ТЕМА: ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНТЕРИТ И КОЛИТ.

 Возник этот термин на рубеже прошлого столетия, когда к этой группе стали относить заболевания , не связанные с острым инфекционным процессом. Характеризовался этот синдром следующими симптомами: поносы, диспепсия, похудание. В последующем из этой группы заболеваний были вычленены такие заболевания как опухоли кишечника доброкачественные и злокачественные.

 Исторически так сложилось, что во врачебной среде этот термин задержался. Правильнее называть подобные состояния как хронический энтерит и хронический колит, давая определенную характеристику по этиологическому фактору.

 Нарушение всасывания в кишечника и пищеварения связаны с определенными изменениями, которые идут на определенном протяжении. При этом выделяют группы с нарушением переваривания, недостаточностью ферментов, нарушения всасывания, усиление перистальтики. И все это ведет к диарее. При этом важное значение в понимании синдрома нарушения пищеварения и всасывания в тонкой кишке придается количеству и качеству соков, которые выделяются в просвет кишки. При этом соки выделяются не только железами внешней секреции, но и клетками желудка, кишки. На протяжении всего кишечника происходит выделение соков и всасывание. Причины нарушения нарушения пищеварения в кишечнике:

1. Хронические бактериальные инфекции. Важно отметить, что эти инфекции возможно были детскими.
2. Дисбактериоз.
3. Химические факторы.
4. Радиоционные факторы.
5. Иммунные нарушения.

Классификация заболеваний кишечника.

1. Дискинезия тонкой кишки
2. Дискинезия толстой кишки
3. Интерстициальные ферментопатии - нарушения переваривания
4. Малдигестии: нетропическая спру, целиакия, непереносимость некоторых продуктов (белков, углеводов).
5. Нарушение всасывания - синдром мальабсорбции. Связан с определенной непереносимостью (глюкозы, фруктозы и т.д.). нарушение всасывания аминокислот, витаминов,
6. Дистрофические заболевания кишечника: болезнь Крона, язвенный колит, хронический энтерит, хронический колит, но с указанием этиологии (паразитарная, химическая, и т.д.).
7. Тропическая спру, туберкулез, сифилис кишечника,
8. Полипоз кишечника

КЛИНИКА.

1. При всех этих заболеваниях встречается диспепсия. Понятие диспепсии собирательное - отрыжка, тяжесть в животе, вздутие, боли в животе различной локализации ( как правило колющие боли, мигрирующие боли).
2. Синдром диареи.
3. Расстройства пищеварения, которые приводят к непереносимости к пищевым продуктам (развитие рвоты на прием определенного продукта), диарейный синдром на определенную пищу, аллергия (кожные проявления) после приема пищи.
4. Результатом таких состояний могут быть и невротические расстройства. У таких больных в клинике ведущим является невроз. И такие больные мигрируют между гастроэнтерологом, невропатологом и терапевтом, а помощи получают мало.
5. Так как все эти заболевания в своем патогенезе имеют нарушение резорбции, то это ведет к нарушению поступления в организм веществ: нарушение витаминного обмена, электролитного баланса, кахексии и т.п.

 Эти виды синдромов могут встречаться при всех видах заболеваний, которые были перечислены, или некоторые синдромы будут ведущими в клинической картине того или иного заболевания. Большую роль в пищеварении играет флора. Если проявлениям дисбактериоза придавали мало внимания, то сейчас подсчитано что дисбактериоз тонкой кишки встречается крайне редко, потому что флора в кишечнике постоянно обновляется, уничтожается за счет действия ферментов, проникает в клетки и затем слущивается. Как правило дисбактериоз носит транзиторный характер, который не определяет характер течения заболевания. А вот флора толстой кишки заселяясь однажды, сопровождает его всю оставшуюся жизнь. Если поменять эту флору, то получить повторное заселение флорой идентичной предыдущей практически не возможно.

 Большое значению придают замене флоры бродильной на гнилостную в дистальных отделах кишке. При развитии гнилостной флоры происходит отравление организма. Диагностика и лечение дисбактериоза крайне сложны.

 Надо отметить, что не только заболевания кишечника, но и другие заболевания пищеварительного тракта, могут давать нарушения по диспепсийному типу, поэтому когда вопрос касается дифференциальной диагностики, то нужно учитывать и эти заболевания.

**Хронический энтерит, еюнит**. Это обычно состояния после длительного инфекционного заболевания, в частности, сальмонеллез, вирусные инфекции, поэтому есть всегда связь с активным инфекционным процессом, который характеризовался повышением температурой, анорексией, интоксикацией, понижением веса, в последующем волнообразным течением подобных состояний. В этом случае необходимо сделать посевы, найти инфекционные агенты которые вызывают подобные состояния, с тем чтобы провести правильную санацию. Санацию проводят антибиотиками широкого спектра (пенициллин, тетрациклиновый ряд). Часто бактериальные энтерит сопровождаются и другими изменениями - амебиаз, хламидийная инфекция и др. В данном случае для санации применю энтерожил или его аналоги. Дозировки препаратов вариабельны - от 6-9 г в сутки. Метронидазол по 0.25 4 раза в сутки.

 **Аллергический энтерит** протекает на фоне выраженные аллергических расстройств по любому типу. Например, также как при бронхиальной астме существуют предастматические состояния, так и при энтерите существуют предэнтеритные состояния - непереносимость определенных пищевых продуктов, чаще всего это белковые продукты - яйца, шоколад. Кожные проявления и проявления со стороны слизистых - сыпи, вазомоторные риниты и др. Все это вместе на протяжении жизни может накапливаться и характеризоваться диарейным синдромом. Доказать аллергический энтерит можно только давая продукты, которые провоцируют данное состояние. Диагноз ставят на основании наблюдения за реакцией на различные пищевые продукты и исключением инфекционной природы.

 Радиоцио**нный энтерит** бывает 2 типов:

1. инкорпоральное попадание нуклеидов - чаще с питьевой водой, или с продуктами. Накопление радионуклеидов происходит в определенных тропных зонах, в частности попадая через кишечник они адсорбируются, повреждают клетку - изменяется регенерация эпителия, изменяется флора, что постепенно приводит к синдрому мальабсорбции - нарушение всасываемости белков, жиров, углеводов и т.д.
2. равномерное поражение нуклеидами. Клиническая картина энтерита более яркая - с кровотечением, со слущиванием эпителия по чулочному типу, рвота, интоксикация.

 Лечение радиоционного энтерита крайне трудно так как нуклеиды накапливаются в определенных зонах (цезий - в костях, медь, железо - в печени и т.д.). В лечении используется сорбция крови, плазмеферез, сорбенты (полифепан и др.) и лечение синдромов при заболевании (борьба с кровоточивостью, с витаминной и белковой недостаточностью и др.).

 Хронический колит. Разделяется по зонам поражения: транзверзит, сигмоидит, проктосигмоидит. Этиологические факторы в принципе те же. Диарейный синдром характеризуется некоторыми особенностями - появляется небольшое количество слизи, кал неоформленный. Появляются другие синдромы - при поражении толстой кишки - дополнительно можно видеть вирусную флору (пенистый стул, с резким запахом). Колитический синдром может характеризоваться появлением кала типа овечьего, различной консистенции с большим количество слизи, есть элементы крови (лейкоциты, эритроциты) и слущенный эпителий. Чем дистальнее колит , тем больше элементов крови в кале ( так как она не переваривается). Колитический синдром необходимо дифференцировать с большим количеством заболеваний толстой кишки:

1. болезнь Крона (встречается довольно редко). Имеют значение наследственный фактор и возможно вирусная инфекция. Проявляется болезнь Крона кишечной симптоматикой и внекишечной симптоматикой (анемия, общее недомогание, артриты, снижение веса, глазная симптоматики - атрофия зрительного нерва). У таких больных часто наблюдается кровотечение из кишечника. При болезни Крона слизистая выглядит как булыжная мостовая, что связано, с тем, что морфологически происходи атрофия клеток эпителия, изъязвления, и возникают борозды ( что хорошо видно при рентгенографическом исследовании, эндоскопическом исследовании). Диагностика болезни Крона на основе клинических проявлений и потверждения гранулематоза кишечника, пропитывания стенки кишечника форменными элементами крови (лейкоцитарно-нейтрофильная ассоциация), большие макрофаги. В лечении на первом плане стоит дезинтоксикация, борьба с кровотечением (желатиноль, витамин С, эпсилоаминокапроновая кислота и др.). При массивных кровотечения применяют плазму. Кроме того, применяют хирургические методы лечения, так как эти изменения могут приводить к осложнениям (изъязвление с прободением, непроходимость тонко- и толстокишечная, спаечная болезнь. В комплекс терапии включают сульфосалазин, препараты содержащие антибиотики. Заболевание начинается в среднем возрасте, прогноз малоблагоприятный. Заболевание может ввести к малигнизации (эпителиальные опухоли).
2. Язвенный колит также протекает со сходной симптоматикой с болезнью Крона(см следующую лекцию). Диагноз ставится на основании микроскопии, биопсии. Заболевание характеризуется появлением язвенного поражения толстой кишки, кровотечением.
3. Заболевания кишечника, носящие функциональный характер - например дисфункция толстой кишки. В первую очередь это атеросклеротическое поражение кишечника - атрофия слизстой, нарушение питание кишки. Неврастенический синдром, также проявляется болями, диспепсией, иногдами поносами ( “медвежья болезнь”).
4. Необходимо дифференцировать энтеральный синдром и колитический. Необходимо проводить копрологическое исследование.

Дифференциальная диагностика гипо- и гипермоторных нарушений толстой кишки.

 Клинически синдром проявляется болями в животе, иногда до рвоты, отказа пищи. При гипермоторных нарушениях при пальпации обнаруживают сокращения толстой кишки, кишка как бы перистальтирует под рукой. В данном случае хорошо пальпируется поперечноободочная кишка, сигмовидная, слепая кишка. При гипомоторных нарушения толстая кишка расширена. При рентгенологическом исследовании гипермоторные нарушения проявляются глубокой гаустрацией, сужением кишки,усилением перистальтики. При гипомоторных нарушения кишка растянута, гаустрация не выражена, кишка выглядит как труба. Эти функциональные расстройства имеют разную природу. При гипермоторной дискинезии наблюдается как правило неврастенический синдром. При гипомоторной дискинезии - чаще нарушение питания кишки. Осмотр кала: фрагментированный кал, шнурообразный - при гипермоторной дискинезии (часто ее раньше называли спастическим колитом - это неправильное название потому что колитического синдрома нет).

 Ректологическое исследование: при пальцевом исследовании прямой кишки - прямая кишка и в том, и другом случае пустая и расширенная, иногда болезненность. При колоноскопии: слизистая при гипермоторной дискинезии: видна перистальтика, спазмы, быстро меняется окраска при осмотре; при гипомоторной дискинезии: атрофические изменения слизистой - слизистая тусклая, с просовидными включениями (фолликулярные атрофические нарушения), возможна кровоточивость при контакте с ректороманоскопом. Раньше применяли исследование перистальтики (амплитуда перистальтики). Эти все изменения приходится дифференцировать с колитическим синдромом. При дискинезиях нет копрологических изменениях.

 **Болезнь Уипля ( Whipple disease, липодистрофия**,). Заболевание вообщем-то неизвестной этиологии, достаточно редкое. Имеет значение наследственная предрасположенность. Описано около 500 случаев за последние 100 лет. Характеризуется изменениями по диарейному типу, или по типу недостаточности всасывания или переваривания, при биопсии можно увидеть тучные макрофагы, лимфоциты, макроциты, которые содержат большое количество гистамина, серотонина. И эти клетки выделяют в окружающую среду БАВ, провоцируя воспалительный синдром. В последующем образуются некрозы, язвы и потом сужение кишки.

 **Долихоколон (долихосигма).** Встречается довольно широко и характеризуется аномальным развитием кишки. Встречается у 8% населения, у женщин чаще. Характеризуется развитием колита, который в начале протекает как гипомоторный колит, а затем приобретает воспалительный характер - после лекарственной терапии (назначение клизм, изменение микрофлоры, то есть провокация дисбактериоза). Заболевание протекает с высокой интоксикацией, часто развиваются аллергические проявления (шелушение, сыпь на коже). Может развиваться динамическая непроходимость - запоры на 1 - 1.5 недели. Назначение одного слабительного препарата в настоящее не практиуется - назначают препараты, нарушающие всасывание из просвета кишки увеличивая количество каловых масс, и преператы содержащие клетчатку, которая увеличивает количество каловых масс.

 **Туберкулез кишечника**. Диагноз ставится на основании колитического синдрома, или энтерального синдрома. Необходимо подтверждение бактериологическое. Кроме этого, заболевание потверждается биопсией. Протекает тяжело. Чаще у лиц среднего и пожилого возраста. Требует активного лечения в применением противотуберкулезных препаратов.

 Таким образом, диагноз хронический колит или энтерит следует ставить в случае исключения всех других, со специфической симптоматикой.

Дифференциальный диагноз:

1. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
2. различные изменения опухолевого генеза
3. заболевания имеющие в клинике диспептическую окраску, но не связанную с кишкой - например абдоминальный инфаркт миокарда, нижнедолевые пневмонии, и др.
4. Хроническая почечная недостаточность.

Опухоли кишечника.

Диагностика опухолей кишечника является одновременно трудной и необходимой. Часто опухоли дают синдром интоксикации, диарейный синдром, анемический то есть дают сходную симптоматику с другими заболеваниями. В настоящее время гистологические методы исследования в диагностике опухолей выходят на первое место. Опухоли тонкой кишки встречаются довольно редко, в основном доброкачественные (аденома, липома, шванома и др.). в 50% всех опухолей составляет рак тонкой кишки и саркомы. Этиология рака тонкой кишки до конца не изучена. Существуют факторы риска: заболевания кишечника другой локализации - поражение желудка, когда нагрузка на кишку гораздо больше (происходит механическая травма). Также к факторам риска относятся употребление пережаренной, сырой пищи, грубой пищи (вяленая рыба, мясо). Для рака тонкой кишки присущи несколько синдромов:

1. интоксикация
2. анемия
3. болевой синдром
4. в ряде случае опухоль сопровождается лихорадкой

 Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки встречаются еще реже. К ним относятся опухоли Фатерова соска. Клиническим проявлением такой опухоли является механическая желтуха, развитие интоксикации, образование камней, кахексия, анемия и т.д. Опухоль Фатерова соска часто проявляется впервые только желтухой, а все остальные симптомы проявляются намного позже. Увеличение билирубина неравномерно - отмечается повышение и снижение уровня билирубина, что связано с подвижностью опухоли, реканализацией опухоли, распадом. Диагностика: фиброгастроскопия с биопсией. Эту опухоль дифференцируют с раком головки поджелудочной железы, раком дистального отдела холедоха, раком печени и заболеваниями печени (гепатит, цирроз). В дифференциальной диагностике рака Фатерова соска и головки поджелудочной железы важным является то, что желтуха при опухоли поджелудочной железы идет по нарастающей (билирубин постоянно повышается) - что ведет к прокрашиванию кожи в шафрановый цвет. При опухоли Фатерова соска желтуха минимальна, часто ремитирующая. Необходимо также дифференцировать опухоль Фатерова соска с гемолитическими желтухами (однако гемолиз пароксизмален, ввиде приступа). Различают 4 стадии опухолевого роста при раке двенадцатиперстной кишки, как и при других опухолях. В диагнозе указывается локализация, поражение лимфатических узлов, гематогенные метастазы. Лечение - хирургическое (радикальная операция - панкреатодуоденальная резекция, паллиативная операция - холецистоэнтероанастомоз).

 Другие злокачественные опухоли представлены - карциноидами. Кроме того встречаются рак, саркомы. Кроме того нередко встречается лимфогранулематоз тонкой кишки, который часто приходится дифференцировать с раком.

 Первичный рак встречается до 2% случаев заболевания раком кишечника. Различают две основные формы рака: кольцевидный рак, с ранним стенозированием и инфильтративный рак, с инфильтрацией рака за пределы органа (обычно аденокарциномы). Начальный период заболевания растягивается на несколько лет. Опухоли дистального отдела характеризуются упорными болями в нижней части живота, что требует дифференциальной диагностики с опухолями малого таза. Иногда определяется шум плеска, особенно при непроходимости, редко встречаются чаши Клойбера. Изъязвление сопровождается кровотечением, и когда наступает кровотечение при поражении тонкой кишки, то надо дифференцировать опухоль с язвенным колитом, болезнью Крона, кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, вен пищевода. Наиболее типичным диагностическим моментом является факт поступления пациента с признаками анемизации и кровоточивости, с определением в кале скрытой крови. УЗИ не показательна в данном случае, фиброгастроскоп проходит в эту зону с трудом, поэтому есть еще один диагностический момент - лапароскопия. Саркомы встречаются еще реже, но чаще у лиц молодого возраста. Больные жалуются на дискомфорт, снижение аппетита, похудание, отставание в росте у детей. При этом прогрессирует анемия, нарастает СОЭ. Чем более молодой возраст, тем трудней поставить диагноз. Исследование проводится с контрастными веществами.

 Также встречает лимфогранулематоз тонкой кишки, как правило он редко бывает изолированным. Диагноз изолированного лимфогранулематоза тонкой кишки ставится на 3-4 стадиях, потому что в данном случае проявления лимфогранулематоза не классические. Диагноз ставится как находка, либо врачом, который хорошо знает это заболевание.

 Доброкачественные опухоли тонкой кишки обычно подвижны, легко смещаемы, при пальпации безболезненны, не дают интоксикации, анемизации, но могут в силу своих размером сдавливать сосуды - пульсирующая опухоль (иногда даже в данном случае предполагают аневризму аорты). Некроз доброкачественной опухоли - редкое явление - только при большом росте, когда опухоль достигает больших размеров наступает нарушение питание опухоли. Лечение таких опухолей хирургическое и симптоматическое - переливание эритроцитарной массы, витамины и т.д. Прогноз для жизни при доброкачественных опухолях - благоприятный, особенно при полипозном росте. Полипы на широкой ножке могут малигнизироваться.

 Опухоли толстой кишки. Эти опухоли, как правило злокачественные. Доброкачественные опухоли как правило полипы - по типу цветной капусты, нашлепки и др. Провокация опухолевого роста - это как правило вирусные поражения, в сочетании с бактериальными. Лечение полипоза проводится фиброколоноскопическим методом, лазеротерапией. Иногда при полипах может вознинкуть тяжелое состояние - резкий болевой синдром, непроходимость, анемизация.

 Злокачественные опухоли толстой кишки - это чаще рак и саркомы. Клинически они малоотличимы, поэтому более информативно инвазивные методы. Эти опухоли характеризуются быстрым прогрессирующим ростом. Считается что опухоли кишки чаще возникают в людей хорошо питающихся, особенно рафинированной пищей. До 16% случаев опухолей кишки встречается рак толстой кишки. Морфологически рак представляет цилиндроклеточную аденокарциному. Опухоль медленно растет, но быстро метастазирует. Правосторонняя опухоль постоянно дает интоксикацию, температурную реакцию. Отмечено, что левосторонние опухоли чаще обладает эндофитным ростом, метастазирование на более поздних стадиях. В том и другом случае заболевание сопровождается кишечной диспепсией - журчание, вздутие, болевой синдром , позднее присоединяются запоры. Запоры чередуются с поносами. Поносы связаны с непереносимостью пищевых продуктов, а также развития дисбактериоза на фоне опухолевого роста. Патологические примеси (кровь, слизь) встречаются чаще при левосторонних опухолях, опухолях прямой кишки. Различают 4 стадии опухолевого роста. Дополнительными методами исследования в данном случае является УЗИ, рентгенография с контрастным веществом.

 Диагностика также основывается на сборе жалоб пациента, исследования крови (прогрессирующая анемия, высокая СОЭ). Ректороманоскопия - при низком расположении опухоли. Окончательный диагноз ставится при биопсии.

 Легче диагностируются опухоли правой стороны толстой кишки, так как они дают больше клиники.

 Лечение не только хирургическое, но и применяется полихимиотерапия (циклофосфан, сабрезин). Препараты вводятся внутривенно, в ткани окружающие опухоль (лучше вводить расспылением). Можно вводить в свищи.

 Опухоли прямой кишки. Встречаются чаще после 40 лет. Чаще доброкачественные опухоли - фибромы, липомы, гемангиомы, лейомиом. Гемангиомы необходимо дифференцировать с геморроем. Растут опухоли в виде полипов. Опухоль является причиной развития нарушения кровоснабжения в этом регионе. Факторами ведущими в развитию опухоли являются: наличие колита в анамнезе, нарушение иннервации, кровоснабжения, наличие других заболеваний кишечника. Существуют теории вирсного происхождения полипа.

 Классификация полипозных опухолей толстой кишки:

1. гладкие с прорастанием в подслизистый слой
2. дольчатые полипы
3. ворсинчатые полипы

 Полип может иметь тонкую или толстую ножку. Чаще малигнизируются дольчатые, ворсинчатые п олипы с широким основанием. Малигнизация связана с вирусным поражением, и постоянным раздражающим механическим фактором. Полипы требуют наблюдения - исследование через 6 месяцев ректороманоскопия с биопсией. Иногда полипы сопровождаются резко выраженным болевым синдромом, особенно расположении близко к анусу, что связано с мощным кровоснабжением, иннервацией этой области. Полип может ущемляться, и некротизироваться. Выпадение полипа - редкое являние. Копрологические полипы дают много слизи, слущенный эпителий, редко кровь, в отличие от раковых опухолей. Лечение проводится лазеротерапией, или иссечением полипа через ректороманоскоп.

 Лечение нехирургическое: микроклизмы с чистотелом, ромашкой. Микроклизмы - это клизмы до 12 мл, ставятся медленно, почти капельно. Предполагается полное всасывание.

 Необходима дифференциальная диагностика с трещинами заднего прохода, которые также сопровождаются болевым синдромом, кровоточивостью, мучительными болями при дефекации. В лечении трещин также рекомендуется применять микроклизмы, с добавлением масел, глицерина.

**Рак прямой кишки**. Имеет довольно широкое распространение. Является ведущим злокачественным поражением кишки. Клиника: длительные запоры, хронический проктит, сигмоидит, незаживающие свищи. К предраковым заболеваниям относят анальные лейкоплакии, полипы. Рак ампуллярной области, чаще всего встречается в виде грибовидного разрастания, с изъязвлением. Надампуллярный рак может быть плоским, принимать кольцевидную форму. Быстро изъязвляется. Рост как правило экзофитный с инфильтрацией.

 Клиника: кровянистые выделения, кровь смешана с каловыми массами, чаще алая. В то время как при трещине анального отверстия кровь на кале, не смешана с ним. При значительном росте опухоли запоры сменяются поносами, недержанием кала, что связано с прорастанием опухолью сфинктера. Быстро нарастает интоксикация, больные быстро приходят к кахексии. Рак этой области метастазирует медленно, и он более доброкачественен чем рак толстой кишки. Важное место наряду с жалобами, анамнезом имеет пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия. Проводят бимануальное исследование, особенно при малых опухолях. Контрастное исследование: часто бывает показательно, но надо помнить, что у больных может быть недержание кала.

 Всем больным с подозрением на опухоль толстой кишки, прямой кишки обязательно необходимо исследование печени, потому что в печень как правило идут ранние метастазы.

 Наряду с хирургическим лечением проводят полихимиотерапию. Прогноз относительно благоприятный при ранней диагностике.