РЕФЕРАТ

НА ТЕМУ: Слизистая колика, или перепончатый колит. Энтерит.

2009

Слизистая колика, или перепончатый колит

(Colica mucosa, s. colitis membranacea)

Слизистая колика является особой, относительно редко встречающейся формой хронического функционального поражения толстой кишки аллергического происхождения. Некоторые авторы относят ее к аллергическим заболеваниям.

Заболевание характеризуется резкой схваткообразной болью в животе, появляющейся среди полного благополучия под влиянием эмоций или какой-либо непереносимой для больного пищи (идиосинкразия). Отмечается вздутие живота, часто громкое урчание и «переливание» («бульканье») при прекращении отхождения газов и задержке стула. Приступ длится от нескольких часов до суток и более. К. концу его появляется жидкий стул или обильное отхождение кала с наличием большого количества слизи беловатого цвета в виде пластинок или свертков, напоминающих слепок кишки, что часто тревожит больных, полагающих, что у них отторгнулась часть оболочки кишки. Приступы часто сопровождаются повышением температуры тела, иногда крапивницей и др. Закономерна эозинофилия. Эозинофильные гранулоциты и кристаллы Шарко — Лейдена могут быть обнаружены в слизи, выделяющейся с калом.

Привычный запор сопровождается общими нарушениями (головной болью, сердцебиением и др.) и способствует постепенному развитию хронического колита.

Атонический запор характеризуется длительным отсутствием стула. Кал выделяется с большим трудом в виде толстых колбасовидных сухих и крошащихся масс. Иногда, вследствие механического раздражения слизистой оболочки дистальных участков толстой кишки, наступает ее патологическая секреция, и на поверхности кала видна слизь, а в отдельных случаях — алая кровь травматического происхождения.

Спастический запор приводит также к длительной задержке стула. Кал выделяется в виде отдельных шариков («овечий кал»), реже — в виде тонкой ленты.

У больных нередко наблюдаются снижение общего тонуса, раздражительность, бессонница, головная боль, сердцебиение.

ЭНТЕРИТ (Enteritis)

Энтерит представляет собой воспалительный процесс, охватывающий слизистую оболочку тонкой кишки на большом протяжении (диффузный энтерит) или на отдельных участках (регионарный энтерит, чаще илеит). Различают острый и хронический энтерит. Практически острый энтерит, как правило, протекает совместно с острым колитом (острый энтероколит) или острым гастритом (острый гастроэнтероколит). Хронический энтерит вначале протекает изолированно, но в дальнейшем в процесс вовлекается также слизистая оболочка толстой кишки (хронический энтероколит).

Особая заслуга в изучении клиники энтерита, в частности хронического, принадлежит В.П. Образцову, который в конце прошлого столетия (1896) впервые четко описал его клинические признаки, выделил в самостоятельную нозологическую форму и неоднократно выдвигал положение о необходимости распознавания воспалительного процесса в тонкой кишке, проведя четкую дифференциацию энтерита и колита.

Острый энтерит (Enteritis acuta)

Этиология острого энтерита многообразна. Имеют значение различные инфекционные процессы: брюшной тиф, холера, грипп, вирусный гепатит и др. Особую роль играют пищевые токсикоинфекции. Острый энтерит может развиваться при воздействии на слизистую оболочку тонкой кишки ряда токсических и химических веществ (мышьяка, сулемы), имеют значение аллергический фактор, в частности идиосинкразия к некоторым пищевым продуктам (землянике, яйцам и др.) и лекарственным средствам (содержащим йод, бром, сульфаниламидным препаратам, антибиотикам), а также тяжелые травмы, особенно ожоги.

Πатоморфология. Наблюдается гиперемия и отек слизистой оболочки тонкой кишки, на поверхности которой в более тяжелых случаях видны кровоизлияния, иногда изъязвления. При фолликулярном энтерите наблюдается выраженное увеличение кишечных фолликулов, а при тяжелейшем энтерите воспалительный процесс, захватывающий все слои кишки, может привести к ее некрозу с последующей перфорацией, что встречается редко.

Клиника острого энтерита складывается из местных и общих симптомов. К первым относится главный признак — частый жидкий стул (диарея), перед которым обычно появляется урчание и «переливание» в пупочной области. Часто отмечается умеренная болезненность, чувство распираний или тяжести в той же области, реже — сильная боль. В большинстве случаев больных беспокоит тошнота, нередко (при остром гастрите) рвота, иногда отрыжка и упорная икота.

Испражнения вначале обильные, кашицеобразной консистенции, затем становятся жидкими, водянистыми и приобретают грязно-зеленоватый оттенок без заметной примеси слизи; последняя (иногда и кровь) появляется в случае присоединения колита.

Быстро нарастает общая слабость, разбитость, головокружение, в тяжелых случаях возможно коллаптоидное состояние, температура тела повышается до 38—39 °С, наблюдаются бледность кожи, сухость и обложенность языка. Пульс обычно учащенный, мягкий вследствие снижения артериального давления. Тоны сердца ослаблены.

Живот вначале несколько вздут, а затем довольно быстро втягивается, западает. При пальпации — болезненность в пупочной области, чувствительность терминального отрезка тонкой кишки; в области толстой кишки, особенно слепой, отмечаются урчание и плеск.

Часто наблюдаются умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, иногда незначительная протеинурия.

Течение непродолжительно (1—2, реже несколько дней). В более тяжелых случаях и при сопутствующем колите заболевание затягивается. Особенно тяжело протекает энтерит в детском и пожилом возрасте, когда возможен смертельный исход. В большинстве случаев острый энтерит в течение первой-второй недели оканчивается полным выздоровлением.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Распознавание острого энтерита основывается на данных анамнеза и физического обследования. Следует иметь в виду частое сочетание его с острым колитом и гастритом. В отдельных случаях необходим дифференциальный диагноз с холерой, паратифом, брюшным тифом, ботулизмом, аппендицитом, холециститом, панкреатитом.

Хронический энтерит

(Enteritis chronica)

Этиология и патогенез. Заболевание является следствием перенесенного острого, особенно повторного, энтерита. Однако нередко встречается и первично-хронический энтерит, причинами развития которого могут явиться повторные перегрузки кишок чрезмерно обильной раздражающей (холодной, острой) пищей, еда всухомятку, нерегулярное питание, хронические инфекции и интоксикации, в частности в результате употребления алкогольных напитков, особенно их суррогатов.

Большое значение в патогенезе хронического энтерита имеет нарушение секреции желудка и поджелудочной железы, что значительно изменяет пищеварительный процесс в тонкой кишке. В этом отношении имеют значение хирургические вмешательства на желудке. Немаловажную роль в развитии и, особенно в поддержании хронического энтерита играют лямблиоз, описторхоз, аскаридоз и др. Существует аутоинтоксикационный энтерит, развивающийся при тяжелых заболеваниях почек, хронической недостаточности кровообращения (венозный стаз), при ряде эндокринных заболеваний (тиреотоксикоз, сахарный диабет и др.)· Наконец, хронический энтерит часто возникает при гиповитаминозах.

Патоморфология. Отмечаются изменения, во многом сходные с изменениями при остром энтерите, но они более глубокие, постоянные и в большинстве случаев необратимые. При длительном течении хронического энтерита вследствие гипотонии кишок наблюдаются расширение и удлинение тонкой кишки, ворсинки слизистой оболочки сглаживаются и уплощаются, эпителий ворсинок дистрофически изменяется. Слизистая оболочка часто истончается и вследствие выраженной атрофии теряет свою обычную бархатистость; она отечна и инфильтрирована лимфоидными клетками, нейтрофильными и эозинофильными гранулоцитами. Значительные дегенеративные изменения обнаруживаются в интрамуральных нервных узлах, наблюдаются также явления лимфангоита и фиброза лимфатических узлов. В тяжелых случаях возможно образование язв. Нередко имеются изменения в печени по типу хронического гепатита.

Клиника характеризуется в первую очередь длительным и часто упорным поносом, а также вздутием живота. Больных беспокоит чувство распирания, тяжести, реже боль в пупочной области. Заболевание обычно развивается постепенно, с периодической сменой обострений и ремиссий.

При обострении стул учащен до 2—4 раз в сутки, кашицеобразный, чаще полужидкий или жидкий, без слизи, с отдельными комочками, в которых иногда определяются остатки малоизмененной пищи. Изредка больные отмечают коликообразную (схваткообразную) боль с последующим опорожнением кишок. Часто больных беспокоит урчание, «переливание», «бульканье» в животе, обильное отхождение газов.

В тяжелых случаях наблюдаются сухость и шелушение кожи, наличие трещин и изъязвлений в углах рта и прочие явления гиповитаминоза В. Нередко имеется бледность кожи и видимых слизистых оболочек, питание часто понижено.

Язык обычно обложен серым налетом, иногда по краям его видны отпечатки зубов при выраженном поносе язык сухой.

Живот больного чаще, особенно при длительном поносе, несколько втянут, реже вздут. При поверхностной пальпации отмечается небольшая болезненность, при глубокой — болезненность конечного отрезка тонкой кишки, в околопупочной области. Относительно редко наблюдается урчание в этом отделе тонкой кишки, но значительно чаще он спастически сокращен.

Слепая кишка при отсутствии сопутствующего колита не спазмирована, пальпаторно отмечается громкое урчание ее и плеск, описанные В.П. Образцовым как характерные признаки энтерита.

Течение хронического энтерита упорное. Чаще он протекает в виде энтероколита.

Значительно ухудшают состояние больного гипопротеинемия, анемия, гиповитаминоз, развивающиеся в результате нарушения пищеварительного процесса и всасывания в тонкой кишке. При этом нарушаются и другие виды обмена (солевой, липидный), а длительная потеря жидкости приводит к обезвоживанию организма. Могут возникнуть трофические нарушения (как проявление гиповитаминоза): сухость кожи, трещины, ломкость ногтей, выпадение волос, остеопороз и т. п.

Дисбактериоз нередко обусловливает при хроническом энтерите ряд общих аутоинтоксикационных проявлений: головную боль, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна, подавленность настроения и нарушения со стороны эндокринной системы (снижение полового влечения и потенции, нарушения менструального цикла и т. д.).

В запущенных случаях болезнь прогрессирует, ремиссии достигаются с трудом.

Течение заболевания характеризуется изменениями со стороны других органов пищеварительной системы: угнетением секреции желудка и поджелудочной железы, развитием холангиогепатита, жировой дистрофии печени, хронического гепатита, мезаденита и др.

Диагноз и дифференциальный диагноз хронического энтерита в начале развития затруднен в связи со слабой выраженностью ведущих признаков. Но комплекс жалоб, в первую очередь на жидкий стул, урчание и «переливание» в животе, чувство тяжести и распирания в пупочной области без выраженной боли, может свидетельствовать об энтерите. При физическом обследовании брюшной полости характерны урчание и плеск в слепой кишке, незначительная болезненность при пальпации в пупочной области.

Кал обильный, кашицеобразный или более жидкий микроскопически в нем отмечается наличие слизи, капель нейтрального жира, игл жирных кислот и мыла. Часто обнаруживаются мышечные волокна и крахмальные зерна как показатель недостаточного усвоения белков и углеводов пищи. В отдельных случаях в кале могут быть выявлены лямблии, балантидии, яйца глистов.

Диагностическое значение имеет определение концентрации ферментов тонкой кишки в соке, добываемом через зонд. При легких формах хронического энтерита концентрация ферментов (энтерокиназы и щелочной фосфатазы) повышена, при тяжелых — резко снижена. Важным и простым тестом является изучение всасывательной функции тонкой кишки путем определения времени появления йода в слюне после введения его в кишку через зонд в виде 10 % раствора калия йодида (20 мл). В норме это время составляет 2— 4 мин, а при хроническом энтерите — увеличивается. Еще более простым тестом является обнаружение снижения экскреции D-ксилозы после ее приема внутрь в количестве 5 г (за час мочой выделяется менее 1,4 г). Весьма важно увеличение содержания ДНК в секреторном химусе, добытом из тощей кишки (в норме 30—40 мкг/мл).

Диагностическое значение имеет нарушение мембранного пищеварения, выявляемое е помощью дифференцированных нагрузок (вначале дисахаридами, а затем входящими в их состав моносахаридами), путем десорбции амилазы и липазы с кусочков биопсированной слизистой оболочки тощей кишки, а также обнаружение снижения активности ряда пищеварительных ферментов: моноглицеридлипазы, глицил-1 лейцин-дипептидазы, β-галактозидазы (лактазы), β-фруктофуранозидазы (инвертазы), мальтазы.

Рентгенологически часто устанавливается повышенная перистальтика тонкой кишки, а при тяжелых формах отмечаются изменения рельефа слизистой оболочки в виде уширения складок, крупнопятнистого рельефа, неравномерной зубчатости по контурам, сглаженности, что гораздо раньше и более четко выявляется в условиях искусственной гипотонии в сочетании с заполнением через зонд отдельных участков кишки бария сульфатом (Ю. В. Линевский) (рис. 29); кроме того, удается выявить мелкие зернистонодулярные образования на рельефе слизистой оболочки (увеличенные одиночные лимфатические фолликулы). Наконец, диагноз могут подтвердить данные аспирационной биопсии тонкой кишки (рис. 30).

При дифференциации хронического энтерита с колитом имеет значение урчание и плеск в слепой кишке, незначительная болезненность при пальпации в пупочной области.

Для колита характерна коликообразная боль и выраженная болезненность при пальпации толстой кишки. Последняя часто спазмирована. Важен характер испражнений: при энтерите они без видимой примеси слизи и крови, в то время как при колите в кале отчетливо видны слизь, иногда кровь. Имеет значение рентгенологическое исследование и гистологическое изучение слизистой оболочки тонкой кишки, полученной с помощью аспирационной биопсии.

При дифференциации с панкреатитом обращают внимание на отсутствие боли в левой половине надчревной области с ее характерной иррадиацией, отсутствие болезненности при пальпации по ходу поджелудочной железы, результаты функционального исследования ее и т. д. Гастрогенный понос, обусловленный ахилией, длительное время компенсируется внешнесекреторной функцией поджелудочной железы. При проведении дифференциального диагноза следует иметь в виду последствия оперативных вмешательств.

Глютеновая энтеропатия (спруцелиакия) характеризуется выраженной клинической картиной: вздутием живота, отрыжкой, урчанием, болью в околопупочной области и др. В основе заболевания лежит недостаточность продукции специфической дипептидазы, расщепляюшей глютен (белок злаковых), в связи с чем продукты его неполного гидролиза оказывают токсическое воздействие на слизистую оболочку тонкой кишки.

Следует также помнить о возможности поноса при некоторых эндокринных заболеваниях (тиреотоксикозе, реже — аддисоновой болезни, сахарном диабете и пр.). Довольно трудна дифференциальная диагностика с туберкулезным поражением тонкой кишки, туберкулезным мезаденитом, а также со спру, сопровождаемым характерным для него пенистым поносом с большим содержанием жира при резком исхудании больного и анемии (триада — понос, кахексия, малокровие). Важно помнить и о группе функциональных заболеваний.

Лечение при выраженном хроническом энтерите, а также при его обострении рекомендуется проводить в стационаре. Необходимо соблюдение постельного режима, диеты с полноценным содержанием белков, витаминов и солей.

Пища должна быть механически и химически щадящей, принимать ее следует не менее пяти раз в день с равными интервалами. Содержание белка в дневном пищевом рационе должно быть 120—150 г, причем не менее половины — белка животного происхождения (отварное, рубленое, в тяжелых случаях — паровое и протертое мясо, рыба, яйца, творог). Количество жиров должно быть в пределах 100—120 г в виде сливочного и рафинированного растительного (оливкового) масла. Содержание углеводов вначале может быть ограничено до 300—350 г с исключением продуктов, богатых клетчаткой и крахмалом. При выраженных бродильных процессах углеводы должны быть на некоторое время еще больше ограничены. Необходимо достаточное количество соли (6 — 8 г в сутки). Пища должна быть в измельченном, протертом виде, обработанная продолжительной варкой или паром.

Целесообразна витаминотерапия (курс 3—4 недели): тиамина хлорид (1 мл 5 % раствора) подкожно; пиридоксина гидрохлорид (1 мл 2,5 % раствора) внутримышечно; при анемии — цианокобадамин (1 мл 0,003 % раствора) через день внутримышечно. Внутрь назначают рибофлавин (0,005 г 2—3 раза в день), никотиновую (0,02—0,03 г), аскорбиновую (0,1—0,3 г) и фолиевую кислоту (0,002 г) 3 раза в день.

При выраженной белковой недостаточности необходимо переливание крови, плазмы, белковых гидролизатов и кровезаменителей. Целесообразно внутривенное введение 40 % раствора глюкозы, при гипокальциемии— 10 % раствора кальция хлорида. При резком обезвоживаний вводят капельно внутривенно 5 % раствор глюкозы или изотонический раствор натрия хлорида (500 мл и более). При наклонности к остеопорозу назначают внутрь кальция хлорид (по 1 столовой ложке 10 % раствора 3 раза в день) или кальция глюконат (1 г 3 раза в день).

Для борьбы с инфекцией назначают сульфаниламидные препараты — сульгин, фталазол (4—6 г в сутки, в дальнейшем — 2—3 г в течение 6—7 дней).

Эффективны производные 8-окси-хинолина — энтеросептол (по 1 таблетке 3 раза в день после еды в течение 10—12 дней), интестопан, мексаформ и мексаза (по 1 таблетке 3— 4 раза в день в течение 2—3 недель). При стафилококковом дисбактериозе эффективно применение эритромицина, олеандомицина, производных нитрофурана (фуразолидона, фуразоли на по 0,1 г 4 раза в день); при протейном дисбактериозе — кислоты налидиксовой (неграма), производных нитрофурана; в случае выделения синегнойной палочки — полимиксина. При ассоциативных формах дисбактериоза с учетом чувствительности микроорганизмов показано назначение соответствующих антибиотиков.

Целесообразно также назначение внутрь вяжущих средств — висмута нитрата (0,5 г), танальбина (0,3 г), кальция карбоната (0,5 г) 3—5 раз в день.

При наличии анацидного гастрита назначают внутрь соляную (хлористоводородную) кислоту с пепсином, ацидин-пепсин, абомин или натуральный желудочный сок. Часто, в связи со снижением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, благоприятное действие оказывает назначение панкреатина (0,5—1 г 3— 4 раза в день), препаратов, содержащих панкреатические ферменты (фестал, дигестал, панкурмен) и кишечные ферменты (ораза, панзинорм форте, солизим).

В случаях сочетания с воспалительными заболеваниями желчных путей проводят соответствующее лечение. При заболевании средней тяжести и особенно тяжелом хроническом энтерите (но без язвообразования) эффективно назначение гликокортикоидов в сочетании с анаболическими стероидами. Рекомендуют также назначать метилурацил (по 1 г 3 раза в день) и калия оротат (по 0,5 г 3 раза в день).

При поносе и боли в животе, вызванных усилением двигательной функции кишок, благоприятно действуют атропин (1 мл 0,1 % раствора), платифиллин (внутрь по 0,005 г или парентерально по 1 мл 0,2 % раствора), папаверин (внутрь по 0,03 г или парентерально по 2 мл 2 % раствора), ношпа (по 0,04 г), экстракт красавки (по 0,015 г), галидор (по 0,1 г), метацин (по 0,002 г), тифен (по 0,03 г) и другие антиспастические средства.

Для борьбы с метеоризмом применяют карболен (по 0,5—1 г 3 — 4 раза в день) и некоторые ветрогонные средства растительного происхождения (корневище аира, траву золототысячника, корень валерианы, листья мяты перечной, цветки ромашки, плоды тмина, петрушки огородной, укропа и др.) в виде отваров или настоев.

Физиотерапевтические процедуры: согревающие компрессы на живот (на всю ночь), парафиновые и озокеритовые аппликации, диатермия и индуктотермия, УВЧ, электрофорез с новокаином и др. (с учетом индивидуальной переносимости).

Санаторно-курортное лечение показано вне обострения (Ессентуки, Железноводск, Трускавец, Миргород, местные санатории).

Профилактика хронического энтерита в основном сводится к устранению факторов, являющихся причиной его развития.

Большое значение приобретает борьба с различными инфекциями и интоксикациями, тщательное лечение при остром энтерите с соблюдением диетического режима. Очень важен надлежащий санитарный надзор за предприятиями общественного питания с целью предотвращения острых пищевых токсикоинфекций, одним из клинических компонентов которых является острый энтерит. Больные хроническим энтеритом должны находиться под диспансерным наблюдением.

Особое значение имеет санитарное просвещение.

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.