е в р о т и ч е с к и е п р о я в л е н и я — головные боли (по типу мигрени), ощущение комка при глотании, неудовлетворенность вдохом (чувство нехватки воздуха), учащенные болезненные мочеиспускания.

Спастически сокращенные участки толстого кишечника выявляются при пальпации, чаще в области сигмовидной кишки.

Болезненность живота при пальпации.

Может быть разлитая болезненность всего живота. Во время пальпации возможно неадекватное поведение пациентов, даже легкая пальпация вызывает боли, они вскрикивают, появляются слезы на глазах. Иногда определяется локальная болезненная пальпация в области нисходящих отделов кишечника.

Лабораторные и инструментальные исследования

ОАК и ОАМ — без особых изменений.

Копрологическое исследование — без существенных изменений, иногда обнаруживается большое количество слизи.

БАК — без отклонений от нормы.

Рентгенологическое исследование. Обнаруживаются признаки дискинезии, неравномерное заполнение и опорожнение, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки.

Ректороманоскопия и колоноскопия. Выявляется наличие слизи и склонность к спастическому сокращению кишечника.

Программа обследования пациентов:

ОАК, ОАМ; копрологический анализ, исследование кала на простейших и гельминтов; БАК; исследование кала на дисбактериоз; УЗИ органов брюшной полости и малого таза; ФЭГДС; колоноскопия с биопсией слизистой оболочки; ирригоскопия; электрокардиография; обязательная консультация колопроктолога. Консультации специалистов по показаниям: гинеколога, уролога, физиотерапевта, невропатолога.

Лечение

Необходимо устранить травмирующие психику факторы внешней среды, провести лечение пациента в санатории, профилактории, а при затяжных и повторных приступах дискинезии — стационарное лечение в течение 14—21 дня. Психотерапия.

При выраженной диарее: диета с ограничением жиров и углеводов и нормальным содержанием белка, с резким ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки, с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, а также стимуляторов желчеотделения, секреции желудка и поджелудочной железы. Соусы, пряности, закуски, алкоголь запрещаются.

При диарее назначаются цитомукопротектор смекту 1 пакет 3 раза в день после еды, буферный алюминий, содержащий антациды (маалокс, гастал, протаб и др.), по 1 дозе 3—4 раза в день через 1 час после еды.

Антидиарейные препараты, замедляющие перистальтику кишечника, — лоперамид (имодиум) 2—4 мг на прием 2-3 раза в день до прекращения поноса.

При преобладании метеоризма — адсорбирующие средства (энтеродез, карболен, полифепан, беласорб).

При наличии дисбактериоза назначаются антисептики широкого спектра действия в течение 5-7 дней (3 курса):

- интетрикс 2 капсулы. 3 раза в день;
- фуразолидон 0,1 г 3 раза в день;
- сульгин 0,5 г 4 раза в день;
- энтерол 1—2 капсулы или пакетик 2 раза в день.

При спастической дискинезии толстой кишки назначаются препараты со спазмолитическим и анальгезирующим действием: но-шпа или папаверин — 0,04 г или гиосцина бутилбромид (бускопан) — 10 мг 3—4 раза в день, мебеверин (дюспаталин) 200 мг 2 раза в сутки.

При преобладании запоров: нормализация режима питания, включение в рацион продуктов, стимулирующих опорожнение кишечника.

Рекомендуется диета № 3: физиологически полноценная диета с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов, поваренной соли и других минеральных веществ, с повышенным содержанием механических и химических стимуляторов моторной функции кишечника с исключением продуктов, усиливающих брожение и гниение.

Целесообразно включить в рацион пациента, страдающего запорами, пшеничные отруби, способствующие опорожнению кишечника, и достаточное количество жидкости.

Слабительные средства:

1. Средства, тормозящие абсорбцию и стимулирующие секрецию (бисакодил — 1-3 драже (0,005-0,015), однократно перед сном, фенолфталеин, препараты сенны), макрогол (форлакс) 10-20 г/сут.

2. Слабительные средства, содержащие антрагликозиды (корень ревеня, кора крушины, рамнил, кофранил, регулакс, кафиол), в брикетах 1,2 брикета перед сном, сеннаде (гласена) 1—3 таблетки на ночь.

3. Касторовое масло в капсулах — 15 капсул в течение получаса.

4. Солевые слабительные принимаются однократно, когда нужно быстрое опорожнение кишечника: натрия сульфат 25 г в 1/2 стакана воды и запивается 1 стаканом воды; магния сульфат — аналогично; соль карловарская — 2 чайные ложки разводятся в 0,5 л теплой воды, принимают по 1/2-1 стакану 2-3 раза в день.

5. Гуталакс — 10-12 капель перед сном.

6. Средства, способствующие увеличению объема содержимого кишечника: морская капуста — 1/2—1 чайная ложка на ночь; ламинарид 1—2 чайные ложки гранул 1—2 раза в день после еды.

7. Слабительные свечи: ферролакс; кальциолак; свечи с ревенем; свечи с лития карбонатом; свечи с глицерином.

При запорах, обусловленных подавлением позывов к дефекации, следует восстановить рефлекс к дефекации. Рекомендуется утром натощак выпивать стакан холодной воды или фруктового сока.