

Надеюсь вы весело проводите
время, пока кое-кто тут
круглосуточно работает!



Заболевания ЖКТ
Хронический гепатит.
Цирроз печени.
Хронический энтерит.
Хронический колит.

К.М.Н. МАКСИМЕНКОВА В.В.

[theawkwardyeti.com](https://www.youtube.com/channel/UCkukwvnyf7t3cm)
vk.com/theawkwardyeti

◎ Хронический гепатит

- ◎ — это воспалительное поражение паренхимы и стромы печени, развивающееся под действием различных причин и продолжающееся больше 6 месяцев.

○ **Этиология гепатитов**

- **Первое место** среди этиологических факторов хронического гепатита занимают вирусы гепатитов и чаще всего это вирусы гепатита В, С и D.
 - **Наследственно детерминированный** аутоиммунный процесс (аутоиммунный гепатит).
- **Лекарственно-индуцированные** поражения печени. Лекарственный гепатит чаще вызывают антибиотики (тетрациклин, левомицетин, гентамицин, эритромицин, олеандомицин, рифампицин, нитроксолин, сульфасалазин и др), фторотан, психотропные средства, противотуберкулезные препараты, НПВС, гормоны, анаприлин, непрямые антикоагулянты, салуретики, H₂-блокаторы, йодсодержащие контрастные вещества, метилдопа, парацетамол, метотрексат, препараты железа и др.
 - **Профессиональные гепатиты**, т.е. развивающиеся вследствие хронической интоксикации на производстве (хлорированные углеводороды, хлорированный нафталин и дифениламин, бензол и его производные, свинец, ртуть, золото, марганец, мышьяк, фосфор и др.)
- **Криптогенные гепатиты**, т.е вызванные не известными факторами. Чаще всего ими являются не идентифицированные на сегодняшний день вирусы.

- ⊙ **Классификация гепатитов:**

- ⊙ **1. по этиологии:**

- ⊙ хронический вирусный гепатит В, С, Д.

- ⊙ аутоиммунный гепатит.

- ⊙ алкогольный гепатит.

- ⊙ токсический или лекарственный – инду

- ⊙ цирроанный

- ⊙ **2. по степени активности процесса:**

- ⊙ низкая.

- ⊙ умеренная.

- ⊙ высокая.

- ◎ **Причины развития:**

- ◎ **1) Главной причиной являются перенесённые в прошлом острые вирусные гепатиты В, С, Д.**

- ◎ **Пути передачи:**

- ◎ -парентеральный –

- ◎ -половой

- ◎ -от матери к плоду.

- ◎ **2) Лекарственные поражения печени:**

- ◎ -цитостатики

- ◎ -салицилаты

- ◎ -анаболики

- ◎ -противодиабетические препараты.

◎ 3) Токсическое воздействие на печень оказывают:

-алкоголь

◎ -хлорированные углеводороды

◎ -металлы(свинец, ртуть, мышьяк, фосфор)

◎ -бензол и его производные.

⦿ Патогенез.

⦿ Хроническое течение и прогрессирование заболевания объясняется двумя процессами:

⦿ 1) Персистенция вируса в организме больных на фоне ослабления иммунной системы.



2) Развитие аутоиммунных процессов, когда под воздействием различных факторов сами гепатоциты приобретают антигенные свойства.

- ◎ Клинические синдромы:
- ◎ 1. Астеновегетативный синдром—
 - ◎ Слабость.
 - ◎ Выраженная утомляемость.
 - ◎ Снижение работоспособности.
 - ◎ Нервозность.
 - ◎ Нарушения сна.
 - ◎ Иппохондрия.
 - ◎ Резкое похудание.

- ◎ 2. Диспептический синдром.
 - ◎ Тошнота.
 - ◎ Иногда рвота.
 - ◎ Плохой аппетит.
 - ◎ Тяжесть в эпигастрии.
 - ◎ Отрыжка.
 - ◎ Горечь во рту.
 - ◎ Упорное вздутие живота.
- ◎ Непереносимость жирной пищи.
 - ◎ Нарушения стула.

◎ 3. Синдром иммунного воспаления.

◎ повышение температуры тела,

◎ увеличение л/у,

◎ боли в суставах,

◎ спленомегалия.

- ◎ **4. Цитолитический синдром** - снижение массы тела, лихорадка, желтуха, геморрагический диатез, печеночный запах изо рта. Появление внепеченочных знаков: «печеночный язык», «печеночные ладони», пальмарная эритема, сосудистые звездочки, изменение ногтей, оволосения, гинекомастия и пр. Снижение в сыворотке крови альбуминов, протромбина, холестерина, холинэстеразы. **Повышение в сыворотке крови связанного билирубина, уровня ферментов:** АЛТ, АСТ, ЛДГ, альдолазы, гамма-глутамил транспептидаза (ГГТП), глутаматдегидрогеназы, сорбит дегидрогеназы, кислой фосфатазы.
- ◎ Уменьшение функциональной способности печени и нарушение его дезинтоксикационной функции.

- ◎ **5. Холестатический** –боль (дискомфорт) в правом подреберье, в результате растяжения капсулы печени при нарушении пассажа желчи и присоединяющейся билиарной дискинезии;
- ◎ **Желтуха, упорный кожный зуд** в результате холемии (накопление в плазме желчных кислот), пигментация кожи, появление ксантелазм и ксантом.
- ◎ **потемнение мочи и посветление кала.** Выраженная недостаточность экскреции желчи в 12 п.к. ведет к нарушению эмульгации/переваривания жиров и диспептическим проявлениям.
- ◎ **Лабораторные исследования крови** выявляет классическую «триаду»: ↑↑прямого билирубина, увеличение активности ЩФ и высокую концентрацию холестерина.

- ◎ 6. Синдром малой печёночной недостаточности.

- ◎ Похудание.
- ◎ Желтуха.
- ◎ Печёночный запах изо рта.
- ◎ Появляются «печёночные» ладони.
 - ◎ «Печёночный » язык.
- ◎ Сосудистые звёздочки на теле.
- ◎ Пальцы в виде барабанных палочек.
 - ◎ Ногти в виде часовых стёкол.
 - ◎ Ксантелазмы на коже.

- ◎ 7. Геморрагический синдром.

- ◎ Кровоточивость десен.

- ◎ Носовые кровотечения.

- ◎ Геморрагии на коже.

- ◎ Уменьшение количества тромбоцитов.

- ◎ Уменьшение синтеза факторов свертывания крови (II, V, VII).

- ◎ 8. Синдром гиперспленизма.

- ◎ Анемия.

- ◎ Тромбоцитопения.

- ◎ Лейкопения.

- ◎ Увеличение селезёнки.

⊙ Клинические проявления.

- ⊙ Различной степени выраженности синдрома гепатита, указанные выше.
 - ⊙ *Боль* или чувство тяжести в правом подреберье.
 - ⊙ *Желтуха*. Этапность желтухи: склеры – слизистая нижней поверхности языка – кожа лица, ладоней, подошв – вся поверхность кожи.
 - ⊙ *Кожный зуд* и расчесы на теле.
- ⊙ *При обострении* гепатита появляется субфебрильная температура.
 - ⊙ *Снижение* массы тела.
- ⊙ *Пальпаторно и перкуторно* выявляется увеличение печени. Поверхность печени гладкая, край острый, тонкий, умеренно повышенной плотности.
- ⊙ *При активном* процессе появляется умеренная спленомегалия.

◎ **Малые печеночные знаки**

◎ **Телеангиэктазии** (локальное чрезмерное расширение капилляров и мелких сосудов от единичных до рассеянных вплоть до появления «полей сосудистых звездочек»).

Локализация - шея, лицо, плечи, верхняя половина туловища.

◎ **Печеночные ладони** или пальмарная эритема (красные ладони, ярко-красная эритема в области возвышения большого пальца и мизинца). Часто сочетаются с аналогичными изменениями стоп.

◎ *Гинекомастия*

- ◎ *Ксантомы* (бугристые уплотнения в области суставов и ахилловых сухожилий).
- ◎ *Ксантелазмы* (различной формы пятна желто-оранжевого цвета, возвышающиеся и локализующиеся на коже век, ушных раковин, слизистых полости рта. Являются образованиями состоящие из скоплений фагоцитов, холестерина и триглицеридов.
 - ◎ *Петехии* и экхимозы на коже.
 - ◎ *Кровоточивость* слизистых рта и носа.

⦿ **Диагностика:**

- ⦿ **1. ОАК** – анемия, тромбоцитопения, лейкопения, увеличение СОЭ.
- ⦿ **2. БАК** – гипербилирубинемия, диспротеинемия, за счет увеличения количества глобулинов. Повышение уровня осадочных проб – сулемовая, тимоловая. Повышение уровня трансаминаз – Ал-Ат, Ас-Ат, и щ.ф..
 - ⦿ **3. ОАМ** – протеинурия, микрогематурия, билирубин в моче.
 - ⦿ **4. Иммунологический анализ.**
 - ⦿ **5. Маркёры вирусной инфекции.**

- ⦿ **Инструментальные исследования:**

- ⦿ **1. УЗИ печени и желчного пузыря** (выявляется неравномерность ткани печени, увеличение размеров).

- ⦿ **2. КТ органов брюшной полости.**

- ⦿ **3. Гастроскопия.**

- ⦿ **4. Колоноскопия.**

- ⦿ **5. Пункционная биопсия печени** с последующим гистологическим исследованием, может проводиться во время лапароскопии или чрезкожно. Позволяет судить об активности процесса и является важным дифференциальным критерием для отличия хр. гепатита от цирроза печени.

◎ **Цирроз печени** - хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и нарастающим фиброзом, и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии

⦿ Классификация цирроза печени

⦿ По этиологии:

- ⦿ -вирусный
- ⦿ -алкогольный
- ⦿ -аутоиммунный
- ⦿ -токсический
- ⦿ -генетический
- ⦿ -кардиальный
- ⦿ -холестатический

- ◎ 2. стадии портальной гипертензии:

- ◎ -стадия компенсации

- ◎ -начальной декомпенсации

- ◎ -выраженной декомпенсации

- ◎ 3. стадии печёночной недостаточности:

- ◎ -компенсированная

- ◎ -субкомпенсированная

- ◎ -декомпенсированная (вплоть до развития печёночной комы).

- ◎ 4. Активность процесса:

- ◎ -активная фаза

- ◎ -ремиссия

- ◎ 5. течение процесса:

- ◎ -медленно прогрессирующее

- ◎ -быстро прогрессирующее

- ◎ -стабильное.

⦿ По морфологии:

- ⦿ а) макронодулярный (крупноузловой) — нерегулярно расположенные крупные узлы до 5 см в диаметре, разделенные различной ширины тяжами соединительной ткани; чаще вирусного генеза
- ⦿ б) микронодулярный (мелкоузловой) — регулярно расположенные мелкие узлы 1-3 мм в диаметре, разделенные сетью рубцовой ткани; чаще алкогольного генеза
- ⦿ в) микро-макронодулярный (смешанный)

⊙ Клиника цирроза печени

⊙ Жалобы:

- ⊙ боли в правом подреберье, эпигастрии, усиливающиеся после еды и физической нагрузки
- ⊙ чувство горечи и сухости во рту,
 - ⊙ тошнота, иногда рвота,
 - ⊙ зуд кожи (холестаз),
- ⊙ повышенная утомляемость, раздражительность
 - ⊙ метеоризм,
 - ⊙ похудание
 - ⊙ импотенция у мужчин,
- ⊙ нарушение менструального цикла у женщин

⦿ Клиника цирроза печени

⦿ Осмотр:

- ⦿ *похудание* вплоть до кахексии, атрофия мышц
- ⦿ *сухая*, шелушащаяся желтушно-бледная кожа
- ⦿ *расширение вен* передней брюшной стенки (голова медузы)
- ⦿ *телеангиэктазии* на верхней половине туловища
- ⦿ *пальмарная эритема* («руки любителей пива»)
 - ⦿ *контрактура Дюпюитрена*- разрастание соединительной ткани в ладонной фасции по ходу сухожилий IV-V пальцев кисти
 - ⦿ *лакированный*, отечный язык
- ⦿ *гинекомастия*, атрофия половых органов у мужчин
- ⦿ *уменьшение* выраженности вторичных половых признаков
 - ⦿ *асцит*

○ Основные клинико - лабораторные синдромы

○ мезенхимально-воспалительный (обычно слабовыражен):

- ↑ СОЭ, СРБ, фибриногена, $\alpha 2$ - и γ -глобулинов, тимоловой пробы
- гипертермия, лимфаденопатия, спленомегалия

○ цитолиза: (обычно слабовыражен, нет функционирующих гепатоцитов и нет ферментов):

- ↑ АЛТ, АСТ, ЛДГ
- гипертермия, интоксикация

○ холестаза:

- ↑ прямого билирубина, ЩФ, ГГТП, холестерина
- желтуха, кожный зуд, брадикардия, темная моча, светлый кал

○ синтетической недостаточности:

- ↓ альбумина, фибриногена, протромбина
- геморрагический и отечно-асцитический синдром

○ детоксикационной недостаточности:

- повышение ионов аммония, ряда гормонов
- печеночная энцефалопатия, гипернатриемия, пальмарная эритема и др.

- ◎ **Портальная гипертензия** - повышение давления в бассейне воротной вены, вызванное нарушением кровотока различного происхождения и локализации (в портальных сосудах, печеночных венах, нижней полой вене).

- ◎ **Клинически:**

- ◎ **1.** Варикоз вен передней брюшной стенки, пищевода, реже желудка и аноректальной зоны
 - ◎ **2.** Асцит
- ◎ **3.** Спленомегалия, гиперспленизм с цитопениями
- ◎ **4.** Портальная гипертензионная гастропатия

○ Осложнения цирроза печени

- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка
- печёночная энцефалопатия и кома
- эрозивно-язвенные поражения желудка и 12ПК
гепатоцеллюлярная карцинома (цирроз-рак)
- спонтанный бактериальный перитонит
- гепаторенальный синдром (функциональная форма почечной недостаточности, возникающая на фоне декомпенсации заболевания печени)
- гепато-пульмональный синдром (нарушение артериальной оксигенации на почве интрапульмональной сосудистой дилатации при заболевании печени)

⦿ Диагностика цирроза печени

- ⦿ **ОАК, ОАМ**, качественные реакции на содержание в моче билирубина и уробилина,
- ⦿ **БАК**: билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, активность АСТ и АЛТ, ЩФ, ГГТП, ХС, ТГ, фракции ЛП, мочевины, глюкоза, тимоловая и сулемовая пробы, коагулограмма
- ⦿ **ФЭГДС**
- ⦿ **УЗИ** органов брюшной полости
- ⦿ **КТ**, радиоизотопное сканирование печени, лапароскопия с биопсией (по показаниям)

◎ Хронический энтерит

- ◎ - хроническое полиэтиологическое заболевание тонкого кишечника, характеризующееся развитием воспалительно-дистрофических процессов, дегенеративными изменениями, атрофией слизистой оболочки и нарушением всех функций тонкого кишечника (переваривания и всасывания).

◎ ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- ◎ **Основные этиологические факторы:** инфекция, алиментарный фактор, паразитарные инвазии, токсические воздействия, злоупотребление некоторыми медикаментами, радиоактивное облучение, механические воздействия, генетические факторы, аномалии развития кишечника и др.
- ◎ Ведущие **патогенетические механизмы** - кишечный дисбактериоз, аллергия (микробная, пищевая аллергии, тканевая аллергия), врожденная и приобретенная энзимопатия.

⊙ Классификация хронических энтеритов (А. В. Фролькис, 1996, с изменениями).

⊙ 1. Этиология.

⊙ 1.1. Инфекционные

⊙ 1.2. Паразитарные.

⊙ 1.3. Токсические.

⊙ 1.4. Медикаментозные.

⊙ 1.5. Алиментарные.

⊙ 1.6. Радиационные.

⊙ 1.7. После операций на тонкой кишке.

⊙ 1.8. Врожденные аномалии кишечника.

⊙ 1.10. Вторичные (при других заболеваниях).

- Классификация (продолжение)
- 2. Преимущественная локализация.
- 2.1. Хр. **еюнит** - острый или хр. воспалительный процесс в тощей кишке.
- 2.2. Хр. **илеит** - острое или хр. воспаление подвздошной кишки (дистального отдела тонкого кишечника)
- 2.3. Хр. тотальный энтерит.
- 3. Характер морфологических изменений тонкой (тощей) кишки.
- 3.1. Еюнит без атрофии.
- 3.2. Еюнит с умеренной ворсинчатой атрофией.
- 3.3. Еюнит с субтотальной ворсинчатой атрофией.
- 4 Клиническое течение.
- 4.1. Легкое течение.
- 4.2. Средней тяжести.
- 4.3. Тяжелое течение.

- **Классификация (продолжение)**
- **5 Фаза заболевания.**
- 5.1. Фаза обострения.
- 5.2. Фаза ремиссии.
- **6 Характер функциональных нарушений тонкого кишечника.**
- 6.1. Синдром недостаточности пищеварения (мальдигестия).
- 6.2. Синдром недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбция).
- 6.3. Синдром экссудативной энтеропатии.
- 6.4. Синдром многофункциональной недостаточности тонкой кишки (энтеральная недостаточность).
- **7. Степень вовлечения толстой кишки.**
- 7.1. Без сопутствующего колита.
- 7.2. С сопутствующим колитом.

◎ КЛИНИКА

- ◎ Местные симптомы

- ◎ Общие симптомы

◎ Местные симптомы

- ◎ 1. Расстройства стула (поносы) 4-6 раз в сутки
 - ◎ 2. Полифекалия
- ◎ 3. В кале остатки непереваренной пищи 4. Стеаторея.
 - ◎ 5. Метеоризм и урчание в животе.
 - ◎ 6. Боль в животе (в области пупка).
 - ◎ 7. Вздутие живота.
 - ◎ 8. Болезненность при пальпации.

- ◎ **Общие симптомы**

- ◎ 1. Боли в эпигастрии

- ◎ 2. Диспептические расстройства

- ◎ 3. Атрофический гастрит

- ◎ 4. Реактивный гепатит

- ◎ 5. Реактивный панкреатит

- ◎ 6. Похудание

- ◎ 7. Трофические расстройства (сухость кожи, выпадение волос, повышенная ломкость ногтей)

- ◎ 8. Нарушение обмена веществ.

◎ СИНДРОМЫ

- ◎ 1. *Дискинетический* и *диспепсический* синдромы.
- ◎ 2. *Астеновегетативный* синдром.
- ◎ 3. Синдром *мальабсорбции*.

⦿ *Клиника*

- ⦿ 1. Дискинетический и диспепсический синдромы:
частые жалобы:
 - ⦿ на нарушение опорожнения кишечника - понос (диарея) характеризуется частым опорожнением кишечника (2-3 раз в день) наличием непереваренных остатков.
 - ⦿ Позывы к дефекации возникают спустя 20-30 мин после приема пищи и сопровождаются сильным урчанием и переливанием в животе.
 - ⦿ Часто отмечается непереносимость молока. Вызывают обострение также прием острой, жирной пищи, переедание.

⦿ *Клиника*

- ⦿ **Дискинетический синдром проявляется также болями.**
 - ⦿ Локализуются возле пупка,
 - ⦿ носят тупой, распирающий характер,
 - ⦿ не иррадиируют, появляются через 3-4 ч после еды,
 - ⦿ сопровождаются вздутием, переливанием в животе, затихают после согревания живота.
 - ⦿ Часто отмечается метеоризм.

⊙ *Клиника*

⊙ 2. Астеновегетативный синдром.

- ⊙ **Выражен ярко:** слабость,
- ⊙ повышенная физическая и умственная утомляемость.

При поражении тонкой кишки вследствие нарушения всасывания продуктов расщепления белков, витаминов, липидов **снижается масса тела.**

◎ *Клиника*

- ◎ **синдрома мальабсорбции:** снижение массы тела, трофические изменения кожи (сухость, шелушение, истончение, выпадение волос, ломкость ногтей).

При нарушении всасывания **кальция** возникает патологическая ломкость костей.

При развитии **надпочечниковой недостаточности** появляются - гиперпигментация кожи, особенно кожных складок ладоней, слизистой оболочки рта, артериальная и мышечная гипотония.

⦿ Лабораторные данные:

- 1) **в анализе кала** - большое количество мышечных волокон, жирных кислот и мыл, немного соединительной ткани, крахмала, растительной клетчатки;
- 2) **посев кала**: большое количество патогенной флоры - эшерихий, стафилококка, протей, стрептококка;
- 3) **анализ крови**: увеличение СОЭ, С-реактивного белка, увеличение фибриногена, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия.

⦿ Хронический колит

⦿ Хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки, характеризующееся развитием воспалительно-дистрофических, а при длительном существовании – атрофических изменений слизистой оболочки, а также нарушением функции толстого кишечника.

⊙ *Этиология*

⊙ **Причины развития хронического колита весьма разнообразны:**

- **инфекция** (возбудители кишечной инфекции, в первую очередь шигеллы, сальмонеллы);
 - дисбактериоз;
 - патогенные грибы;
 - инвазия простейших (амебы, лямблии);
 - инвазия гельминтов;
- алиментарный фактор (длительное нарушение режима и неполноценное питание);
- интоксикация лекарственными и другими химическими веществами;
 - воздействие проникающей радиации;
- механический фактор (длительные запоры);
- заболевания пищеварительного тракта (колит, химические гастриты, панкреатиты, хронические энтериты).

- Классификация хронических колитов по А.А. Аскарову и У.А. Аскарову(1969 г.)

- **I. По этиологии и патогенезу:**

- 1. Колиты инфекционные: *Специфические. Неспецифические.*
 - 2. Колиты постинфекционные
 - 3. Колиты паразитарные: *Гельминтозные.*
 - 4. Колиты алиментарные
 - 5. Колиты токсические: *Эндогенные. Экзогенные.*
 - 6. Колиты токсикоаллергические и аллергические: *Лекарственные. Пищевые.*
 - 7. Колиты неврогенно – дискинетические
 - 8. Колиты механические
- 9. Колиты на почве аномалий развития и расположения толстой кишки.
 - 10. Колиты невыясненной этиологии

- ◎ II. По характеру анатомических изменений и локализации процесса:
 - ◎ 1. По характеру анатомических изменений:
 - ◎ эрозивный, атрофический, смешанный.
 - ◎ 2. По преимущественной локализации процесса:
 - ◎ а) панколит (воспаление толстой кишки на всем протяжении)
 - ◎ б) сегментарный колит: правосторонний, левосторонний
 - ◎ в) энтероколит
- ◎ III. По характеру функциональных нарушений кишечника: спастические, атонические и их сочетания.
 - ◎ IV. По тяжести заболевания:
 - ◎ Легкая форма
 - ◎ Средне – тяжелая форма
 - ◎ Тяжелая форма

- ◎ **У. По фазе заболевания:**

- ◎ 1. обострения 2. затухания 3. ремиссия

- ◎ **УІ. По типу течения:** хронический, латентный, рецидивизирующий, быстро-прогрессирующий, острый, молниеносный в случаях НЯК.

- ◎ **УІІ. По наличию осложнений:**

- ◎ Неосложненные формы.

- ◎ Осложненные: а) колиты с местными (со стороны кишечника) осложнениями ; б) колиты с общими системными осложнениями.

- ◎ **УІІІ. По исходу:** полное выздоровление, значительное улучшение, ухудшение.

◎ КЛИНИКА

- ◎ Местные симптомы

- ◎ Общие симптомы

- ◎ **Местные симптомы**

- ◎ Поносы и запоры

- ◎ Боли в нижних отделах живота больше слева

- Метеоризм и урчание в животе

- ◎ Кишечные колики

- ◎ В кале много слизи, крахмала

- ◎ Слепая кишка растянута, болезненная

- ◎ Часто тенезмы

- ◎ **Копрограмма:** лейкоциты, эритроциты, клетки мышечного эпителия.

- ◎ Сигмовидная кишка спазмированная, болезненная.

- ◎ **Общие симптомы**

- ◎ 1.Раздражительность

- ◎ 2.Головные боли

- ◎ 3.Плохой сон

- ◎ 4.Язык с отпечатками от зубов, отечный.

◎ *Клиника*

- ◎ **Частые жалобы:** на расстройство стула (смена запоров и поносов). схваткообразная боль внизу живота (тенезмы).

Расстройства моторики проявляются усиленной перистальтикой, в результате которой жидкое содержимое достигает сигмовидной кишки, в результате стул бывает жидким и даже водянистым.

Дискинетический синдром —

боль в животе - локализуется внизу живота или в боковых его отделах

схваткообразный характер, часто усиливается после приема легкобродящих углеводов (черный хлеб, капуста, молоко) и стихает после опорожнения кишечника и отхождения газов.

метеоризм - вздутие живота вследствие повышенного газообразования.

астеноневратический синдром выражен ярко: выраженная слабость, повышенная физическая и умственная утомляемость.

⦿ **ДИАГНОСТИКА ХР. КОЛИТА 1.**

Ректороманоскопия (с биопсией) 2. Колоноскопия

⦿ **3. Копрологическое исследование 4.**

Биохимическое исследование кала (энтерокиназу, ЩФ, растворимый белок)

⦿ **5. Рентгеновское исследование (пассаж бария по толстой кишке, ирригоскопия)**

⦿ **Лабораторные данные:**

⦿ **в копрограмме - большое количество жирных кислот, крахмала, растительной клетчатки и мышечных волокон.**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ