




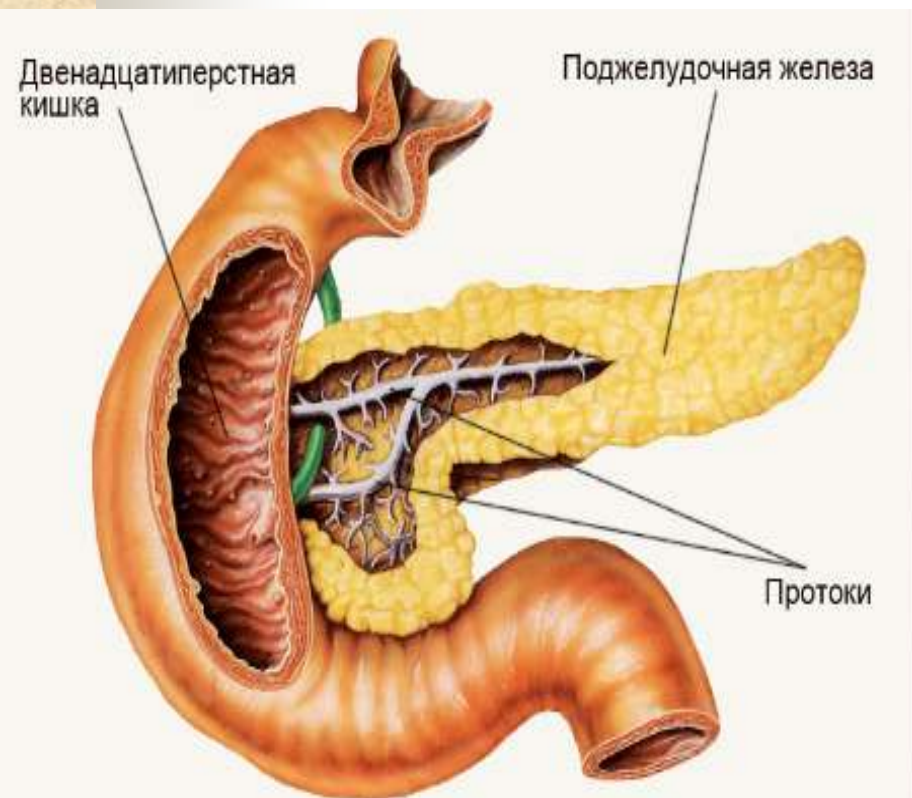
Энтериты и КОЛИТЫ



Брюшная полость – это участок тела, лежащий между грудной полостью и тазом, где расположены органы пищеварения и не только. Большая часть органов брюшной полости покрыта сверху тонкой серозной оболочкой – брюшиной. Складки её позволяют органам скользить относительно друг друга. Большой сальник – это часть брюшины, он позволяет не распространяться патологическим процессам не распространяться на близлежащие ткани.

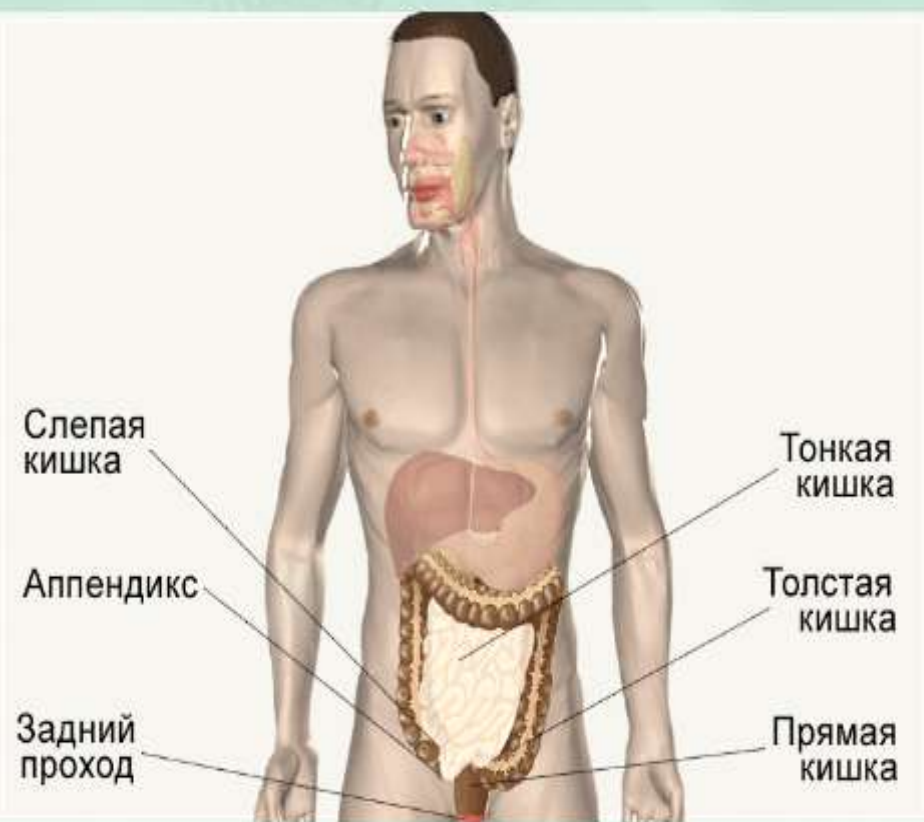
- Тонкий кишечник условно разделен на три части: двенадцатиперстную кишку, тощую и подвздошную кишку. Последние две составляют самую длинную часть кишечника – более 6 м. В этих отделах происходит основное пищеварение и всасывание всех питательных веществ. А в толстом кишечнике (ободочная кишка – восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая) – всасывание воды.

Двенадцатиперстная кишка самая короткая – около 25 см. Стенка её состоит из 2 слоев мышечных волокон- циркулярного и поперечного. Слизистая толстая и содержит бруннеровы железы, секретирующие жидкость, имеющую щелочную реакцию и помогающие нейтрализовать кислую среду содержимого желудка.



Крупные пищеварительные железы - поджелудочная железа и печень - лежат вне пищеварительного канала. Их соки содержат пищеварительные ферменты.

Поджелудочная железа - удлиненное образование, лежащее позади желудка. Вы уже знаете о том, что она состоит из клеток двух типов. Одни клетки выделяют пищеварительный сок, а другие - гормон инсулин. Пищеварительный сок поступает из поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку по двум протокам.



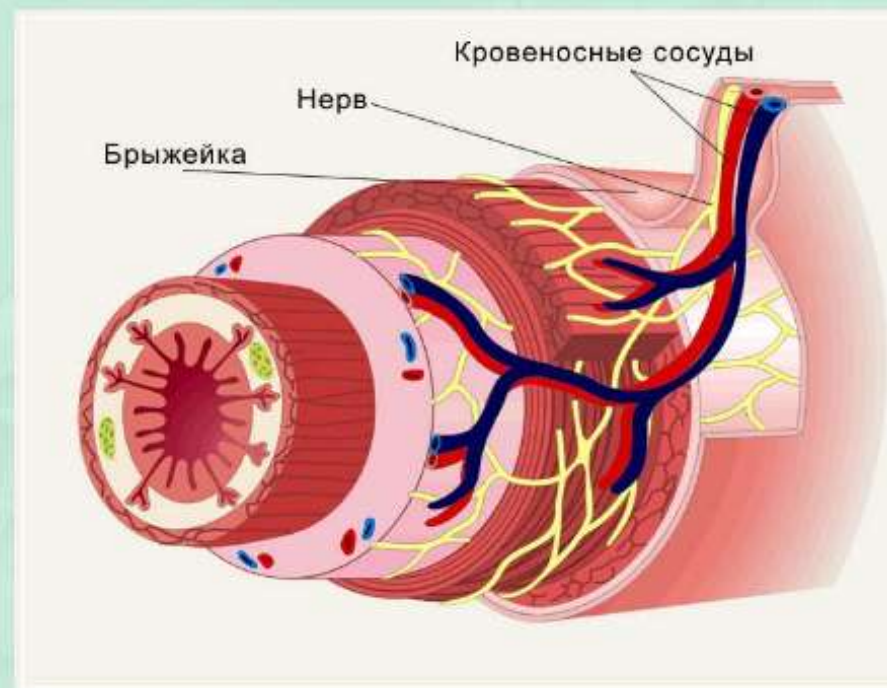
В правой нижней части брюшной полости тонкая кишка впадает в толстую кишку, несколько отступая от ее начала. Ответвление толстой кишки образует слепую кишку. От нее отходит червеобразный отросток длиной 8-15 см - аппендикс. При попадании в него фруктовых косточек, жестких растительных остатков или болезнетворных микробов может возникнуть воспалительный процесс - аппендицит. Конечный отрезок толстой кишки - прямая кишка - заканчивается задним проходом.

Брыжейка

Органы пищеварительного канала снаружи покрыты соединительной тканью, а изнутри - эпителиальной.

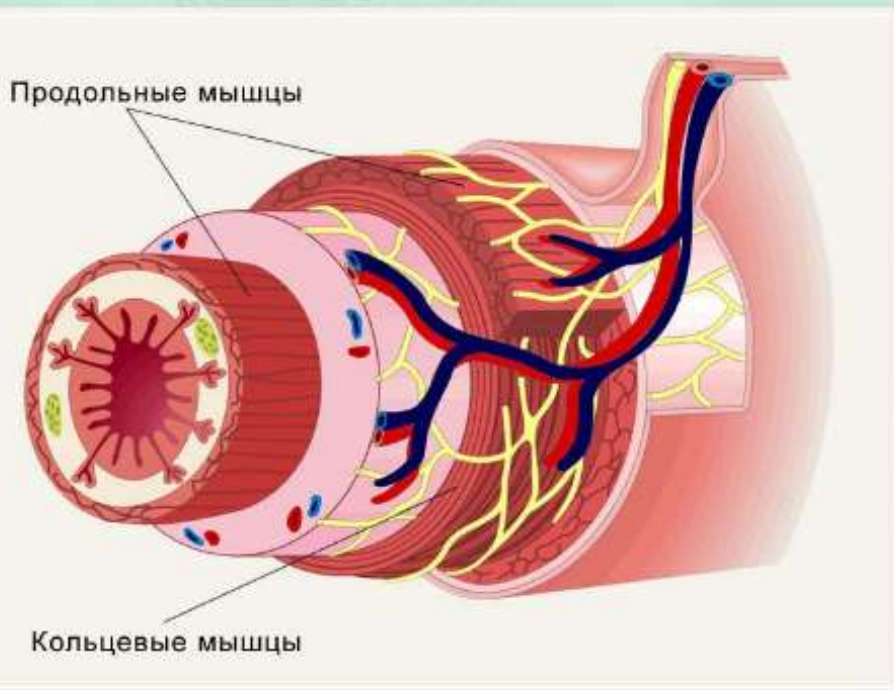
Кишечник образует ряд петель. Он как бы подвешен на соединительнотканых выростах задней стенки брюшины - брыжейке. Она состоит из двух слоев и охватывает кишку с двух сторон, образуя ее наружную оболочку.

По брыжейке к кишечнику подходят кровеносные и лимфатические сосуды, а также нервы. Кровеносные сосуды доставляют стенкам кишечника кислород. Питательные вещества для всего организма поступают в кровеносные и лимфатические сосуды и по ним доставляются ко всем органам.



Поперечный разрез тонкой кишки.

Мышечная стенка пищеварительного канала



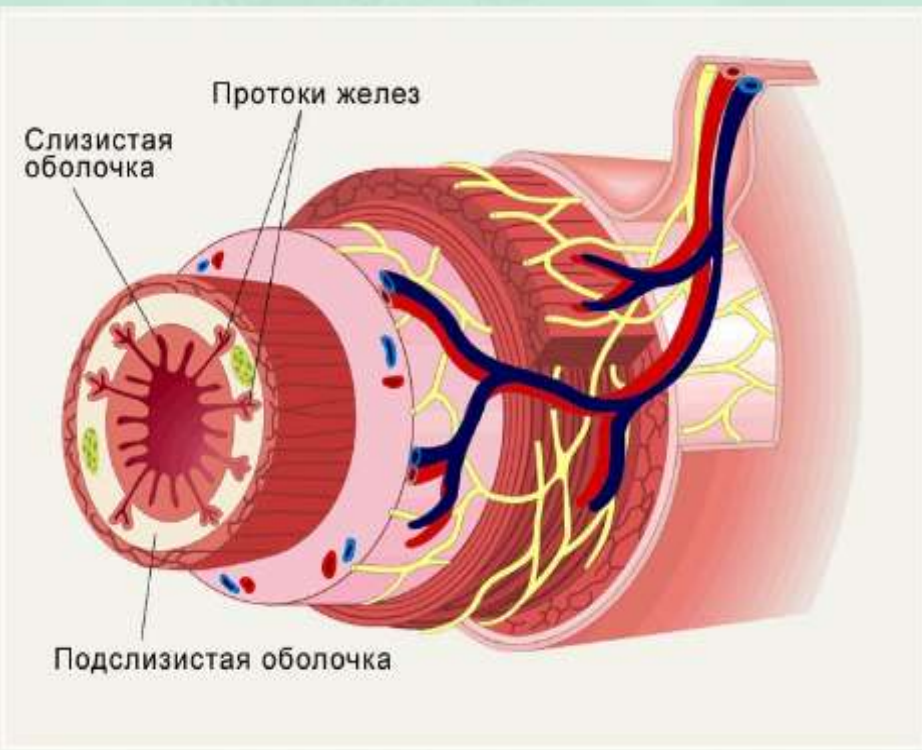
Поперечный разрез тонкой кишки.



Средний, наиболее мощный слой стенки всех отделов пищеварительного канала, состоит из продольных и кольцевых гладких мышц. Только в начальной части пищевода гладкая мышечная ткань уступает место поперечно-полосатой.

Гладкая мускулатура кишечника работает рефлекторно по определенной программе. Благодаря сокращениям кольцевых мышц происходит *перистальтика* - последовательные сужения и расслабления стенок пищеварительного канала. Сокращения продольных мышц приводят к смещению слизистой оболочки кишечника относительно его содержимого. Эти движения способствуют проталкиванию пищевой массы и ее многократному перемешиванию.

Слизистая оболочка пищеварительного канала



Поперечный разрез тонкой кишки.



Слизистая оболочка пищеварительного канала имеет складчатую поверхность и содержит много мелких желез. Складки слизистой оболочки пищеварительного канала существенно увеличивают поверхность соприкосновения пищи с его стенками, что, как вы узнаете впоследствии, играет огромную роль в пищеварении.

Глубина складок до 1 см. Вся внутренняя поверхность кишки покрыта слоем крошечных пальцевидных выростов, называемых ворсинками. Высота ворсинок составляет около 1 мм, они увеличивают площадь поверхности всасывания в 10 раз, придавая слизистой бархатистый вид. От ворсинок отходят микроворсинки – волосовидные образования (3-6 тыс. на каждой эпителиальной клетке).



Хронический энтерит -

хроническое воспалительно – дистрофическое заболевание тонкой кишки, приводящее к морфологическим изменениям слизистой оболочки и нарушению моторной, секреторной, всасывательной и других функций кишечника.

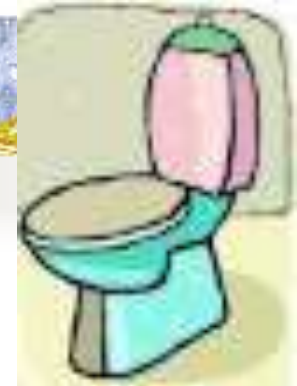
Заболевание протекает с ремиссиями и обострениями, возникающими в основном после диетических погрешностей.

Встречается у людей любого возраста, половых различий в заболеваемости не отмечено.

Причины развития: алиментарные нарушения, безрежимное питание, алкоголизм, курение, интоксикация лекарственными и химическими веществами, врожденный дефицит ряда пищеварительных ферментов., перенесенные кишечные инфекции, аллергия к продуктам питания.

Выделяют вторичные энтероколиты, развивающиеся на фоне других заболеваний ЖКТ.

Симптоматика



- Основное проявление болезни – расстройство опорожнения кишечника, что проявляется преимущественно в виде поноса (диарея) - выделение неоформленных каловых масс. Стул 2-3 раза в день, обильный, частые позывы (тенезмы) на стул отсутствуют, т.к. «резервуарная» функция толстой кишки сохранена. Позывы к дефекации возникают спустя 20-30 минут после приема пищи и сопровождаются сильным урчанием и переливанием в животе, часто непереносимость молока. Обострение после приема острой, жирной и углеводистой пищи, переедания. Желтоватый цвет каловых масс (отсутствие билирубина и большое количество жира).
- Нарушение моторики кишки проявляется болями, локализующиеся около пупка, тупого, распирающего характера, не иррадиируют. Часто метеоризм (повышенное газообразование). Астено-невротический синдром, снижение массы тела, гиповитаминоз, сухость кожи, «заеды» в углах рта, иногда анемия.



Классификация (А.В.Фролькис, 1996)

- **По этиологии:** инфекционные, паразитарные, токсические, медикаментозные, алиментарные, радиационные, вторичные.
- **По преимущественной локализации:** хр.еюнит (верхний отдел тонкой кишки), хр.илеит (нижний отдел тонкой кишки)
- **По фазе заболевания:** обострение, ремиссия.
- **По течению:** легкое, средней тяжести, тяжелое.
- **По характеру функциональных нарушений тонкого кишечника:** синдром недостаточности пищеварения, синдром недостаточности всасывания, синдром экссудативной энтеропатии.



Степени тяжести

- **Легкое течение** – преобладание «кишечных» симптомов, масса тела снижена не более, чем на 5-7 кг, общие симптомы отсутствуют.
- **Средней степени тяжести** – к типичным симптомам добавляются выраженные признаки нарушения всасывания – значительное снижение массы тела, гиповитаминоз.
- **Тяжелое течение** – значительно выражено нарушение пищеварения и всасывания, вес низкий, осложнения со стороны других органов – хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический гепатит.



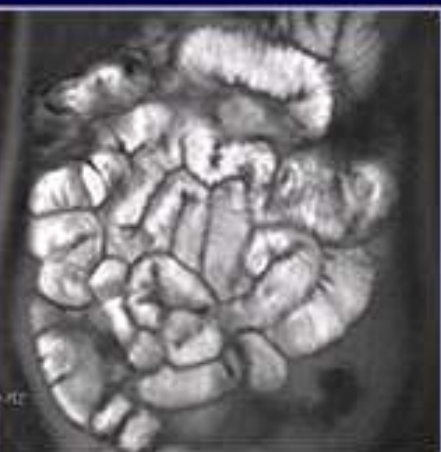
Диагностика

- Жалобы, анамнез, клинический минимум, инструментальная диагностика, лабораторная - исследование кала: копрология, бак. исследование кала – патогенная и нормальная флора.
- В кл.ан.кр. - анемия часто, в обострение м.б. лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- В б/х ан.кр. – снижение белка (гипопротеинемия), глюкозы, гиперхолестеринемия.

ВИЗУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КИШЕЧНИКА



- Рентгенологическое исследование
- Компьютерная томография
- Магнитно-резонансная томография
- Трансабдоминальная эхография
- Радионуклидное исследование



Факторы, влияющие на диагностическую эффективность КТ исследования кишечника

- Тщательное очищение кишечника



- Расслабление кишечника



Основные свойства Бускопана®

- М-холиноблокатор направленного действия, тропный к гладкой мускулатуре внутренних органов: желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих и мочевыводящих путей
- Параллельный ганглиоблокирующий эффект
- В терапевтических дозах не проникает через гематоэнцефалический барьер
- Минимум атропиноподобных эффектов (сухость во рту, тахикардия, спазм аккомодации и мидриаз)



Предварительная подготовка

- За три дня до исследования необходимо исключить из рациона пищу, богатую клетчаткой: свежие фрукты и овощи, зелень, злаковые, бобовые, грибы, ягоды, черный хлеб.
- Можно употреблять: бульон, отварное мясо, рыбу, курицу, сыр, белый хлеб, масло, печенье.

Основные способы и средства для подготовки толстой кишки к КТ-исследованию

Очистительные клизмы
+ слабительные

Лаваж с применением
больших объемов жидкости
и растворов электролитов

Современные способы
подготовки к КТ

Гиперосмолярные
слабительные средства
(фосфат натрия)

Лаваж малыми объемами с
применением осмотических
слабительных (ПЭГ, манитол)



Лечение

- Категорически запрещены – курение, прием алкоголя (пиво в т.ч.)!
- При обострении тяжелом – госпитализация. Вне обострения на дому. Основное- соблюдение правильного режима (дробность питания запрещение переедания, голода, своевременное лечение другой патологии ЖКТ) и соответствующей диеты - №4. Обильное питье. Очистительная клизма, тепло на живот.
- По назначению врача – по показаниям – а/б; вяжущие, обволакивающие, ферменты, при истощении, белковое питание, витамины, микроэлементы, физиопроцедуры, ЛФК, санаторно-курортное лечение.



Профилактика

- **Первичная** - соблюдение правильного режима (запрещение переедания, голода, своевременное лечение другой патологии ЖКТ). Адекватное лечение острой кишечной инфекции. **Категорически запрещены – курение, прием алкоголя (пиво в т.ч.)!**
- **Вторичная** - диспансерное наблюдение, курсы ферментов, средств, нормализующих моторику кишечника, фитотерапия, физиотерапия.



Хронический колит -

- хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки, протекающее с морфологическими изменениями слизистой оболочки и нарушениями моторной, всасывательной и др. функций толстой кишки.
- **Причины:** кишечные инфекции, включая активизацию условно-патогенной и сапрофитной флоры (явления дисбактериоза), простейшие (лямблии, , кишечная амеба, балантидии), гельминты поддерживают уже возникший патологический процесс, другие заболевания ЖКТ, аллергические факторы, иногда причина остается неизвестной.



Классификация

- По этиологии: см. причины
- По преимущественной локализации: тотальный колит, сигмоидит, проктит, тифлит.
- По фазе заболевания: обострение, ремиссия.
- По течению: легкое, средней тяжести, тяжелое.



Симптоматика

■ Основное проявление болезни – расстройство опорожнения кишечника, что проявляется в виде смены поноса (диарея) и запоров. Стул 3-4 (в обострение до 10) раза в день. Дефекации сопутствует схваткообразная боль внизу живота (тенезмы), после отхождения газов – боль исчезает. Боль усиливается после приема углеводной пищи. Метеоризм. Усиленная перистальтика кишечника, вследствие этого вода не всасывается, стул – жидкий и даже водянистый. У других – доминирует запор (1 раз в 3 дня и реже). Астено-невротический синдром – повышенная утомляемость, раздражительность, снижение физической и умственной работоспособности, снижение аппетита, массы тела, отрыжка,

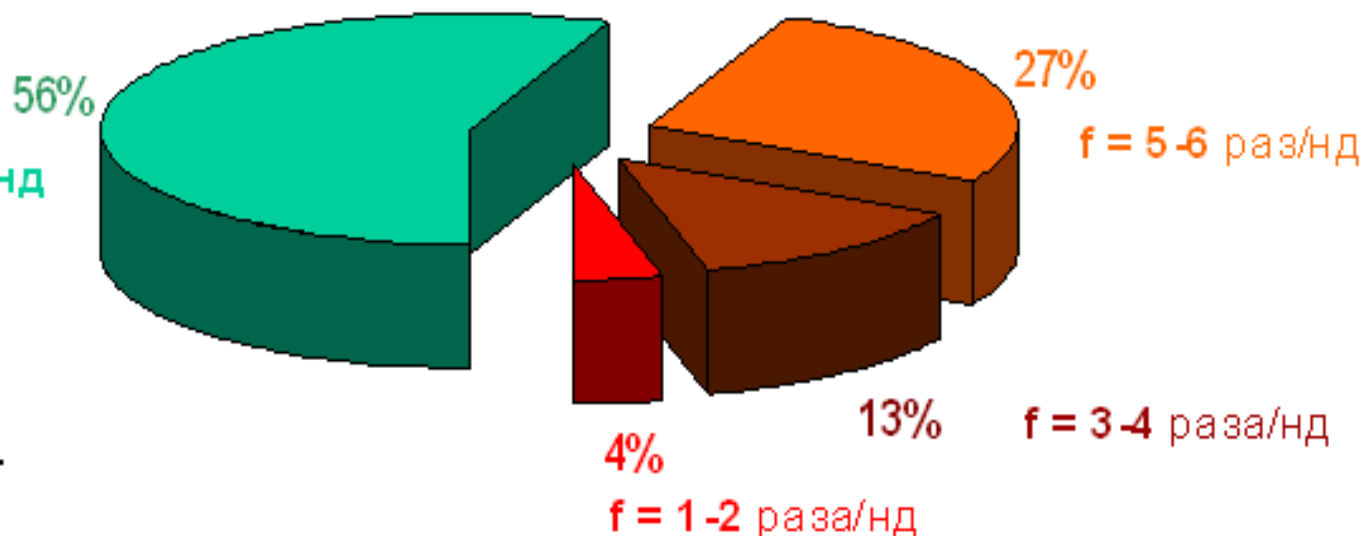
Констипация (запор)

Заболеваемость (K59.0)

56%

F = 7 р/нд

n = 2501,
16-75 лет



■ Здоровые ■ Запор I ст ■ Запор II ст ■ Запор III ст

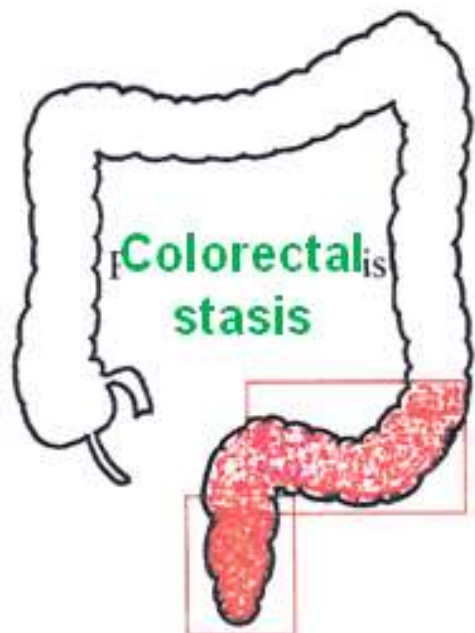
Шемеровский К.А., 2004.

«Запор - отсутствие выделения кала в течение 24 часов»

Роберт Хегглин, Дифференциальная диагностика внутренних болезней, с. 557, 1993

Запор – фактор риска колоректального рака

(Шемеровский К.А., Клиническая медицина, 2005, № 12, 60-64)



Колоректальный
стаз

Повышает концентрацию канцерогенов [1]

Удлиняет экспозицию канцерогенов [2]

Повреждает дистальные отделы кишки [3]

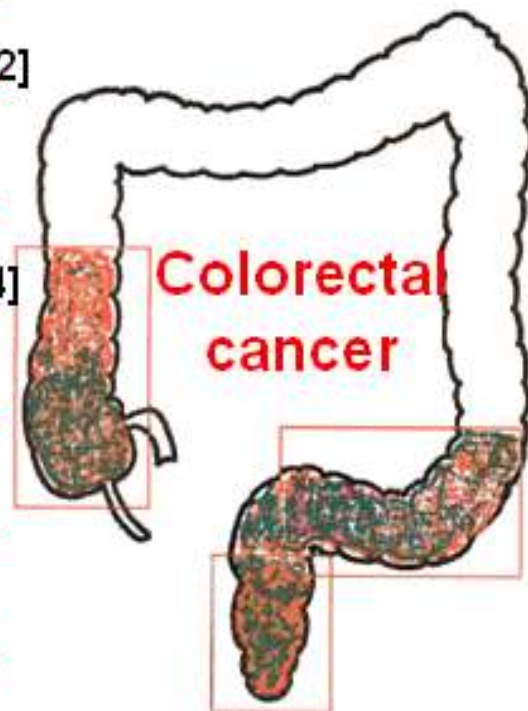
Разрушает эпителий толстой кишки [4]

Уменьшает толщину защитной слизи [5]

Предшествует выявлению рака кишки [6]

Повышает концентрацию токсинов [7]

Повышает риск колоректального рака [8]



Колоректальный
рак

Почему стул должен быть обязательно утром? (облигатность утреннего стула)

1. Порция стула формируется за время ночного сна
(толстая кишка работает всю ночь)
2. Утром возникают 3 мощных рефлекса: (**ПОЗЫВ**)
 - Ортостатический (на вертикальное положение)
 - Сигмо-ректальный (на висцероптоз)
 - Гастро-ректальный (на прием пищи)
(подавлять позывы = преступление)
3. Утренние катехоламины (КА) – расслабляют кишку
(Если КА не помогают кишке, то – вредят сердцу)
4. При утреннем стуле – риск запора минимален
(при вечернем стуле – риск повышен в 4 раза)
5. Стоит ли **носить в себе весь день ненужный хлам**?

Ни дня без утреннего стула

Не стоит в жизни проводить:

Нет благотворней процедуры,

Чтоб без болезней долго жить!





Диагностика

- Жалобы, анамнез, клинический минимум, инструментальная диагностика, лабораторная - исследование кала: копрология, бак. исследование кала – патогенная и нормальная флора.
- Ирригоскопия (графия) с барием
- Колонскопия, ректороманоскопия, пальцевое исследование прямой кишки.
- В кл.ан.кр. - в обострение м.б. лейкоцитоз, ускорение СОЭ



Лечение

- Диета с исключением непереносимых продуктов. При обострении – диета № 2, 4а; дробное питание.
- По показаниям а/б, спазмолитики, регуляторы моторики, слабительные, вяжущие, антациды, антидиарейные.



Профилактика

- **Первичная** – устранение факторов риска, соблюдение правильного режима питания (запрещение переедания, голода, своевременное лечение другой патологии ЖКТ). Адекватное лечение острой кишечной инфекции. **Категорически запрещены – курение, прием алкоголя (пиво в т.ч.)!**
- **Вторичная** - диспансерное наблюдение, курсы ферментов, средств, нормализующих моторику кишечника, фитотерапия, физиотерапия.



Синдром раздраженного кишечника

- - комплекс функциональных расстройств толстой кишки, продолжающихся более 3 мес.
- СРК с диареей, без диареи, с запором.
- Причины: психоэмоциональные стрессы, нарушение правильного режима питания, недостаток клетчатки в пище, гиподинамия, гинекологические заболевания, гипотиреоз, сахарный диабет, перенесенные ОКИ, дисбактериоз.
- Нарушение деятельности ЦНС и ВНС, эндокринной системы, дисбаланс гормонов, влияющих на моторную активность кишечника.
- Проявления: боль, нарушение стула, метеоризм, головная боль, учащение мочеиспускания.



Диагностика

- Жалобы, анамнез, клинический минимум, инструментальная диагностика, лабораторная - исследование кала: копрология, бак. исследование кала – нормальная флора.
- Ирригоскопия (графия) с барием - дискинезия
- Колонскопия, ректороманоскопия, пальцевое исследование прямой кишки – наличие слизи и склонность к спастическому сокращению кишечника.
- В кл.ан.кр. – без изменений