

Лекция № 5

Заболевания толстой и прямой кишки



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

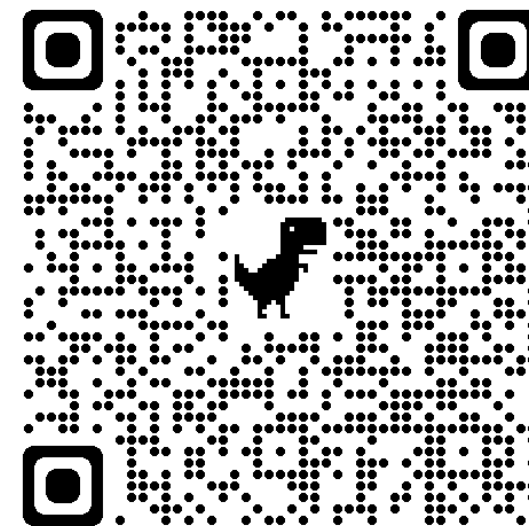
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)

ПОВТОРЕНИЕ МАТЕРИАЛА

Заболевания:

1. Эндокарда (ревмокардит, бактериальный);
2. Пороки сердца (аортальный и митральный стеноз, Недостаточность, поражение легочного и трикуспидального клапана);
3. Миокарда (миокардиты, миокардиодистрофии);
4. Перикарда (экссудативного, сухого, слипчивого перикардита);
5. ИБС. Стенокардия (стабильная и нестабильная, ФК).





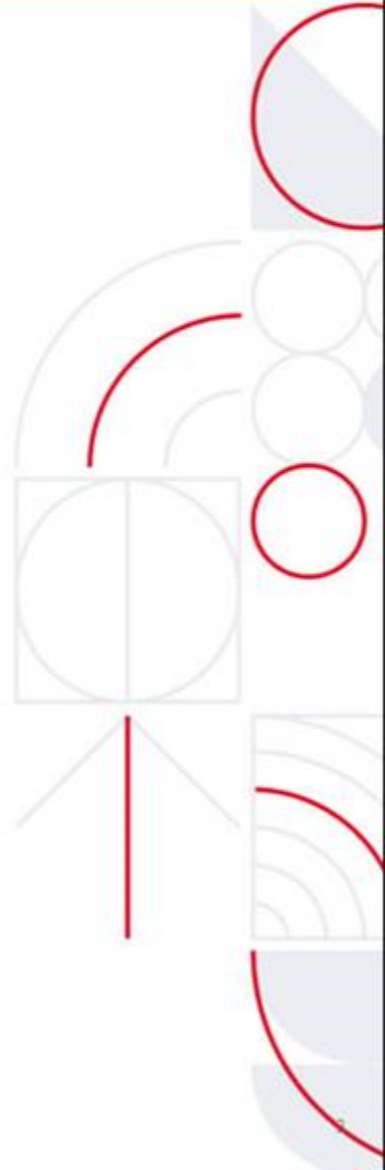
Тема 1.12. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения (2 лекции, 5 практик)

1. ГЭРБ. Функциональная диспепсия. Хронический гастрит.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. **ЛЕКЦИЯ.** Болезни кишечника (синдром раздраженного кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)
4. Хронический панкреатит.
5. Хронический холецистит. ЖКБ.
6. **ЛЕКЦИЯ.** Хронический гепатит. Цирроз печени.
7. ТКУ 2 – 5 баллов



План лекции

1. Введение.
2. Методы обследования в колопроктологии
3. Пороки развития толстой и прямой кишки
4. Дивертикулы, полипы
5. Неспецифический язвенный колит
6. Болезнь Крона





Введение



Колопроктология

Колопроктология раздел хирургии задачей которого изначально было изучение заболеваний только прямой кишки и окружающих её тканей. На современном этапе в компетенцию дисциплины входят и заболевания толстой кишки, так как ряд заболеваний одновременно поражает ободочную и прямую кишку. Колопроктология была выделена в отдельную специальность в 1997 году. Во всех крупных городах колопроктологическая служба представлена проктологическими амбулаторными кабинетами, замыкающимися на специализированные проктологические отделения в составе многопрофильных больниц задачей которых является преимущественно оказание плановой помощи больным, в экстренных ситуациях помощь проктологическим больным оказывают хирурги общего профиля.



Александр Михайлович
Аминев



Колопроктология

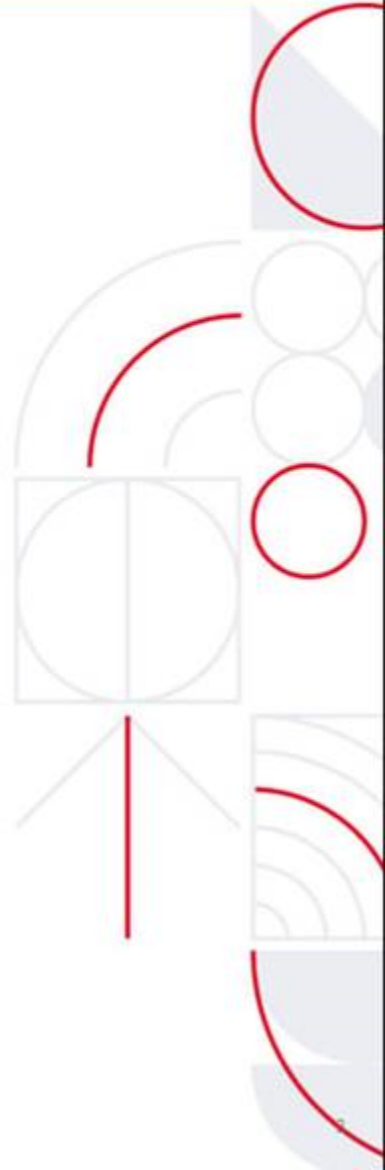
Вопросами клиники и лечения заболеваний ободочной и прямой кишки занимались многие известные российские и советские врачи. Особое значение для организации колопроктологии в СССР имело создание специализированных отделений в Москве под руководством Рыжих, сегодня это Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени Александр Наумович Рыжих, и в г. Куйбышеве (сейчас Самара) Александром Михайловичем Аминевым. В 1976 г. по инициативе Владимира Дмитриевича Фёдорова была создана первая в СССР кафедра колопроктологии Центрального института усовершенствования врачей, которую он возглавлял на протяжении 13 лет.



Александр Наумович
Рыжих

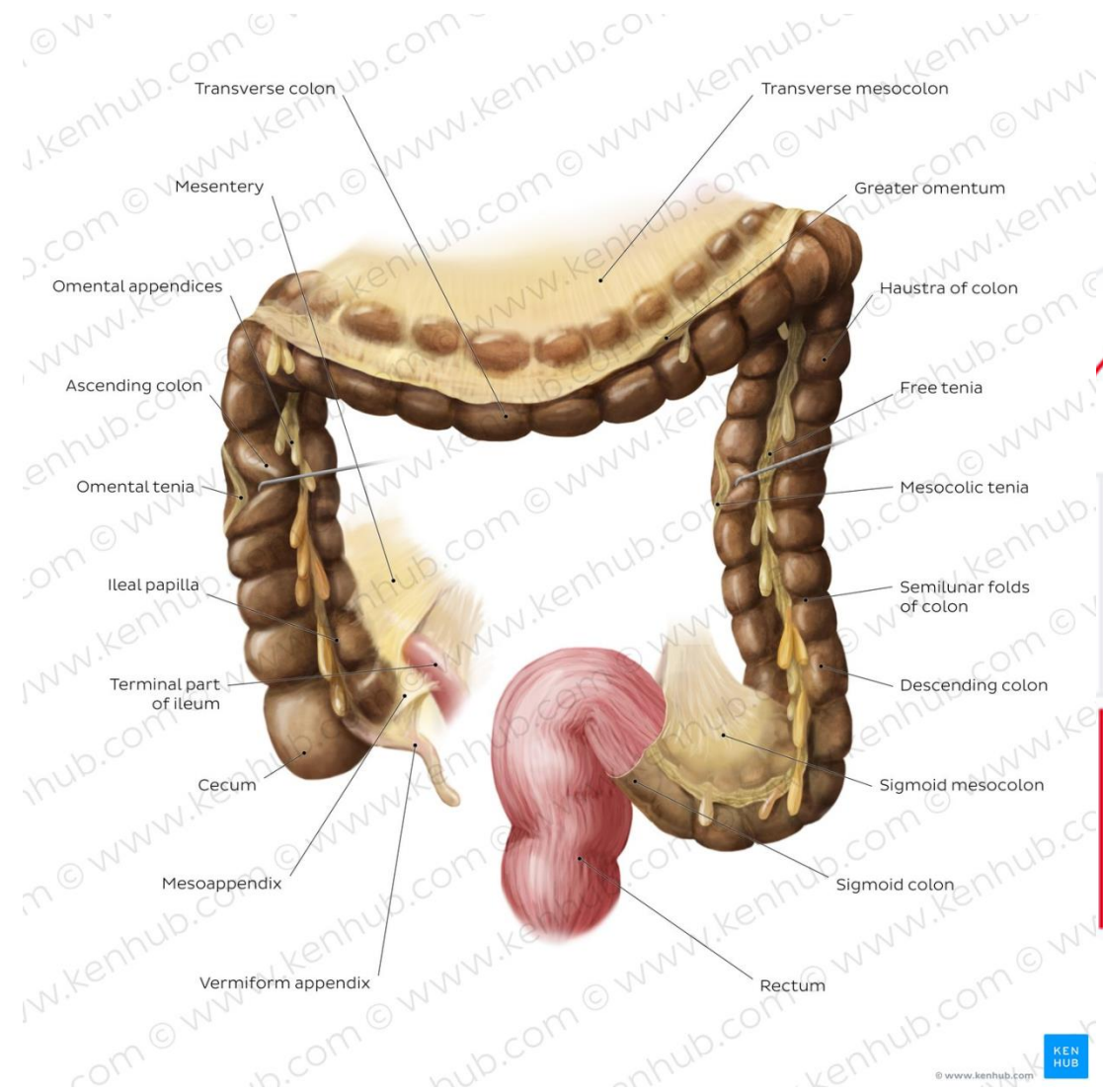


Анатомия толстой кишки



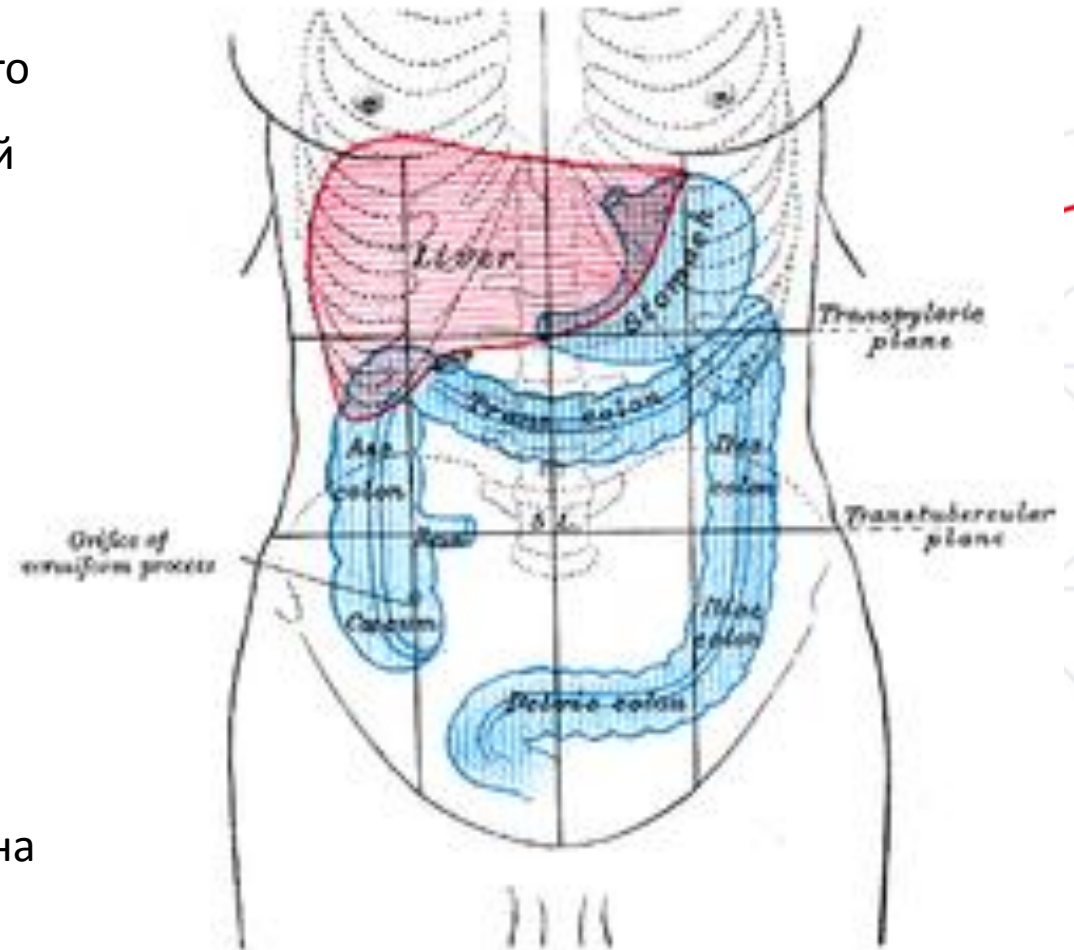
Топографическая анатомия толстой кишки

1. Слепая кишка и червеобразный отросток;
2. Восходящая ободочная кишка;
3. Поперечно ободочная кишка;
4. Нисходящая ободочная кишка;
5. Сигмовидная кишка;
6. Прямая кишка.



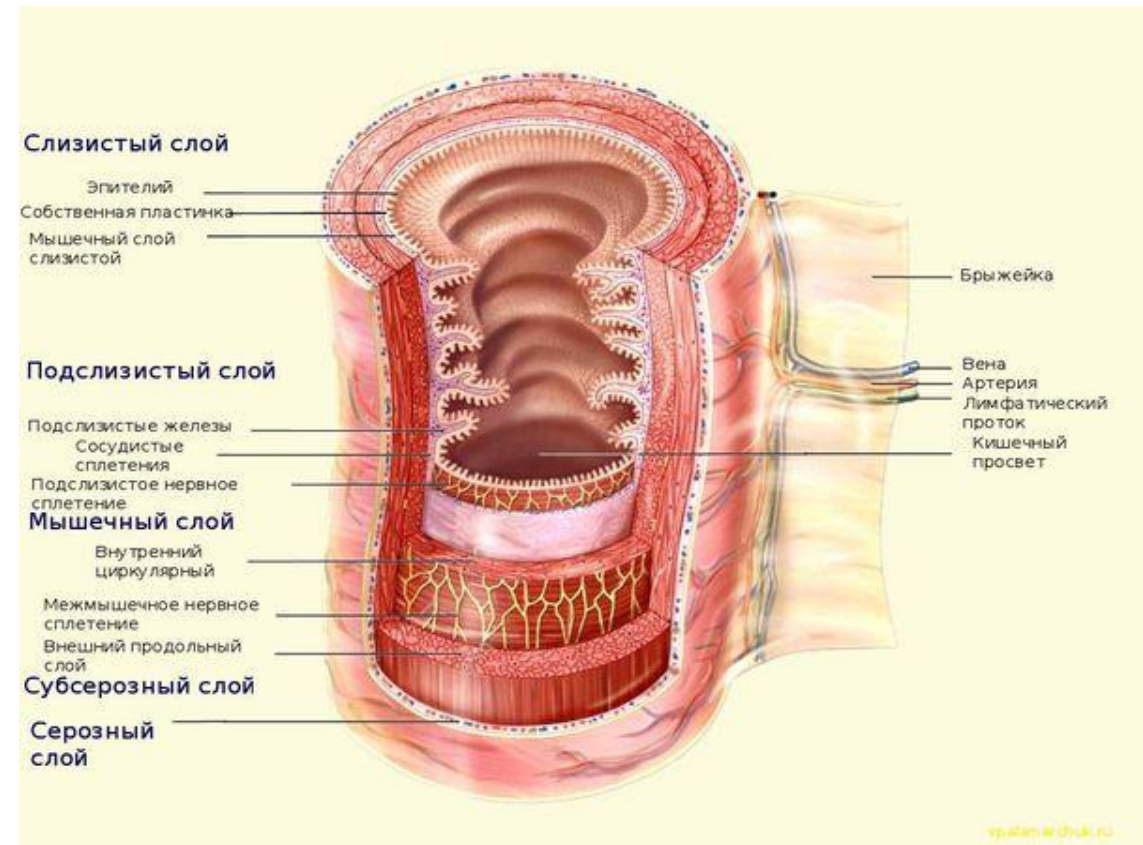
Проекция толстой кишки на переднюю брюшную стенку

1. Слепая кишка - в правой подвздошной ямке и лишь в редких случаях располагается высоко в области правого подреберья или опускается ниже правой подвздошной ямки в полость малого таза;
2. Восходящая кишка - от подвздошной ямки до правого подреберья (правый фланк);
3. Поперечно-ободочная – околопупочная область, но может спускаться в малый таз;
4. Нисходящая кишка - от левого подреберья до левой подвздошной области (левый фланк);
5. Сигмовидная кишка - в левой подвздошной ямке или на уровне гребня подвздошной кости;



Стенка толстой кишки

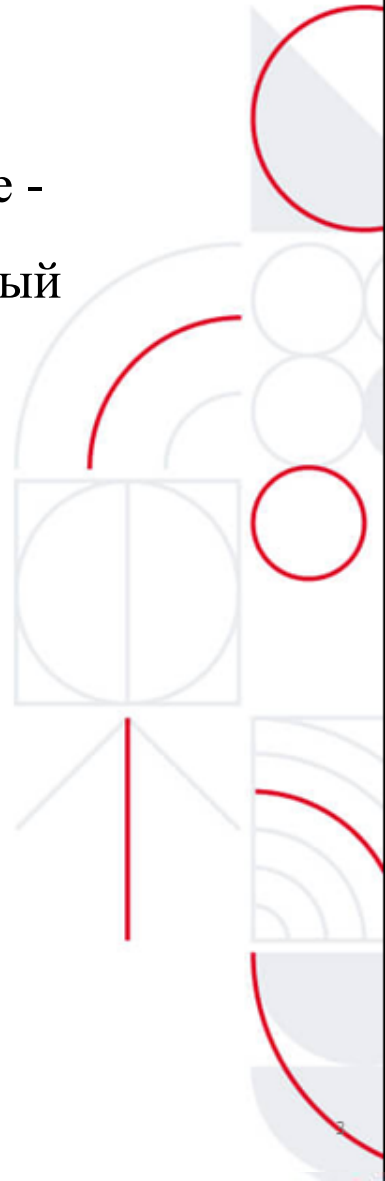
1. Всасывание воды, формирование плотного содержимого и эвакуация его из организма.
2. Ре-абсорбция ряда веществ из просвета кишки в кровь
3. Эндокринная функция
4. Источник иммуноглобулинов
5. Синтез витаминов К и группы В





Физиология тонкой кишки

- В тонкой кишке (тощей и подвздошной) всасываются все питательные вещества.
- Водорастворимые вещества по воротной вене поступают в печень, а жирорастворимые - через систему лимфатических сосудов в грудной лимфатический проток, и далее в левый венозный угол и общий кровоток, правые отделы сердца, в большой круг кровообращения и печень.
- Пищеварение в тонкой кишке сначала происходит в ее полости (полостное пищеварение), а затем в зоне кишечного эпителия с помощью ферментов, фиксированных на его микроворсинках (пристеночное пищеварение).
- Полостное и пристеночное пищеварение осуществляется кишечными ферментами и ферментами поджелудочной железы.





Физиология тонкой кишки

У больных встречается нарушение выработки определенных ферментов, например отвечающих за расщепление глютена – **целиакия**. Заболевание проявляется непереносимостью продуктов содержащих пшеницу, рожь, ячменное зерно.

Нарушение полостного пищеварения проявляется

- **синдромом мальдигестии**, нарушение всасывания отдельных основных питательных веществ (белков, углеводов, жиров);
- или микронутриентов (витаминов, минералов) носит название - **синдром мальабсорбции**.





Физиология толстой кишки

- Основная функция толстого кишечника — всасывание тех элементов, которые не всосались в тонком кишечнике, в первую очередь жидкости и формирование каловых масс.
- Пропульсивность (односторонность) движения обеспечивают сфинктеры, центральная нервная система (ЦНС) при воздействии через блуждающий нерв (10 пара черепно-мозговых нервов) на возбуждающие и тормозные интрамуральные нейроны ЖКТ («энтеральный мозг») и диффузная эндокринная система.
- По количеству нейронов «Энтеральный мозг» сопоставим со спинным мозгом, а диффузная эндокринная система (APUD система) — один из самых больших эндокринных органов в человеческом организме.





Физиология толстой кишки

- **Эубиоз** — стабильное и гармоничное соотношение микроорганизмов в ЖКТ. Нормальная микрофлора конкурирует за питательный субстрат с патогенными видами, и препятствует их росту и, прикрепляясь к рецепторам эпителия кишки затрудняет адгезию болезнетворных бактерий.
- Влияя на активность лимфоидного аппарата слизистой, снижают проницаемость слизистой для токсинов. Бактерии-симбиоты (организмы, которые находятся в полезных взаимоотношениях с макроорганизмом) участвуют в синтезе витаминов В1, В2, В6, В12, РР, К, Е, фолиевой и аскорбиновой кислот, незаменимых аминокислот, способствуют всасыванию кальция, железа, витамина Д, белков, жиров и углеводов, деконъюгируют желчные кислоты, регулируют перистальтику кишки.



Физиология толстой кишки

- **Дисбиоз (дисбактериоз)** — состояние микробного биоценоза кишечника при котором происходит снижение числа бифидобактерий, лактобактерий, отмечается избыточный рост протеолитической или сахаролитической флоры, условно-патогенной флоры и грибов. Дисбиоз может вызывать явления кишечной диспепсии - метеоризм, урчание, вздутие живота, а также изменять характер кала.
- Стул становится пенистым тёмным с резким зловонным запахом при гнилостной диарее связанной с протеолитической флорой; светлым при бродильной диарее связанной с сахаролитической флорой.



Физиология толстой кишки

- Условно-патогенная флора при ослабленном иммунитете вызывает воспалительные процессы в ЖКТ, и может попадать в кровоток и принимать генерализованный формы септицемии и абдоминального сепсиса. Гельминты способствуют дисбиозу, так как токсины паразитов изменяют питательный субстрат в ЖКТ и трансформируют ответ иммунных клеток. Заболевания слизистой кишечной трубки, особенно толстой кишки и дисбактериоз приводят к нарушению нормально формирования и эвакуации каловых масс, что проявляется симптомами кишечной диспепсии.





Методы обследования больных с заболеваниями толстой кишки

Жалобы

Для заболевания тонкой кишки наиболее характерны жалобы связанные с нарушенным внутриполостным и пристеночным пищеварением.

1. **Мальдигестия** - недостаточность полостного пищеварения;
2. **Мальабсорбция** - недостаточность всасывательной функции кишечника – (пристеночного пищеварения).

Оба синдрома сопровождаются признаками дефицита отдельных нутриентов, витаминов и минералов (например, железодефицитная анемия, рахит у детей), а воздействие неабсорбированных питательных веществ вызывает диарею, вздутие живота, избыточное отхождение газов. Часто отмечается снижение массы тела, даже при адекватном приеме пищи.



Жалобы

- Для заболеваний толстой кишки характерны жалобы, связанные с нарушением пассажа кишечного содержимого.
- У больных появляются симптомы кишечной диспепсии. Запоры, которые могут сопровождаться вздутием живота или последующим поносом. Метеоризм, как и урчание, возникает вследствие нарушения всасывания газов и жидкого содержимого преимущественно в терминальных отделах подвздошной кишки и проксимальных отделах толстой кишки.
- При значительном нарушении моторной функции кишечника может развиваться клиника полной или частичной кишечной непроходимости.



Кишечная диспепсия

1. **Метеоризм** — избыточное скопление газов в желудочно-кишечном тракте, которое может быть вызвано или повышенным газообразованием или проблемами с выводом газов из организма. Газы, чаще всего, скапливаются или в желудке, или в изгибах толстой кишки.
2. **Флатуленция** — избыточный (взрывной) выброс газов из прямой кишки с громким характерным звуком. Является неизменным спутником метеоризма.
3. **Запор** — это нарушение процесса дефекации, проявляющиеся в отсутствии стула более 48 часов и менее 3 раз в неделю, или неполноценном опорожнении кишечника.
4. **Диарея (понос)** — это опорожнение кишечника более трех раз в сутки с выделением жидкой каловой массы. Содержание воды в стуле при этом доходит до 60-90 %. Диарея может быть острой, если ее продолжительность не превышает 14 дней.



Диарея

- Хронической считается диарея, которая длится более двух недель.
- За сутки человек потребляет около 2 литров воды, в просвет кишечника выделяется еще около 7 л жидкости в составе пищеварительных секретов (желудочного сока, желчи и других). Общее количество жидкости, которое поступает в кишечник, составляет 9-10 литров в сутки. 99 % всасывается обратно (в основном в тонком кишечнике).
- В толстом кишечнике происходит формирование каловых масс и заключительное всасывание воды и электролитов. Объем сформированных каловых масс у взрослого составляет в среднем 200 граммов. Нарушение выделения и обратного всасывания жидкости в кишечнике вызывают диарею.





Диарея

Секреторная диарея — связана с выделением в просвет кишечника избыточных количеств воды и электролитов, проявляется частым водянистым стулом, в кале не характерны лейкоциты. Постоянный симптом кишечных инфекций, некоторых опухолей которые выделяют вещества, стимулирующие кишечную секрецию (например, гастриномы, которые чаще локализуются в поджелудочной железе).





Диарея

Осмотическая диарея — связана с нарушением переваривания и всасывания некоторых компонентов пищи, в результате чего, жидкость притягивается в просвет кишечника из сосудов кишечной стенки. Сопровождается обильным стулом массой более 200-300 граммов в сутки (полифекалия). Причиной может быть нарушение синтеза ферментов эпителием кишки (лактазная недостаточность) или поджелудочной железой (стеаторея).





Диарея

Экссудативная диарея — связана с воспалением стенки кишки и повреждением её слизистой оболочки. В результате повышения проницаемости кишечной стенки происходит сброс воды и электролитов в просвет кишки, могут быть потери белка вместе с экссудацией лимфы, у пациента появляется жидкий объёмный стул со слизью, кровью, лейкоцитами. Этот тип диареи характерен для энтеритов и колитов различной этиологии (неспецифический язвенный, ишемический колит, болезнь Крона).





Диарея

Моторная диарея — возникает в результате ускоренного прохождения пищи по кишечнику. При этом жидкость и питательные вещества не всасываются полноценно, что приводит к выделению обильного водянистого стула (синдром раздражённого кишечника).





Диарея

- 1. Энтеральная диарея**, процесс локализован в тонкой кишке (стул 5-6 раз в сутки, в кале непереваренная пища, стеаторея, количество стула более 500 г);
- 2. Колитическая диарея**, поражение толстого кишечника (стул 10-15 раз в сутки, скудный, со слизью, кровью, тенезмы, количество стула 300-500).

Диарея

I степень – потеря 1 – 3 % от массы тела, рвота до 5 раз в сутки, жидкий стул до 10 раз, нормальное артериальное давление и диурез, ЧСС до 100 ударов в минуту;

II степень – потеря 4 - 6 % от массы тела, рвота до 10 раз в сутки, жидкий стул до 20 раз, снижение систолического артериального давления до 80 мм.рт.ст., олигоурия, ЧСС до 120 ударов в минуту;

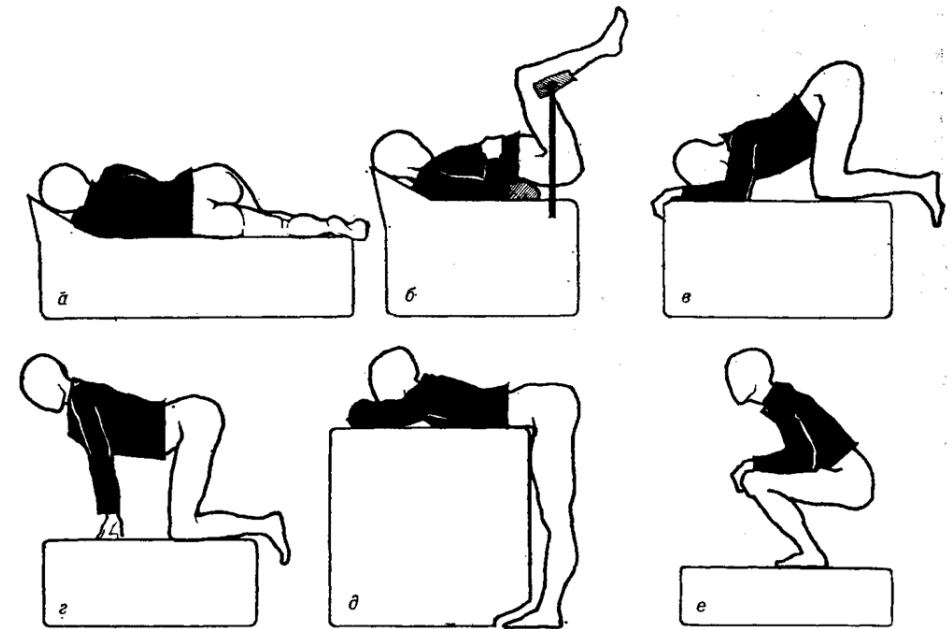
III степень - потеря 4 - 6 % от массы тела, рвота более 10 раз в сутки, жидкий стул более 20 раз, снижение систолического артериального давления ниже 80 мм.рт.ст., анурия, ЧСС более 120 ударов в минуту.

Болевой синдром

- Для заболевания тонкой и толстой кишки характерны периодические схваткообразные боли в животе по ходу кишечника, отмечается связь боли с актом дефекации. Схваткообразная боль представляет собой короткие по продолжительности, плохо локализованные эпизоды болевых приступов. Тяжелые схваткообразные боли по всему животу, могут быть проявлением острой кишечной непроходимости.
- Локализация болей в животе является важным фактором, который помогает врачу установить источник болей и поставить правильный диагноз. Если боли в животе ограничены какой-либо областью, врач, прежде всего, должен брать во внимание проекцию внутренних органов на переднюю брюшную стенку, дополнительно должно учитываться распространение, а также иррадиация болей.

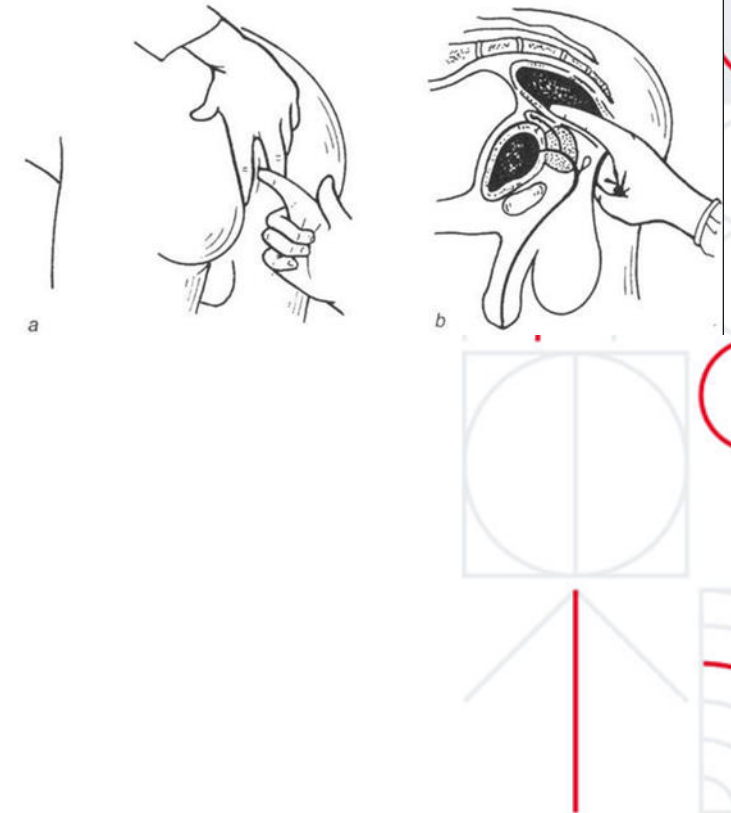
Пальцевое ректальное исследование

Ректальное исследование проводят в различных положениях пациента: лежа на боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в коленно-локтевом положении, в положении на спине (на гинекологическом кресле) с согнутыми в коленных суставах и приведенными к животу ногами. Иногда для оценки состояния труднодоступных верхних отделов прямой кишки при пальцевом ректальном исследовании пациенту придают положение на корточках.



Пальцевое ректальное исследование

Пальцевому ректальному исследованию всегда должен предшествовать тщательный осмотр области заднего прохода, что нередко позволяет выявить признаки заболевания (наружные свищи, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерацию кожи и др.), после чего указательный палец правой руки, на которую надета резиновая перчатка, обильно смазанный вазелином, осторожно вводят в задний проход, больному рекомендуют "потужиться", как при дефекации, и во время исследования максимально расслабиться.





Пальцевое ректальное исследование

- Последовательно ощупывая стенки анального канала, оценивают эластичность, тонус и растяжимость сфинктера заднего прохода, состояние слизистой оболочки, наличие и степень болезненности исследования.
- Затем палец проводят в ампулу прямой кишки, определяя состояние ее просвета (зияние, сужение), последовательно обследуют стенку кишки по всей поверхности и на всем доступном протяжении, обращают внимание на состояние предстательной железы (у мужчин) и прямокишечно-влагалищной перегородки, шейки матки (у женщин), параректальной клетчатки внутренней поверхности крестца и копчика.
- После извлечения пальца из прямой кишки оценивают характер отделяемого (слизистое, кровянистое, гнойное).



Пальцевое ректальное исследование

Для диагностики заболеваний верхнеампулярного отдела прямой кишки, клетчатки пельвиоректального или позадипрямокишечного пространства, тазовой брюшины (воспалительный процесс или опухолевое поражение) прибегают к бимануальному пальцевому исследованию. С этой целью указательный палец одной руки вводят в прямую кишку, а пальцами другой руки надавливают на переднюю брюшную стенку над лобковым симфизом.



Аноскопия

Аноскопия — диагностическая процедура, при которой врач проводит осмотр с использованием специального оптического инструмента или ректального зеркала. Зеркало вводят в прямую кишку, после чего створки раскрывают, что облегчает осмотр стенок кишечника. Обычно зеркало оснащается лампочкой для улучшения визуализации. В результате обследования проктолог получает подробную информацию о состоянии тканей прямой кишки.

При аноскопии возможно провести:

1. биопсию подозрительного участка для последующего гистологического исследования;
2. лечение геморроидальных узлов;
3. удаление полипов;
4. блокаду анальной трещины.





Ректороманоскопия

Ректороманоскопия – эндоскопический метод диагностики, который позволяет изучить слизистые оболочки прямой и части сигмовидной кишок. Он позволяет визуализировать все патологические изменения на глубине до 25-30 см от анального сфинктера. Ректороманоскоп оснащен системой подачи воздуха, чтобы обеспечить расправление складок кишки, и оптическими окулярами, предназначенными для качественной визуализации слизистых. Метод характеризуется высокой достоверностью. Без него не обходится постановка многих проктологических диагнозов.



Ректороманоскопия

С помощью ректороманоскопии врач может оценить структуру, тонус, рельеф слизистой, обнаружить нарушения и патологические образования: изъязвления, геморрой, эрозии, полипы, онкологические заболевания.

С помощью процедуры может осуществляться не только диагностика, но и удаление полипа, извлечение инородного тела, биопсия, коагуляция опухоли, прижигание кровоточащего сосуда.





Колоноскопия

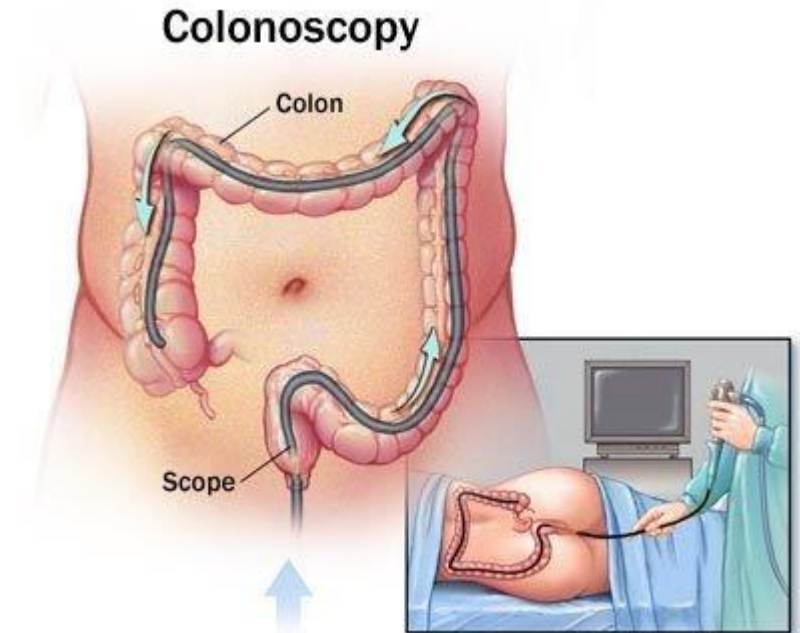
Колоноскопия – эндоскопический метод исследования внутренней поверхности кишечника с помощью специального прибора –колоноскопа. Гибкость и мягкость тонкого зонда позволяет ему безболезненно проходить все анатомические изгибы органов, с высокой точностью выявляя различные патологии. Длина устройства, оснащённого миниатюрной видеокамерой и освещением, составляет примерно 160 см. , что позволяет провести исследование до купола слепой кишки. Изображение мгновенно передаётся на экран монитора в многократном увеличении. Благодаря этому специалист может детально рассмотреть внутреннюю поверхность исследуемого участка, установить очаги воспаления и характер изменения слизистых оболочек, провести коагуляцию опухоли, прижигание кровоточащего сосуда.



Колоноскопия

Колоноскопия позволяет:

1. удалить опухоль или полип
2. извлечь инородное тело
3. остановить кровотечение
4. сделать биопсию
5. восстановить проходимость кишечника при его сужении (стенозе)
6. устранить спаечные процессы
7. выявить характер геморроидальных узлов





Пороки развития толстой кишки



Пороки развития толстой кишки

- **Болезнь Гиршпрунга** (H. Hirschsprung, 1887) — порок развития левой половины толстой кишки. Заболевание является врожденной патологией, носит наследственный семейный характер (отмечается у 1 из 5000 родившихся детей). Мальчики болеют в 5 раз чаще.
- Характеризуется отсутствием парасимпатической иннервации стенки кишечника на определенном участке ободочной кишки. Участок кишки, лишенный нервных ганглиев, постоянно спастически сокращен, в результате отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, расширяются и гипертрофируются, что приводит к развитию мегаколон.
- Основными симптомами которой являются запоры, вздутие, боли, урчание в животе. Осложнения. Болезнь Гиршпрунга может осложняться кишечной непроходимостью.



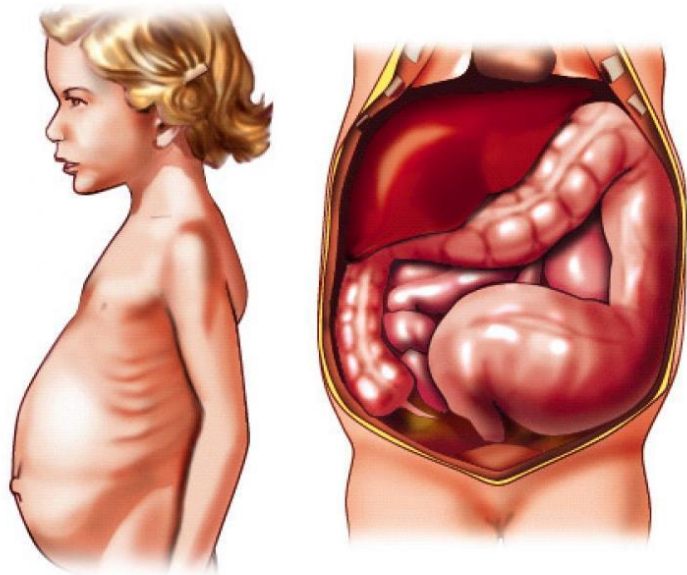
Пороки развития толстой кишки

- **Долихосигма** - аномалия развития одного из отделов толстого кишечника — сигмовидной кишки — она становится длиннее нормы. Толщину стенки кишки и диаметр ее просвета изменения не затрагивают. Также в сигмовидном участке кишки происходят морфологические изменения: нормальная ткань замещается соединительной, чрезмерно разрастаются мышечные волокна, стенки кишечника пропитываются тканевой жидкостью, нарушается иннервация.
- Симптомы - боль в животе, не имеющая чёткой локализации, длительные запоры. На начальных стадиях развития недуга частота запоров минимальная, но по мере его прогрессирования она увеличивается. Симптомы интоксикации связанные с накоплением в кишечнике каловых масс и газов, урчание и вздутие живота; метеоризм; снижение аппетита.

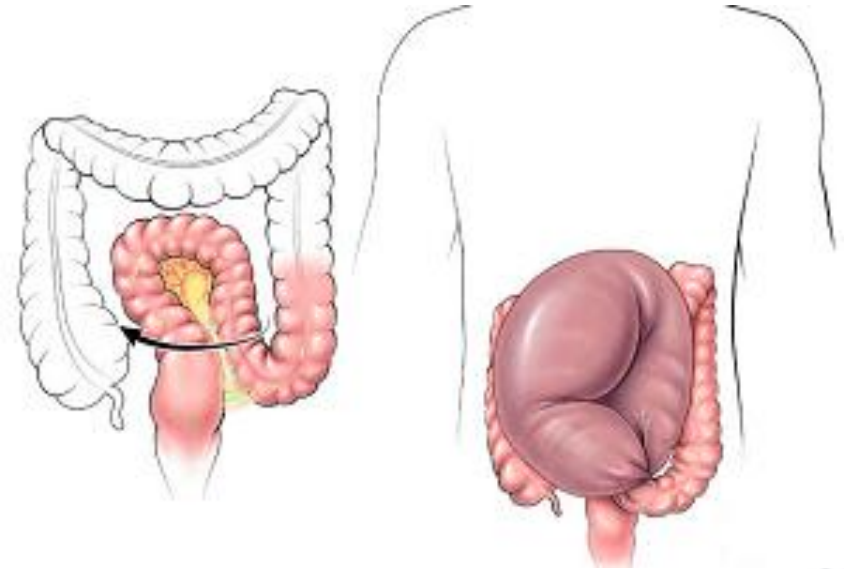


Пороки развития толстой кишки

- **Идиопатический мегаколон** – это хроническое расширение толстой кишки, для которого не удастся выявить четкий этиологический фактор.
- Причиной остро развивающегося мегаколона может быть механическое препятствие (опухоль, стриктура кишки воспалительной или ишемической природы), синдром псевдо-обструкции или тяжелое воспаление (токсический мегаколон как осложнение язвенного или псевдомембранозного колита). Хроническое расширение толстой кишки может быть обусловлено органическим поражением центральной нервной системы, в том числе спинальными травмами, а также рядом эндокринологических расстройств.
- Характерно сочетание запоров с неустойчивым стулом и поносами в сочетании с прогрессирующим вздутием живота, похуданием, приступами затрудненного отхождения газов. Часто осложняется заворотом сигмовидной кишки.



Мегаколон, болезнь Гершпрунга



Долихосигма (заворот
сигмовидной кишки)



Язвенный колит

Язвенный колит

- Язвенный колит /ЯК/ (прежнее название неспецифически – НЯК) – некротизирующее диффузное воспаление слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. Заболевание характеризуется тяжелым течением с местными и общими системными осложнениями. Заболеваемость ЯК неравномерна в разных странах. Наиболее высокая она в Швеции, Англии, Израиле до 234 на 100000 населения.
- Причина ЯК не ясна. К вероятным факторам относят инфекционные (в том числе хламидиоз), дисбиоз, лекарственную, пищевую аллергию, стресс, иммунологические нарушения, генетические факторы, а также факторы окружающей среды, связанные с ее загрязнением. В патогенезе ЯК придают значение дисфункции гипофизарно-адреналовой системы, влиянию продуктов метаболизма кишечной флоры, аутоантител на эпителий толстой кишки.

Язвенный колит

1. Практически всегда поражается прямая кишка, начиная от зубчатой линии.
2. Заболевание распространяется в проксимальном направлении.
3. В патологический процесс в отличие от болезни Крона вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой.
4. Язвы различных размеров, края их ровные, подрытые, могут быть покрыты фибрином.
5. Сочетание язв с отечной слизистой оболочкой создает впечатление псевдополипоза.



Язвенный колит

По локализации:

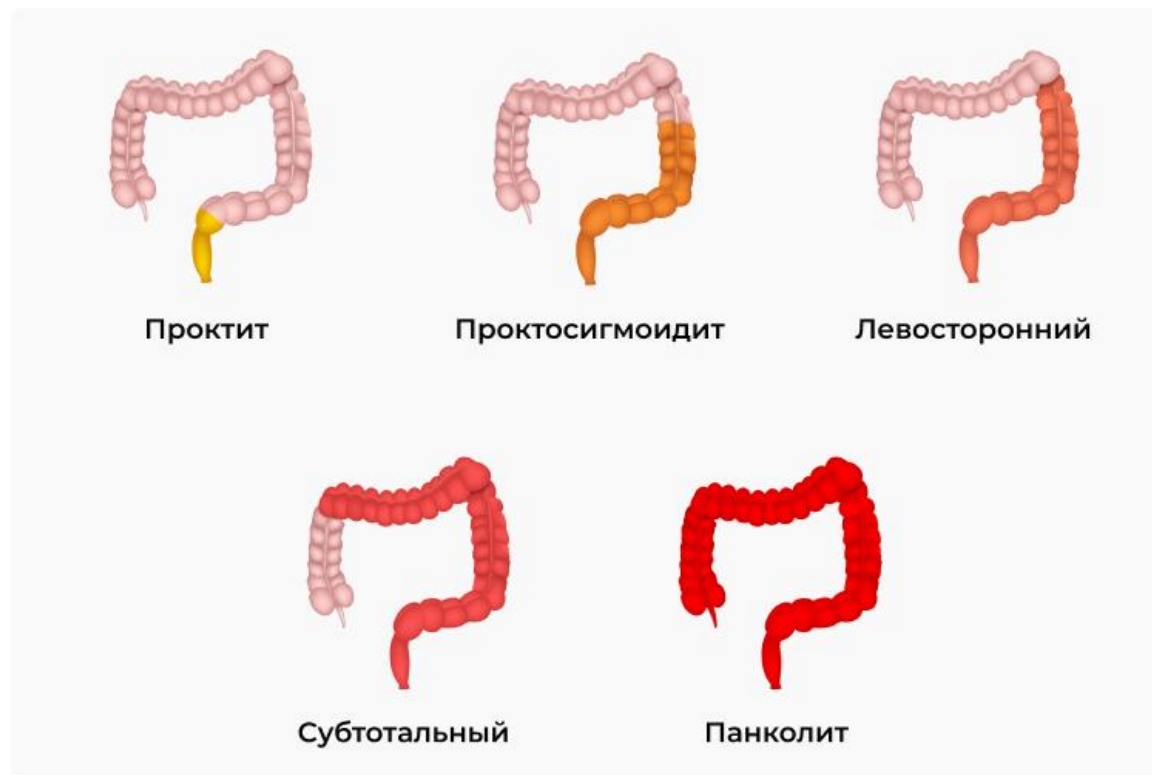
1. язвенный проктит и проктосигмоидит;
2. язвенный левосторонний колит;
3. язвенный тотальный колит;
4. язвенный регионарный колит.

По течению:

1. острый язвенный колит;
2. хронический язвенный колит;
3. рецидивирующий язвенный колит.

По тяжести течения:

1. легкая;
2. среднетяжелая;
3. тяжелая.





Язвенный колит

- Основные симптомы заболевания: жидкий стул с примесью крови, слизи, боли в животе, понос.
 1. При легкой форме болезни отмечается стул до 3 – 5 раз в сутки с небольшим количеством крови, невыраженные боли в животе.
 2. При среднетяжелой форме – стул до 6 – 12 раз в сутки, с кровью, слизь, боли в животе, похудание, анемия.
 3. При тяжелой форме – стул более 12 раз в сутки, может достигать до 20 – 40 раз, кровь, слизь в кале, наступает истощение больного.
- Болезнь чаще носит хронический характер. Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается при молниеносной форме заболевания.
- Отмечается сухость кожных покровов и слизистых, болезненность по ходу толстой кишки при пальпации.

Язвенный колит

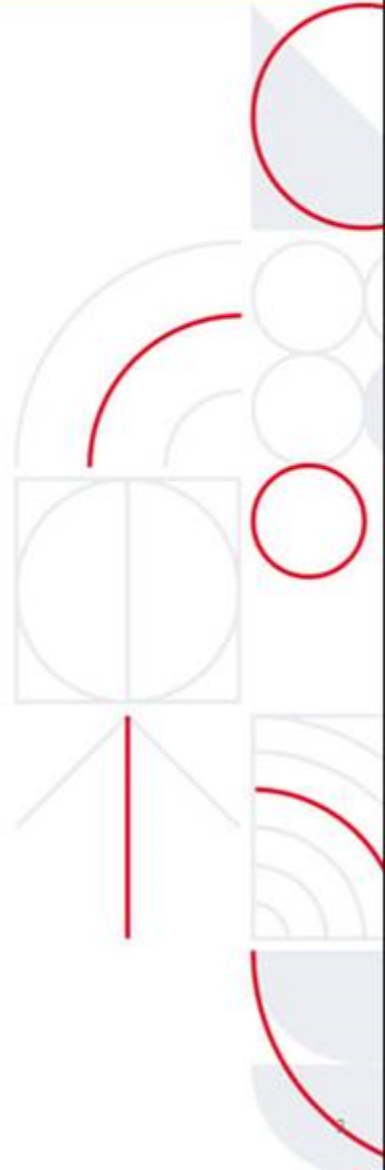
Осложнения которые требуют оперативного лечения

1. перфорация кишки,
2. острая токсическая дилатация кишки, не поддающаяся консервативной терапии (в том числе эндоскопическому снятию ее),
3. профузные непрекращающиеся кишечные кровотечения,
4. рубцовые стриктуры с нарушением пассажа,
5. рак на фоне ЯК.

Системные осложнения - поражения суставов, глазные симптомы, поражения кожи (пиодермия, узловатая эритема), поражения слизистых (стоматит, язвы языка), хронический гепатит, пиелонефрит, гиповитаминоз, тромбофлебиты.

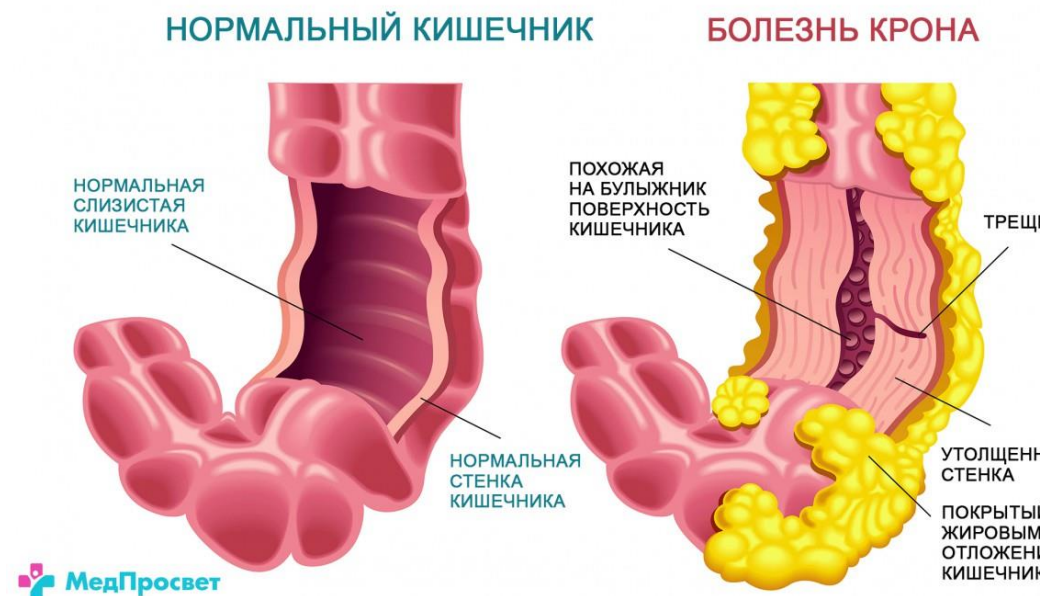


Болезнь Крона (гранулематозный колит)



Болезнь Крона

- Болезнь Крона (гранулематозный колит) – неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта, но преимущественно тонкую и толстую кишку. Она характеризуется сегментарностью поражения, рецидивирующим течением с образованием глубоких трансмуральных продольных язв, наружных и внутренних свищей, стриктур, перианальных поражений прямой кишки.
- Частота возникновения (первичная заболеваемость) составляет 2 – 4 случая на 100 000 населения в год, распространенность заболевания от 30 до 50 больных на 100 000 человек.



Болезнь Крона

- Причина не ясна. Предполагается инфекционная природа заболевания со связью с вирусами, хламидиями, нарушениями микробиоценоза кишечника.
- Определенную роль играют генетические факторы, лекарственная, пищевая аллергии, иммунологические нарушения, факторы окружающей среды, в частности загрязнение ее.
- Ведущая роль в патогенезе БК отводится аутоиммунным механизмам, с выработкой антител к желудочно-кишечному тракту с появлением лимфоцитов, сенсibilизированных к антигенам слизистой оболочки кишечника.

Болезнь Крона

Основные клинические симптомы:

1. Периодические схваткообразные боли в животе по ходу кишечника. Возможны также постоянные боли.
2. Выраженная диарея до 12 раз в сутки и больше с примесью крови и слизи.
3. Лихорадка.
4. Падение массы тела.
5. Снижение работоспособности.
6. Гиповитаминоз (проявляющийся кровоточивостью десен, трещинами в углах рта, пеллагрозным дерматитом, ухудшением сумеречного зрения).
7. Недостаточностью функции надпочечников появляются пигментация кожи, гипотония.
8. Недостаточностью щитовидной железы развивается гиподинамия, одутловатость лица.

Болезнь Крона

- Пальпаторно отмечается болезненность живота по ходу кишечника, в ряде случаев может пальпироваться инфильтрированная кишка в зависимости от уровня ее поражения.
- Наиболее частая локализация инфильтратов - правая подвздошная область.
- Могут быть наружные и внутренние свищи, обусловленные глубокими язвами – трещинами стенки кишки с переходом на окружающие органы, вследствие сращения и пенетрации.
- У 80 % больных отмечаются анальные трещины с различной локализацией по циферблату промежности, которые могут быть множественными, безболезненными, с вялыми грануляциями, без спазма сфинктера.
- В ряде случаев наблюдаются свищи, связанные с толстой кишкой и инфильтраты брюшной полости.

Болезнь Крона

1. Тонкокишечная или толстокишечная непроходимость вследствие стриктуры кишки. Симптомы обструкции могут существовать длительное время.
2. Токсическая дилатация проявляется резким ухудшением состояния, лихорадкой, отсутствием перистальтики, вздутием живота, задержкой стула.
3. Внутрибрюшинные абсцессы характеризуются лихорадкой, нейтрофильным сдвигом, лейкоцитозом, ускоренным СОЭ. Иногда могут определяться пальпаторно через переднюю брюшную стенку.
4. Перфорация стенки кишки развивается внезапно и протекает с клиникой перитонита.
5. Свищи. Перианальные свищи обычно связаны с прямой кишкой. Внутренние кишечные свищи образуются вследствие распространения воспалительного процесса на серозную оболочку. Кровотечение из-за изъязвления стенки пораженного органа с эрозией крупного сосуда.
6. Развитие злокачественной опухоли на фоне болезни Крона.



Обследование при подозрении на колит

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, глюкоза, натрий, калий, кальций, хлориды, мочевины, остаточный азот, креатинин.
3. Копрологический анализ: копрограмма, бактериологический анализ, исследование кала на дизентерию, амебиаз, балантидиаз.
4. Пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопия, фиброколоноскопия.
5. Ирригоскопия.
6. УЗИ органов брюшной полости, в том числе ободочной кишки, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.
7. Патоморфологические методы с исследованием биопсийного материала или мазков отпечатков.
8. Определение в крови перинуклеарных цитоплазматических антител.

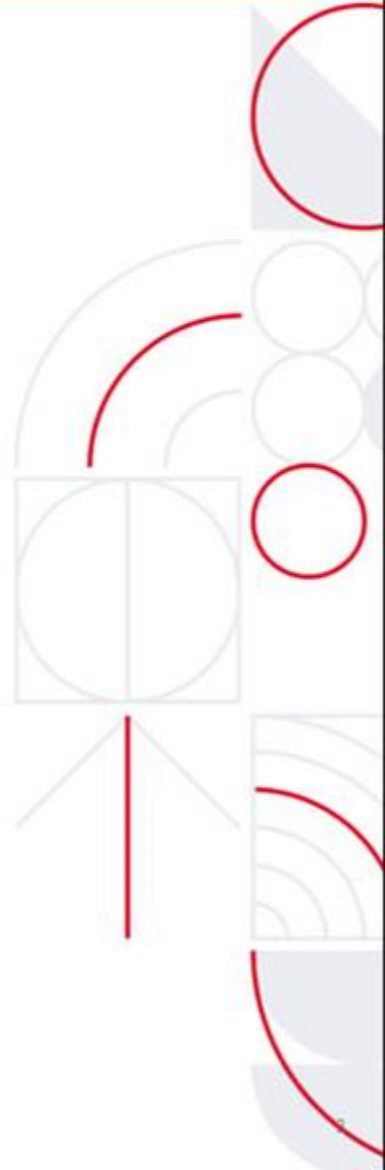


ЯК и Болезнь Крона

1. Прерывистость, регионарность поражения.
2. Более редкое выявление форм, когда поражается вся толстая кишка.
3. Поражение прямой кишки отмечается у 50 % больных в отличие от ЯК (всегда поражается прямая кишка).
4. При осмотре видно чередование здоровых участков слизистой с участками поражения.
5. Язвы не являются обширными, сливными, как при неспецифическом язвенном колите.
6. Характерно наличие сегментарных сужений кишки.
7. Течение БК намного тяжелее, чем язвенного колита.



Ишемический колит





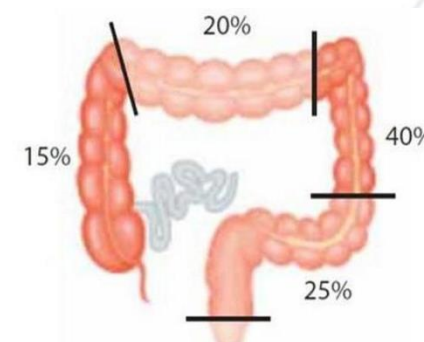
Ишемический колит

- В основе заболевания чаще лежит сегментарное поражение толстой кишки, вследствие органического или функционального изменения состояния сосудов.
- Наиболее часто дефицит кровоснабжения в кишечной стенке возникает вследствие атеросклеротического поражения сосудов брыжейки, реже диабетической ангиопатии, спазм сосудов, недостаточность кровообращения при сердечной слабости, гипотензивном синдроме, интеркуррентных заболеваниях.
- Наиболее часто страдает кровоснабжение левого изгиба и нисходящей ободочной кишки.
- Заболевание встречается наиболее часто в возрасте старше 50 – 60 лет.
- Нарушение артериального кровообращения в стенке кишки приводит к частичному или полному некрозу ее стенки (от изъязвлений слизистой оболочки до полного некроза).



Ишемический колит

- 1) транзиторный ишемический колит (заканчивается спонтанно выздоровлением);
 - 2) хронический персистирующий колит (возможно развитие стриктуры и кишечной непроходимости);
 - 3) гангренозный ишемический колит (приводящий к ОКН и перитониту).
- Проходящие непостоянные боли, чаще в левой половине живота, по типу абдоминальной жабы. В ряде случаев боли могут иметь определенный ритм: покой – прием пищи – боли – покой.
 - После приема обильной пищи, может возникать понос с кровью.
 - Пальпаторно выявляется болезненность левой половины живота.
 - При развитии стриктуры наблюдается клиника хронической обтурационной непроходимости кишечника.



Локализация поражения толстой кишки при ишемическом колите



Дивертикулёз

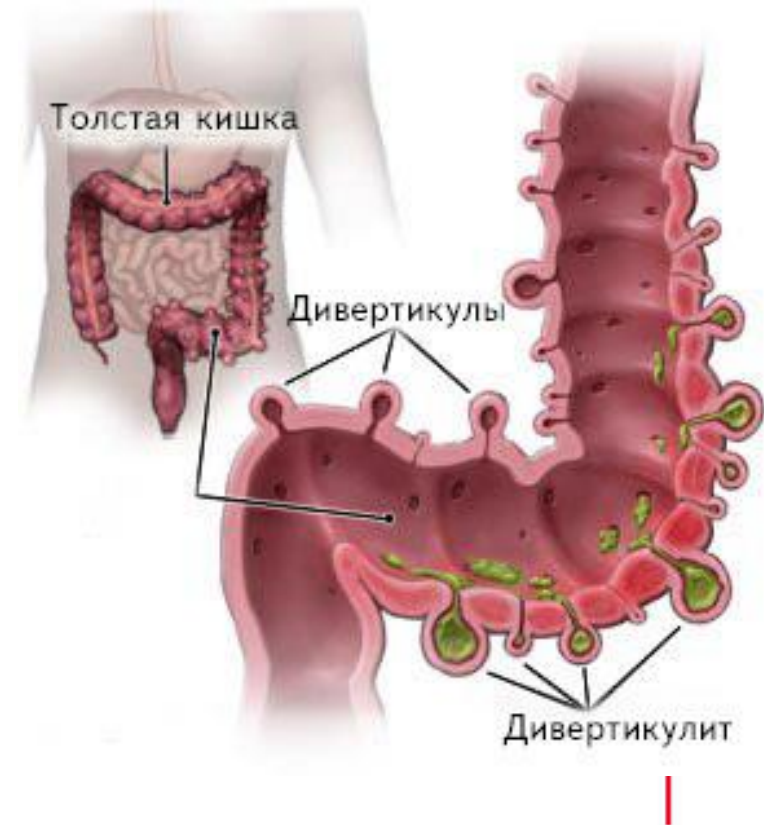
Дивертикулы толстой кишки

Дивертикулы (diverticulae) толстой кишки представляют собой ограниченные единичные или множественные грыжеподобные выпячивания слизистой оболочки за пределы стенки кишки. Образование дивертикулов объясняется слабостью соединительнотканного аппарата стенки кишки. Эта теория подтверждается тем, что дивертикулы чаще (примерно в половине случаев) бывают у лиц старше 50 лет, возможностью сочетания дивертикулеза толстой кишки с грыжами передней брюшной стенки. Большое значение придается в патогенезе спастическому сокращению мышечных слоев стенки ободочной кишки, который приводит к утолщению циркулярного мышечного слоя. Внутренние и внешние причины, усиливающие спазм и сокращения толстой кишки (кишечные дискинезии, запоры, заболевания кишечника и т.д.), признаются как факторы риска развития заболевания.

Дивертикулы толстой кишки

У трети больных заболевание может протекать без выраженных клинических симптомов и расценивается как случайная клиническая находка при обследовании. Специфических симптомов неосложненного дивертикулеза нет. У больных могут быть регулярно возникающие боли в животе, чаще в левой половине, уменьшающиеся после дефекации, нарушение функции кишечника, чаще в виде запоров, реже диареей. Общее состояние больных страдает при этом мало.

Яркая клиника заболевания появляется при наличии осложнений.



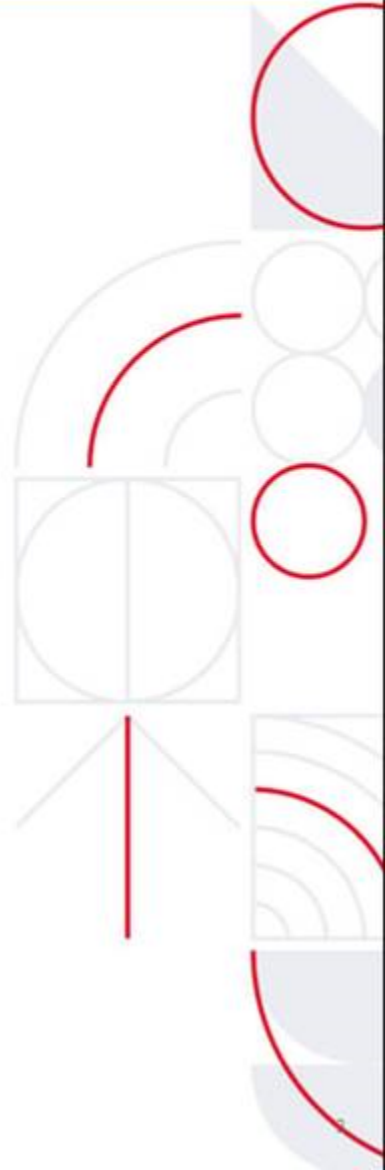
Дивертикулы толстой кишки

1. Дивертикулит - опровождается повышением температуры, болями в животе, лейкоцитозом, сдвигом в формуле крови, повышением СОЭ. При осмотре больного отмечается пальпаторно болезненность живота, нередко мышечное напряжение брюшной стенки.
2. Инфильтраты. Паракишечные инфильтраты формируются вследствие дивертикулита с перифокальным воспалением. При больших размерах они могут вызывать кишечную непроходимость.
3. Перфорация дивертикула. Это грозное осложнение, особенно при перфорации в свободную брюшную полость. Состояние больных резко ухудшается, развивается клиника калового перитонита.
4. Свищи ободочной кишки. Наиболее часто между сигмовидной кишкой и мочевым пузырем.
5. Кровотечение. Одно из частых осложнений ДБТК. У больного появляется клиника толстокишечного кровотечения, которые могут быть обильными и протекать с анемией.



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





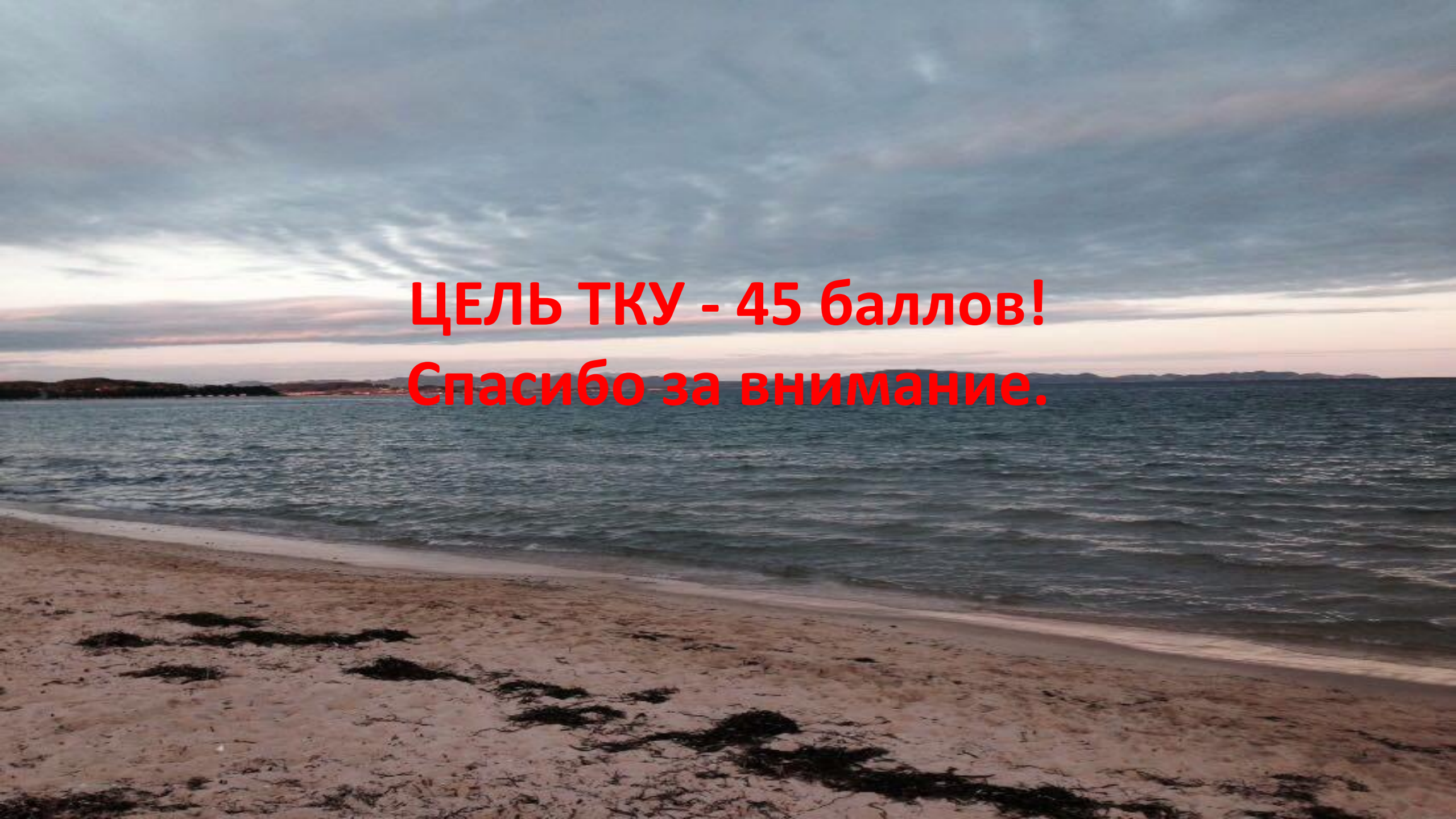
Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



ЦЕЛЬ ТКУ - 45 баллов!
Спасибо за внимание.