РЕФЕРАТ

НА ТЕМУ: Хронический колит

2009

Хронический колит (Colitis chronica)

Клиника. При хроническом колите больных наиболее часто беспокоят чувство давления, тяжести и распирания в животе, боль схваткообразного (колики) характера, которая нередко сопровождается или заканчивается позывами к дефекации. Во многих случаях боль, предшествующая опорожнению кишки, может достигать чрезвычайной интенсивности. При поражении поперечной ободочной кишки может наблюдаться сильная боль, возникающая тотчас после еды, обусловленная, по-видимому, давлением наполненного желудка. Иногда боль продолжается и спустя 1—2 ч после дефекации.

Понос более характерен для правостороннего колита (в процесс вовлечен и нижний отдел тонкой кишки). При левостороннем колите нередко в результате спазма дистального отдела сигмовидной или прямой кишки (проктосигмоидит) наблюдается запор. Весьма часто застой каловых масс в воспаленном отделе кишки вызывает повышение выделения экссудата слизистой оболочкой. В связи с этим у больных несколько раз в день выделяется небольшое количество кала со слизью, часто с кровью, что получило название ложного поноса.

Стул при хроническом колите обычно нечастый (3—5 раз в сутки) и у некоторых больных своеобразный: возникает каждый раз вскоре после еды («послеобеденный понос»), что часто встречается при выраженном трансверзите, или рано утром («понос-будильник»). Позывы на опорожнение могут появляться при быстром изменении положения тела, сотрясении, прыжках, действии холода, волнениях, особенно отрицательных эмоциях.

Испражнения обычно зловонные, так как часто преобладают гнилостные процессы; при бродильной диспепсии наблюдается обильное выделение каловых масс резко кислого запаха с большим количеством пузырьков углекислого газа. Часто в кале обнаруживается слизь, гной и кровь: при высоком колите (тифлите) перемешанные с каловыми массами, а при нисходящем (сигмоидите) располагающиеся на их поверхности. Большое количество неизмененной крови, а также профузные кишечные кровотечения характерны для неспецифического язвенного колита. При слизисто-перепончатой колике, условно относимой к колиту, характерно отделение с калом большого количества слизи часто в виде пленок и трубчатых слепков кишки. При гнойном и особенно дифтерийном колите в кале наряду с гноем и кровью могут быть обнаружены обрывки слизистой оболочки.

Физическими признаками колита являются обложенный сероватым или коричневым налетом язык, обычно с отчетливыми отпечатками зубов по краям, и неприятный запах изо рта.

Живот в одних случаях (чаще при поносе) втянут, в других (особенно при запоре) несколько вздут, причем вздутие нередко более выражено в подреберных и боковых областях.

При пальпации живота отмечается болезненность по ходу толстой кишки, при сегментарном колите — соответственно пораженному отрезку кишки. Отрезки толстой кишки, как правило, спазмированы (сигмовидная кишка может достигать толщины карандаша). Нередко спазмирование кишки возникает или усиливается при пальпации.

При наличии сопутствующего энтерита в слепой кишке часто отмечается плеск. Значительно реже при энтероколите плеск определяется и в дистальных отделах толстой кишки, в том числе и в сигмовидной. При запоре в ней могут прощупываться скопления кала («каловые камни»).

При развитии периколита, что чаще встречается в области слепой и сигмовидной кишок, подвижность последних нарушается, попытка их смещения при пальпации вызывает сильную боль, а сами отрезки часто уплотнены, иногда бугристы, что может вызвать подозрение на опухоль.

При язвенном колите (в основном нисходящей и сигмовидной кишок) отрезки при пальпации неравномерно уплотнены, резко болезненны,

В некоторых случаях наблюдаются изменения со стороны мочеполовой системы: развивается энтероренальный синдром, пиелит, пиелоцистит, снижается половое влечение, возникает импотенция, у женщин нарушается менструальный цикл. Иногда отмечаются патологические явления со стороны нервной системы (периодическое головокружение, головная боль, синдром ипохондрии).

При хроническом колите часто наблюдается прогрессирующее исхудание, слабость, быстрая утомляемость, снижение, иногда утрата трудоспособности. К общим явлениям следует отнести и развитие гиповитаминозов (сухость и шелушение кожи, появление трещин в углах рта, снижение зрения в вечернее время, в тяжелых случаях признаки геморрагического диатеза и т. д.).

В ряде случаев хронический колит может иметь стертое клиническое течение, когда присутствуют лишь некоторые из указанных выше признаков либо признаки имеют слабо выраженный характер. В связи с этим больные не обращают внимания на них и длительное время не обращаются за медицинской помощью.

Диагноз. Для диагностики колита большое значение имеют лабораторные и инструментальные методы исследования.

О хроническом колите свидетельствует наличие в кале слизи, гноя, крови, в том числе и скрытой (реакции Вебера, Грегерсена, Тевенона — Ролана и др.), лейкоцитов, эпителиальных клеток, эритроцитов, члеников паразитов и их яиц, простейших. Имеет значение также наличие в кале растворимого белка, свидетельствующего о воспалительной природе заболевания (проба Трибуле), органических кислот и аммиака, образующихся при усилении гнилостных процессов в кишках (проба Гуаффона); повышенное содержание энтерокиназы и щелочной фосфатазы, вырабатываемых тонкой кишкой. В норме они разрушаются в толстой кишке, в связи, с чем определяются в кале в незначительном количестве, а при колите вследствие изменения физико-химических процессов в толстой кишке их инактивация нарушается.

Рентгенологическое исследование, особенно ирригоскопия, в том числе в сочетании с последующим введением в кишку кислорода после ее опорожнения от бария сульфата (метод двойного контрастирования), дает возможность уточнить диагноз колита (рис. 31). Таким путем можно определить не только форму кишки, но и проследить за рельефом ее слизистой оболочки.

При сигмоидите, проктосигмоидите и неспецифическом язвенном колите большую диагностическую, ценность приобретает ректороманоскопия, дающая возможность осмотреть слизистую оболочку толстой кишки на расстоянии 25—30 см от анального отверстия. При этом выявляются гиперемия, отечность, тусклость слизистой оболочки, наслоения слизи, гноя, кровоизлияния, незначительная кровоточивость, эрозии, язвы.

Некоторое значение приобретает исследование процессов всасывания в дистальном отделе толстой кишки путем введения через длинный катетер в просвет толстой кишки через анальное отверстие. 20 мл 2—4 % раствора кадия йодида и определение, его выделения со слюной. В норме ректальное йодокалиевое время составляет 5—8 мин, а при нисходящем (дистальном) колите значительно затягивается.

Панколит (диффузный колит) в период обострения сопровождается неприятным вкусом во рту, снижением либо потерей аппетита, разлитой болью по ходу толстой кишки, периодически усиливающейся и приобретающей характер колики, а иногда сопровождающейся рефлекторными явлениями со стороны сердца: сердцебиением,реже — болевыми ощущениями.

Обычно в период обострения стул учащается до 3—5 раз в сутки. При более выраженном поражении дистальных отделов кишки возможны ложные болезненные позывы. Испражнения часто имеют вид «коровьих», перед дефекацией боль усиливается и нередко заканчивается императивным позывом к опорожнению. Иногда боль продолжается некоторое время (1—2 ч) после дефекации.

В одних случаях жидкий стул появляется вскоре после приема пищи, в других — позывы к дефекации и выделение жидких зловонных испражнений возникают спустя 6—7 ч после еды, когда основная масса остатков пищи поступает в толстую кишку, иногда это наблюдается рано утром («понос-будильник»).

Больные часто бледны, пониженного питания. Язык обложен грязно-серым налетом, по его краям видны отпечатки зубов, нередко отмечается неприятный запах изо рта.

При пальпации живота определяется болезненность по ходу толстой кишки, иногда более резко выраженная в каком-либо из ее отрезков, обычно спазмированных.

Рентгенологически — неравномерная гаустрация толстой кишки, местами стойкие спазмы, расширения со скопившимся в них контрастным веществом, часто перистальтика резко усилена, иногда из-за спазмов угнетена.

Сегментарный колит. При длительном существовании хронического колита, который, как правило, протекает годами и десятилетиями, максимальная выраженность воспалительного процеса часто наблюдается в отдельных участках толстой кишки (сегментарный колит-тифлит, трансверзит, сигмоидит, проктит, угловой колит лево- и правосторонний), причем нередко они могут сочетаться между собой (проктосигмоидит).

Тифлит, или тифлоколит, является одной из частных форм сегментарного колита, при котором воспалительный процесс в основном сосредоточен в слепой кишке. Боль обычно локализуется в правой паховой области, иррадиирует в надчревную и поясничную области, иногда под правую лопатку и в бедро. Часто обострение тифлита сопровождается повышением температуры тела, тошнотой и рвотой, что в подобных случаях нередко наводит на мысль об аппендиците. При тифлите обычно наблюдается жидкий стул (с перемешанной с калом слизью) несколько раз в сутки. Иногда при стазе в слепой кишке отмечается задержка стула.

При физическом обследовании — слепая кишка резко болезненная, часто несколько раздутая, урчащая. В иных случаях она неравномерно спазмирована. В связи с часто развивающимся перитифлитом попытка при пальпации отвести (сдвинуть кнутри) слепую кишку сопровождается значительным усилением боли (это же бывает и в случаях сопутствующего тифлиту мезаденита). При тифлите в патологический процесс особенно часто вовлекаются желчные пути и печень (хронический гепатит, холангит).

Хронический тифлит характеризуется длительным течением. При обострении запор сменяется поносом. Существенную помощь в распознавании тифлита оказывает рентгенологическое исследование.

Сигмоидит и проктосигмоидит чаще развиваются после перенесенного острого инфекционного колита, в первую очередь дизентерийного. Однако возможно постепенное их развитие, особенно при привычном запоре, злоупотреблении клизмами при геморрое, часто осложняющемся воспалительным процессом варикозно расширенных вен. Наконец, наблюдаются случаи сигмоидита аллергического происхождения,

В случаях острого сигмоидита или при выраженном обострении хронического наблюдаются головная боль, боль в суставах, часто слабость мышц, повышение температуры тела, диспепсические явления (потеря аппетита, тошнота), а главное — боль в левой паховой области, распространяющаяся в спину, в задний проход, в левую ногу. Стул, вначале оформленный, в дальнейшем приобретает характер ложного поноса и, теряя каловый характер, становится скудным, водянистым, с примесью слизи, гноя и крови; часто отмечаются тенезмы.

При физическом обследовании живота определяется спазмированная, резко болезненная сигмовидная кишка. При наличии перисигмоидита попытка ее сдвинуть резко усиливает боль, иногда удается прощупать воспалительную опухоль. В случаях язвенного сигмоидита кишка при пальпации неравномерно бугриста и болезненна.

Большое диагностическое значение имеет ректороманоскопия и ирригоскопия.

Трансверзит является более редкой формой сегментарного колита. Чаще развивается на почве стаза, обусловленного птозом поперечной ободочной кишки (который может быть проявлением общего колоптоза) либо наличием спаек в левом отделе толстой кишки, препятствующих ее опорожнению. Для трансверзита характерна боль в пупочной и лобковой областях с иррадиацией в спину и боковые области живота. Характерно возникновение боли вскоре после приема особенно обильной пищи с появлением вслед за тем императивных позывов к дефекации («послеобеденный понос»).

При пальпации отмечается выраженная болезненность по ходу поперечной ободочной кишки, часто спазмированной, уплотненной, а в период затишья процесса нередко раздутой, что иногда видно и при осмотре.

Существенно для уточнения диагноза рентгенологическое исследование (ирригоскопия).

Ангулит, или угловой сегментарный колит, локализуется либо в правом, либо в левом изгибе поперечной ободочной кишки.

Больные жалуются на постоянную (иногда преходящую) боль в боковых областях живота, которая может иррадиировать вверх — в печень, в правую лопатку либо в область сердца, в особенности при левостороннем угловом колите, на чувство тяжести, распираний. Нарушение стула, как при трансверзите. Пальпаторно не всегда получают отчетливые данные, поэтому большое значение приобретает рентгенологическое исследование.

Хронический колит, характеризующийся нарушением тонуса толстой кишки (спастический компонент), следует дифференцировать со спастической колопатией (синдромом, раздраженной толстой кишки), развивающейся на почве интероцептивных нарушений со стороны высших отделов нервной системы с вегетативной дисфункцией. Синдром раздраженной толстой кишки по своим проявлениям напоминает клинику хронического колита (боль в нижнебоковых отделах живота, нарушение опорожнения кишок, вздутие живота и пр.), однако дополнительные методы исследования, в частности колоноскопия, не выявляют органических изменений.

Трудоспособность. В связи с запросами трудовой экспертизы целесообразно условно выделить три степени тяжести хронического колита: легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой форме хронического колита (энтероколита) боль наблюдается обычно при обострении, стул неустойчив, в кале периодически обнаруживается слизь. Общее питание существенно не нарушается. Обострения нечасты. Больные трудоспособны при условии, что их обычная работа не препятствует регулярному приему пищи, не связана с резкими движениями, сотрясением тела. При обострении они нуждаются в лечении с освобождением от трудовой деятельности, при нерезко выраженных обострениях лечение возможно без отрыва от работы (если она не препятствует проводимому лечению и соблюдению режима лечебного питания).

При колите (энтероколите) средней тяжести болевой синдром выражен нерезко, стойкий, во время обострений может достигать значительной интенсивности. Стул, как правило, нарушен. Питание больных понижено, при пальпации живота отмечается выраженная болезненность по ходу толстой кишки. Трудоспособность больных ограничена. Они нуждаются в трудоустройстве; работа не должна быть связана со значительным физическим напряжением, сотрясением тела, охлаждением и воздействием токсических промышленных факторов, особенно действующих на пищевой канал (ртуть, свинец, фосфор и др.). Характер трудовой деятельности не должен препятствовать регулярному приему пищи. В связи с этим больному противопоказаны командировки, ночные и суточные дежурства и т. п. Ограничение трудовой деятельности больного часто обусловливает необходимость его перевода (особенно лиц физического труда) на инвалидность III группы.

При тяжелой форме колита (энтероколита) болевой синдром интенсивный и стойкий, стул жидкий, в кале слизь, нередко кровь и гной. Аппетит снижен, нередко отмечается депрессия. Как правило, резко снижено питание, часто имеют место поражения других звеньев системы пищеварения, а иногда и органов кровообращения. Работоспособность больных обычно длительно утрачена (инвалидность II и даже I группы).

Лечение комплексное — полупостельный режим (в первое время целесообразен даже в нетяжелых случаях), лечебное питание, лекарственная и физическая терапия, включая курортное лечение.

В период обострения хронического колита больные освобождаются от трудовой деятельности, первое время пребывают большую часть дня в постели, что позволяет уменьшить энергетические затраты организма и дает возможность первоначально назначить малокалорийную диету, тем самым временно несколько разгрузить кишки. В дальнейшем режим постепенно расширяется, и при выраженном улучшении больной может продолжать лечение, возобновив трудовую деятельность при условии, что она не связана с резкими физическими движениями, напряжением брюшного пресса, сотрясением тела, поднятием тяжести и не препятствует регулярному приему пищи.

Лечебное питание назначается с учетом функционального состояния кишок и выраженности воспалительного процесса. Особенно важное значение имеет дифференциация лечебного питания в зависимости от преобладания бродильных или гнилостных процессов в кишках. При хроническом колите без резкого усиления бродильных и гнилостных процессов назначают диету № 4.

В период обострения хронического колита или энтероколита разрешаются крепкий чай, черный кофе, протертый творог, кефир и простокваша. Слизистые супы из риса, овсяной, перловой и манной круп готовят на воде с добавлением нежирного мясного бульона. Мясо и рыба могут быть включены в меню в вареном и рубленом виде (паровые котлеты или мясные фрикадели и кнели). В качестве гарнира дают протертые каши: рисовую, овсяную, манную, тоже приготовленные на воде. Кроме того, разрешаются сухари из пшеничной муки или черствая булка, кисели и желе из черной смородины, черники и вишни.

При выраженных бродильных процессах введение углеводов ограничивается до 150—200 г в день; назначается диета № 4а. Из пищевого рациона исключаются сырые овощи, бобовые, неочищенные фрукты, изюм, чернослив; ограничиваются каши и сухари. Рекомендуется свежий творог, мясные паровые котлеты (без хлеба). Ограничение белков, как правило, существенно не отражается на интенсивности процессов гниения, поэтому лечебный режим с ограничением белков при хроническом колите (особенно при выраженных гнилостных процессах) в настоящее время почти не применяется.

При вяло текущем хроническом колите (вне обострения) допускается более расширенная диета с включением протертых овощей и зелени (кроме капусты, брюквы и редьки, содержащих грубую растительную клетчатку), небольшого количества молока (прибавляется в каши), вымоченной сельди, неострого томата. При поносе эффективны разгрузочные (контрастные) «яблочные» дни. Витамины дают в повышенном количестве в виде настоя шиповника, соков.

При хроническом энтероколите с неблагоприятным течением, явлениями белковой, витаминной и минеральной недостаточности больным может быть назначена особая «энтеритная» диета. Она содержит много белка (130—150 г), жира (до 100—ПО г) и ограниченное количество углеводов (до 400 г). Общая энергетическая ценность ее—14 654—16 747 кДж (3500— 4000 ккал). В диету включены мясо и рыба нежирных сортов в хорошо проваренном виде, сыр протертый, пресный творог, овощные и картофельное пюре, нежирные мясные бульоны, протертые каши (гречневая, рисовая и др.), хлеб белый несвежий, сливочное масло (100 г), кисели, отвар шиповника, протертые яблоки, чай, фруктовые соки и желе. Исключаются овощи и фрукты, содержащие грубую растительную клетчатку, цельное молоко, черный хлеб, соленые и холодные блюда и закуски, мороженое, газированные напитки.

При дискинетическом запоре (без явлений воспаления) впищевой рацион включают продукты, содержащие растительную клетчатку: диета № 5 (основной фон) с добавлением салатов, винегрета, чернослива, несвежего черного хлеба в виде слегка подсушенных ломтиков, сырых овощей и фруктов, особенно яблок (диета № 3).

Диету при хроническом колите и энтероколите нужно постепенно расширять с тем, чтобы не допускать ослабления организма, повысить выносливость кишок к различным пищевым веществам путем осторожной тренировки. Сначала в пищевой рацион включают фрукты и овощи протертом виде, затем в разваренном, тушеном и сыром. Та же постепенность должна соблюдаться в отношении хлебных изделий: сначала употребляют белые сухари, потом белый несвежий хлеб и наконец с большой осторожностью переходят к свежему белому и ржаному хлебу. Еще с большей осторожностью следует относиться к включению в меню цельного молока и особенно жирных и жареных блюд. Нужно учесть, что у некоторых людей наблюдается повышенная чувствительность к молоку и некоторым другим продуктам (яйцам, землянике и т. д.). Только путем постепенного привыкания к молочным блюдам удается преодолеть непереносимость молока.

При хроническом колите в первую очередь должна учитываться возможность его инфекционной этиологии, в частности дизентерийной. В последнем случае, а также при лямблиозе, балантидиазе, гельминтозе проводят соответственно медикаментозное лечение. При лямблиозе назначают внутрь аминохинол или производные нитрофурана (фуразолидон, фуразолин — по 0,1 г) и др.; при трихомонадном колите — фуразолидон (по 0,1 г), трихомонацид (по 0,1 г) и др. При гельминтозе необходима дегельминтизация.

Сульфаниламидные препараты назначают по следующей схеме: в первые дни по 1 г 6 раз в сутки, затем в течение двух дней 4 раза, в последующие дни по 3 раза в сутки, на курс 22—25 г. Назначают сульгин, фталазол и др. Эффективны энтеро-септол (1—2 табл. 3 раза в день после еды в течение 10—12 дней), интестопан {по 1—2 табл. 3—4 раза в день до еды в течение 10—14 дней). В особо упорных случаях и при левостороннем колите интестопан назначают в лечебных клизмах (4—8 табл. растворяют в 200 мл теплой воды) на ночь.

Целесообразно назначение антибиотиков: левомицетина, тетрациклина и других препаратов группы тетрациклина до 500 000—1000 000 ЕД в сутки. В последнее время применяют олететрин, полимиксин и др.

При антибиотикотерапии, особенно комбинированной (два и более антибиотика) и продолжительной, возможно развитие дисбактериоза. Поэтому в подобных случаях необходимо назначать внутрь нистатин (до 500 000—1000 000 ЕД в сутки). Иногда при хроническом колите эффективен колибактерин.

При наличии в патогенезе колита аллергического компонента следует назначать десенсибилизирующие средства: димедрол (0,05 г), дипразин (0,025 г), супрастин (0,025 г) по 3 раза в день, кальция хлорид, кальция лактат.

При упорном поносе целесообразно назначение обволакивающих (слизистых) и легких дубильных средств. Можно назначить настой травы зверобоя, листьев подорожника, цветков ромашки, корневища лапчатки, травы тысячелистника и др.

При запоре назначают фенолфталеин (пурген) по 0,1 г 2—3 раза в день, изафенин, экстракт крушины, препараты сенны (сенаде, глаксена), бисакодил, плоды аниса, фенхеля, жостера, периодически очистительные клизмы. Систематическое применение клизм, однако, нерационально ввиду возможности их раздражающего действия на слизистую оболочку прямой и сигмовидной кишок.

Необходимо назначать, средства, уменьшающие метеоризм, часто причиняющий значительное беспокойство больному. С этой целью назначают карболен (по 1 г), настой цветков ромашки (10—12 г на полстакана воды), укропную воду (по 1 столовой ложке внутрь), а также такие адсорбенты, как глина белая (мел), кальция карбонат осажденный и др.

При спастическом колите, а также сильной боли (спазм кишок) назначают инъекции 0,1 % раствора атропина сульфата, 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 0,1 % раствора метацина. Эти же препараты при менее выраженных спазмах можно назначать внутрь. В последнем случае, кроме того, целесообразно применять папаверина гидрохлорид (по 0,03—0,05 г), но-шпу (по 0,04 г), экстракт красавки (0,015— 0,02 г) в сочетании с анестезином (0,3 г), бензонафтолом (0,5 г) или амидопирином (0,25 г).

При дискинезии кишок, в частности при спазмах, эффективно назначение ганглиоблокирующих средств: кватерона (0,02 г), димеколина (0,025—0,05 г) и др.

При атонии кишок, что при хроническом колите встречается нечасто, следует назначать прозерин подкожно по 1 мл 0,05 % раствора, метокло-прамид (церукал) по 0,01 г, пиридо-стигмина бромид (калимин) по 0,06 г и др.

В связи с частым дефицитом витаминов больным хроническим колитом следует назначать тиамин, пиридоксин, никотиновую, аскорбиновую кислоту, а при сопутствующей анемии вследствие поражения печени — цианокобаламин.

При выраженной белковой недостаточности и в упорных случаях обязательно парентеральное белковое питание в виде повторных дробных переливаний крови, плазмы (по 100— 200 мл), белковых гидролизатов (до 500 мл).

Целесообразен курс промываний кишок (10—12) настоем цветков ромашки (5—10 %) после предварительной очистительной клизмы. В лечебных клизмах применяют антипирин (10 мл 10% раствора), адреналин (10 капель 0,1 % раствора на 10 мл воды), калия перманганат.

Физиотерапевтические процедуры назначают в зависимости от характера заболевания: при спастическом энтероколите — тепло, соллюкс, инфраруж, согревающие компрессы на живот на ночь; при атоническом — фарадизацию, гальванизацию, массаж; в обоих случаях — ионофорез, парафиновые аппликации, индуктотермию, диадинамические токи.

Курортное лечение показано только вне периода обострения (Ессентуки, Железноводск, Трускавец, Моршин, Миргород, Березовские минеральные воды, Ижевские минеральные воды, Старая Русса и др.).

Профилактика хронического колита: рациональное питание здоровых людей, борьба с алкоголизмом, инфекциями, обусловливающими возникновение колита, лечение острых кишечных заболеваний, а также привычного запора, лечение других заболеваний пищеварительного аппарата, которые могут привести к возникновению патологических процессов в толстой кишке (гастрит, язвенная болезнь, панкреатит, холецистит, холангиогепатит). Известное значение имеет дегельминтизация.

Использованная литература

1. Внутренние болезни / Под. ред. проф. Г.И. Бурчинского. ― 4-е изд., перераб. и доп. ― К.: Вища шк. Головное изд-во, 2000. ― 656 с.