

# Синдром раздраженной кишки

- функциональное заболевание, для которого характерна устойчивая совокупность кишечных СИМПТОМОВ



## **Римские критерии:**

I. Наличие постоянных или периодически повторяющихся в течение 3 мес. симптомов:

**боль или дискомфорт** в животе, стихающие с дефекацией или связанные с изменением частоты дефекации или консистенцией стула.

II. Наличие двух симптомов и более, присутствующих по крайней мере 1 раз в 4 дня:

- **изменения частоты стула** (более 3 позывов в день, менее 3 позывов в неделю);
- **изменения консистенции стула** (плотный, жидкий);
- **измененная дефекация** (натуживание, неотложность, чувство неполного опорожнения);
- **выделение слизи;**
- **метеоризм.**

# Диагностика.

- Пальпация: болезненность ободочной кишки, спазмированную плотную сигмовидную кишку, вздутую урчащую слепую кишку.
- Ирригоскопии-неравномерное наполнение и опорожнение кишечника, чередование спастически сокращенных и расширенных участков и/или избыточную секрецию жидкости в просвет кишечника.
- • ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки тонкой кишки проводят для исключения целиакии.
- колоноскопию с биопсией для исключения органической патологии
- УЗИ органов брюшной полости для исключения ЖКБ, кисты и кальцинаты в поджелудочной железе, объемные образования.

•

•

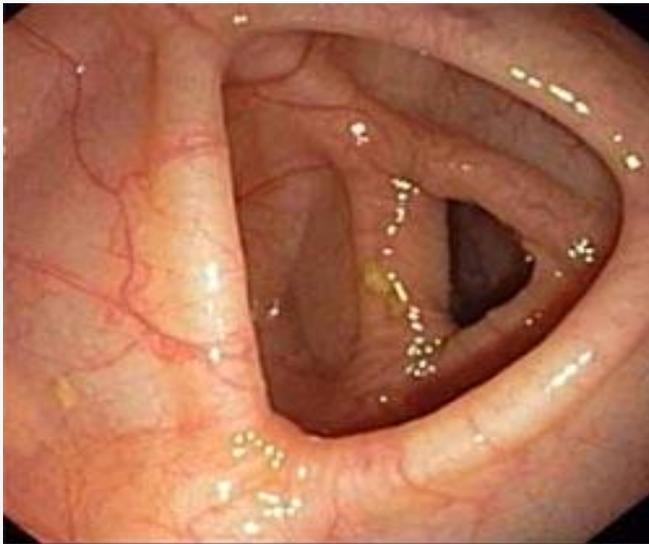
•

# Лечение.

- **Диета** (иск. молоко, алкоголь, капусту, бобовые)
- **спазмолитики** (дротаверин по 2 таблетки 3-4 раза в день, мебеверин по 200 мг 2 раза в день)
- **При диарее:** лоперамид по 4 мг после первого жидкого стула, затем - по 2 мг после каждого жидкого стула (16мг/сут)
- **При запоре:** мягкие осмотические слабительные ( лактолозу в дозе 30-50 мл/сут ); прокинетики.
- • Для уменьшения выраженности **метеоризма** применяют симетикон по 2 капсулы 3 раза в день.

# НЯК

- это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений.



- Норма      Умеренное воспаление язвенного колита

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- наиболее часто в Европе и Северной Америке от 4 до 20 случаев на 100 000 населения, составляя в среднем 8—10 случаев на 100 000 жителей в год.
- Распространенность язвенного колита (численность больных) составляет 40—117 больных на 100 000 жителей.
- 1 пик 20—40 лет. 2 пик -после 55 лет

## **Этиология:**

- воздействием некоторых экзогенных факторов окружающей среды(инфекция).
- аутоиммунным заболеванием (с наличием генетической предрасположенности )
- дисбалансом иммунной системы желудочно-кишечного тракта (чрезмерный воспалительному ответу, который возникает из-за наследственных или приобретенных нарушений в механизмах регуляции иммунной системы)

## Классификация.

По протяженности процесса : - дистальный колит (в виде проктита или проктосигмоидита);  
- левосторонний колит (поражение ободочной кишки до правого изгиба);  
- тотальный колит (вся ободочная кишка + терминального отрезка подвздошной кишки);

По выраженности клинических проявлений : легкое течение заболевания, средней тяжести и тяжелое.

По характеру течения заболевания:- молниеносная форма;  
- острая форма (первая атака);  
- хроническая рецидивирующая форма (с повторяющимися обострениями, не чаще 1 раза в 6—8 мес.);  
- непрерывная форма (затянувшееся обострение более 6 мес. при условии адекватного лечения).

## Клиника.

местные симптомы (кишечные кровотечения, диарея, запор, боль в животе, тенезмы);

общие проявления токсемии (лихорадка, снижение массы тела, тошнота, рвота, слабость и др.).

**Тяжелое тотальное поражение:** профузная диарея с примесью крови, схваткообразная боль в животе перед дефекацией, анемия, с-мы интоксикации.

**Легкие атаки** заболевания при тотальном поражении проявляются незначительным учащением стула и незначительной примесью крови в кале.

В клинической картине больных **проктитом** и **проктосигмоидитом** очень часто манифестирует не диарея, а запор и ложные позывы к дефекации с выделением свежей крови, слизи и гноя, тенезмы.

# Осложнения.

- *Местные*: перфорацию толстой кишки, острую токсическую дилатацию толстой кишки (или токсический мегаколон), массивные кишечные кровотечения, рак толстой кишки.
- *Системные*: поражения печени, слизистой оболочки полости рта, кожи, суставов

# Диагностика.

- По эндоскопической картине:
- I степень (минимальная) характеризуется отеком слизистой оболочки, гиперемией, отсутствием сосудистого рисунка, легкой контактной кровоточивостью, мелкоточечными геморрагиями.
- II степень (умеренная) определяется отеком, гиперемией, зернистостью, контактной кровоточивостью, наличием эрозий, сливными геморрагиями, фибринозным налетом на стенках.
- III степень (выраженная) характеризуется появлением множественных сливающихся эрозий и язв на фоне описанных выше изменений в слизистой оболочке. В просвете кишки гной и кровь.
- IV степень (резко выраженная), кроме перечисленных изменений, определяется формированием псевдополипов и кровоточащих грануляций.

- **Рентгенологическое исследование с бариевой клизмой:** отсутствие гаустр, сглаженность контуров, изъязвления, отек, зубчатость, двойной контур, псевдополипоз, перестройка по продольному типу складок слизистой оболочки, наличие свободной слизи.
- **Обзорная Rg:** При I степени дилатации увеличение диаметра кишки в ее самом широком месте составляет 8-10 см, при II — 10 - 14 см и при III — свыше 14см.

1)НЯК,2) Б.К.

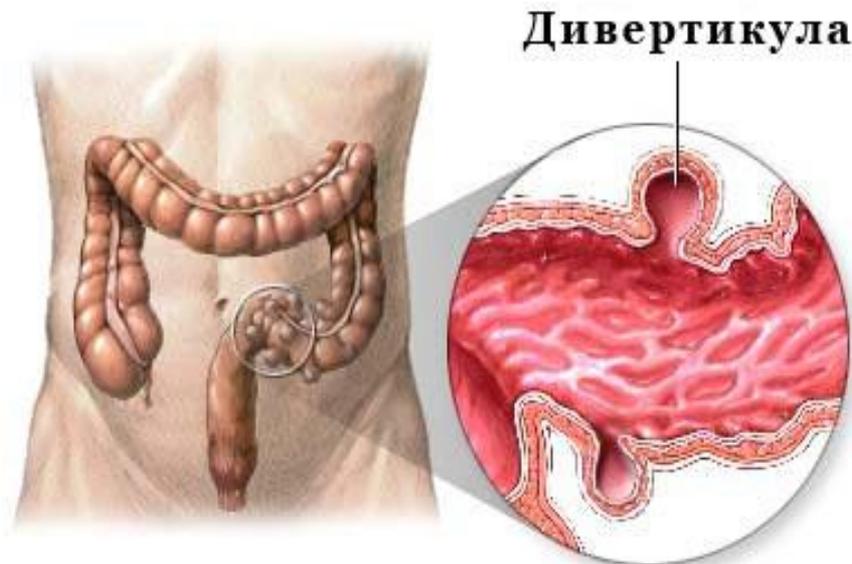
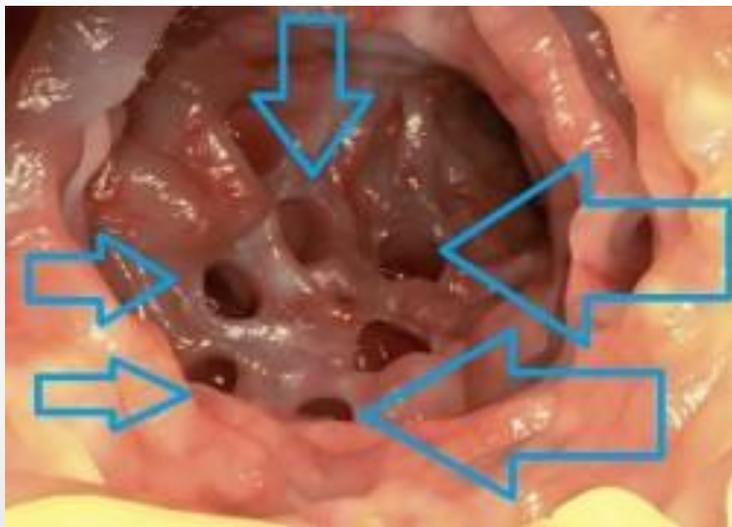


# Лечение.

- Диета (калорийная, белковая, с ограничением жиров)
- Базисная противовоспалительная: 5-аминосалициловую кислоту (5-АСК, месалазин), кортикостероиды (преднизолона не менее 120 мг/сут-6 раз) и иммунодепрессанты (6-меркаптопурин и азатиоприн).
- Для купирования острой и среднетяжелой атаки назначают 4—6 г сульфасалазина или 3—3,5 г месалазина в сутки, разделенных на 3—4 приема.
- Фолиевая кислота по 0,002 г 3 раза в сутки.

# Дивертикулярная болезнь толстой кишки

- это морфофункциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки (дивертикулов)



# Этиология

- дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки (чаще возрастные пациенты),
- дискоординация ее моторики,
- врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани,
- сосудистые изменения в стенке кишки

# Дистрофия мышечного аппарата КИШКИ

Чаще у лиц пожилого возраста, как проявление общих дегенеративных процессов, развития атеросклероза с ишемическими нарушениями.

Часть больных имеют врожденную слабость соединительной ткани, связанную с нарушением синтеза коллагена, что проявляется в образовании грыжевых выпячиваний брюшной стенки, диафрагмы и т. д.

# дискоординация моторики ободочной кишки

В появлении дивертикулов у лиц средней возрастной группы важную роль играет дискоординация моторики ободочной кишки. На фоне спазма, особенно левых отделов ободочной кишки, избыточное внутрикишечное давление приводит к расхождению мышечных волокон и образованию дивертикулов даже при отсутствии исходной дистрофии мышечного слоя.



# сосудистый фактор

- при спазме мышечного слоя происходит сдавление внутривенных сосудов с нарушением микроциркуляции — ишемия и замедление венозного оттока. Все вышеуказанное приводит к дистрофическим изменениям и расширению околососудистых пространств, которые впоследствии становятся устьем дивертикулов.

# Анатомические предпосылки образования дивертикулов

- формирование наружного мышечного слоя в виде трех полос (тений), что, ослабляет кишку перед внутренним и внешним воздействиями;
- характер сосудистой архитектоники — наличие артерий и вен перфорантов мышечного каркаса, в результате чего в стенке кишки образуются места наименьшего сопротивления;
- наличие гаустр, в которых может генерироваться повышенное внутрикишечное давление.



# Клиническая картина

- У значительной части лиц дивертикулез протекает без каких-либо проявлений и выявляется случайно при обследовании кишечника по различным другим поводам.
- Клинически выраженный неосложненный дивертикулез проявляется, в основном, болевым синдромом различного характера и интенсивности и нарушением стула



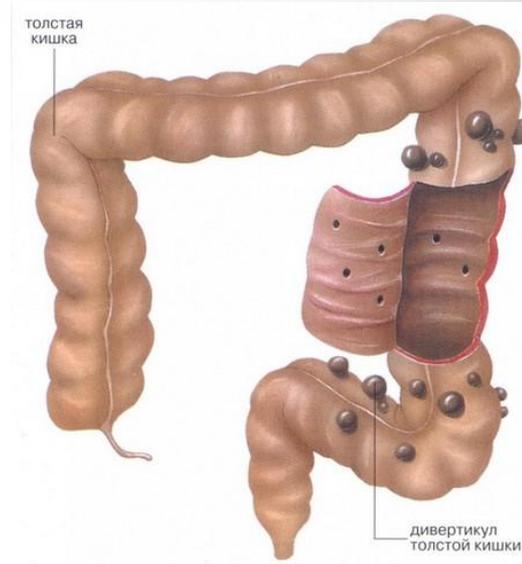
# Болевой синдром

Локализация: чаще в левой подвздошной области и в левом мезогастррии;

Характер : спастический, усиливаясь по мере наполнения толстой кишки каловыми массами. После дефекации болевой синдром обычно уменьшается.

Часть больных отмечает в период между этими спазмами тупую ноющую боль в тех же отделах.

Продолжительность: от нескольких дней и недель до постоянной боли в течение длительного времени

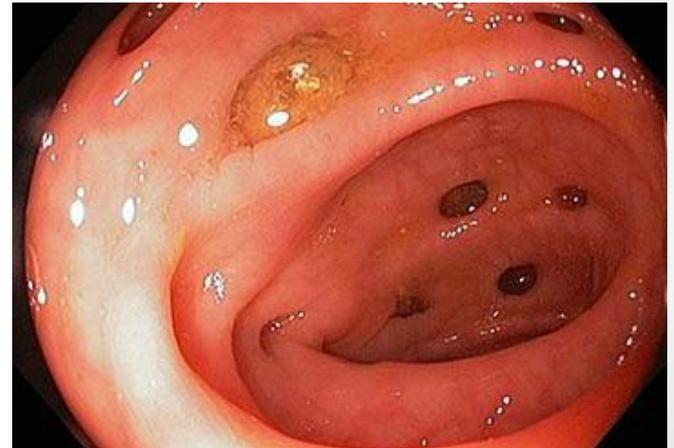


Нарушение стула обычно проявляется в виде запора. Кроме того, больные нередко жалуются на чувство неполного опорожнения кишки и вздутие живота. У части больных наблюдается чередование запора и появления жидкого стула

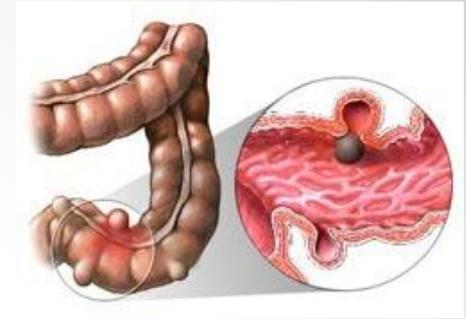


# Классификация

- 1. Бессимптомный дивертикулез.
- 2. Дивертикулез с клиническими проявлениями.
- 3. Осложненный дивертикулез:
  - а) дивертикулит;
  - б) околокишечный инфильтрат;
  - в) перфорация дивертикула;
  - г) кишечный свищ;
  - д) кишечное кровотечение.

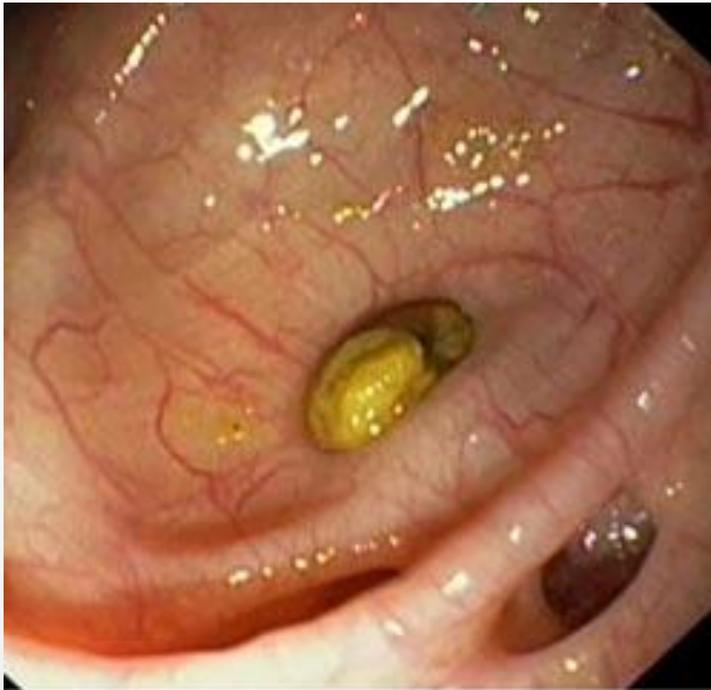


# Осложнения



- Дивертикулит развивается вследствие застоя каловых масс в дивертикулах на фоне дистрофии стенки кишки, потери барьерных свойств эпителия, действия патогенной кишечной микрофлоры. За счет гиперемии и отека дивертикул с участком прилегающей стенки увеличивается в размере, серозная оболочка кишки покрывается фибрином, причем воспалительные изменения могут быть выражены настолько, что уменьшается внутренний просвет пораженного сегмента толстой кишки, нарушается пассаж кишечного содержимого.

- боль в животе,
- повышение температуры тела
- формирование околокишечного инфильтрата (присоединение к очагу воспаления брыжейки сигмовидной кишки, большого сальника, окружающих органов)



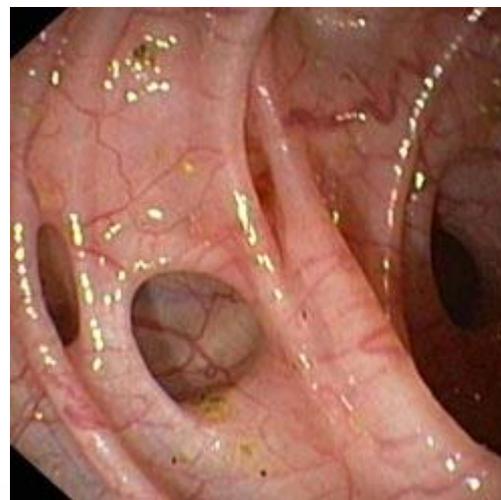
- У 20-30% больных признаки крови в кале. При выраженной атрофии слизистой оболочки травматизация ее твердыми каловыми массами может привести к повреждению сосуда и потере значительного объема крови при дефекации и отдельно от каловых масс. Стул у таких больных принято характеризовать как «малиновое желе» — кровь свернулась, но процессы разложения еще не успели начаться.



# Диагностика

Наиболее информативны ирригоскопия и колоноскопия.

При неосложненном дивертикулезе кишечная стенка имеет неровный контур и образует мешковидные выпячивания по ее контуру, имеющие суженное основание (устье). Размеры выпячиваний от 0,2—0,3 до 1—2 см.



# Типы морфофункциональных изменений

- Первый тип — просвет кишки 3,5-4,0 см, гипертонус не выражен, межгаустральные складки сглажены, эластичность стенки сохранена.
- Второй тип — просвет 2,5—3,5 см, гаустральный рисунок деформирован, высокие межгаустральные складки, эластичность сохранена.
- Третий тип — просвет менее 2,5 см, стойкий гипертонус, гаустрация хаотичная, пилообразный контур, эластичность снижена, кишка фиксирована. ходы (фистулография).

# Лечение

Осложнённые:

-дискоординация моторики толстой кишки -  
нормализация перистальтики и препятствие  
спастическим сокращениям кишечной стенки

-нарушение процессов пищеварения-  
корректируется назначением ферментных  
препаратов

-дисбактериоз – эубиотики.

Необходимо сбалансированное питание:

диета должна содержать достаточное количество  
балластных веществ, прием пищи проходить в  
установленное время и в достаточном объеме.



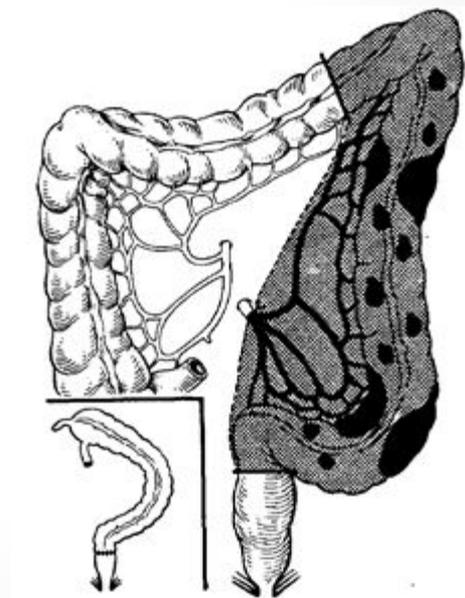
При воспалительных осложнениях – госпитализация.

При умеренно выраженных явлениях интоксикации назначают масляные слабительные (вазелиновое масло), бесшлаковую диету с ограничением клетчатки. Показаны антибиотики широкого спектра, спазмолитики. рентгенологическое исследование брюшной полости в положении больного стоя, динамический ультразвуковой контроль инфильтрата.

При ухудшении состояния — вскрытие абсцесса с формированием проксимальной колостомы, резекция пораженного сегмента также с наложением временной стомы.



- Кровотечение в 80 % случаев удается остановить консервативными мероприятиями (гемостатики, инфузионная терапия, постельный режим, ирригоскопия, которая в ряде случаев имеет лечебный эффект). При неэффективности этих мероприятий проводится операция — удаление сегмента ободочной кишки с кровоточащим сосудом (обычно левосторонняя гемиколэктомия)



# Хронические запоры

- хроническая дисфункция кишечника, характеризующаяся более длительными по сравнению с нормой интервалами между дефекациями, затрудненной дефекацией, недостаточным опорожнением кишечника и уплотнением стула.



Диагноз хронический запор может быть поставлен, если:

- - частота стула становится реже, чем 3 раза в неделю;
- - дефекация требует напряжения;
- - стул плотный или бугорчатый;
- - возникает ощущение неполного опорожнения кишечника.





Запор вызывается нарушением процессов формирования и продвижения кала по кишечнику. Основными причинами этого являются расстройства двигательной деятельности (моторики) мышц кишечника, ослабление позывов к дефекации, изменения строения кишечника или ближайших к нему органов, препятствующие нормальному продвижению содержимого, несоответствие между вместимостью толстой кишки и объемом кишечного содержимого.

# Причины

- Нарушения двигательной функции кишечника
- эндокринные нарушения
- расстройства кровообращения в сосудах кишечника
- гиподинамия
- ряд лекарственных средств
- Воспалительные заболевания кишечника
- Образ жизни и привычки

# СИМПТОМЫ

- Частота дефекаций может быть различной: от одного раза в 2-3 дня до одного раза в неделю и реже. Кал обычно уплотнен, сухой, имеет вид сухих темных шариков или комков, напоминает овечий; иногда кал может быть бобовидным, лентовидным, шнурообразным.

# Методы диагностики при хронических

## запорах могут включать

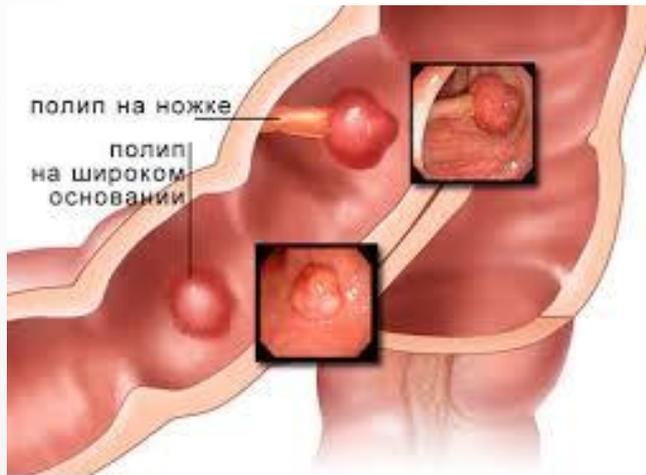
- - ирригоскопию - рентгенологическое исследование;
- - колоноскопию;
- - посев кала на микрофлору (дисбактериоз);
- - исследование двигательной функции толстой кишки;
- - функциональные исследования запирающего аппарата аппарата прямой кишки;
- - гистологическое и гистохимическое исследование биоптатов слизистой оболочки;
- и др.

# Лечение.

- - диетические рекомендации;
- - отмена или нейтрализация "закрепляющих" препаратов;
- - рекомендации по физической активности.

# Полипы толстой кишки

- это опухолевидные образования доброкачественного характера. Они являются разрастанием железистого эпителия и обычно бывают в форме гриба или виноградной грозди на слизистой кишечника, на тонкой или толстой ножке.



# Клиническая картина.

- У большинства больных доброкачественные новообразования толстой кишки протекают бессимптомно и обнаруживают их, в основном, при эндоскопическом исследовании. Однако при достижении больших размеров (2—3 см) ворсинчатых опухолей могут отмечаться кровянисто-слизистые выделения, боль в животе и заднем проходе, запор, понос, анальный зуд.

# Диагностика.

- Пальцевое исследование
- РРС
- Ирригоскопия
- Колоноскопия
- **Лечение.**
- В современных условиях лишь удаление полипов эндоскопическим и хирургическим путем гарантирует успех лечения.
  - полипэктомия с помощью ректоскопа или колоноскопа с электрокоагуляцией ножки или ложа полипа;
  - трансанальное иссечение новообразования;
  - колотомия или резекция кишки с опухолью;
  - трансанальная резекция прямой кишки с формированием ректоанального анастомоза по поводу циркулярных или почти циркулярных ворсинчатых опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки;
  - трансанальное эндомикрохирургическое иссечение новообразования.

# Болезнь Гиршпрунга

- - врождённый аганглиоз толстой кишки (отсутствие собственно нервных клеток в мышечном сплетении Ауэрбаха и подслизистом сплетении Майсснера. с отсутствием сокращения в пораженной зоне кишки, застоём каловых масс в вышележащих отделах, в результате чего возникают значительное расширение и удлинение кишки
- **Причины:** Предполагается, что нарушения процесса развития нервной системы толстого кишечника вызвано мутациями в генной структуре ДНК.

# Клиника.

- Ранние признаки болезни Гиршпрунга:
- запор,
- метеоризм,
- увеличение окружности живота («лягушачий живот»)
- Поздние признаки:
- анемия,
- гипотрофия,
- деформация грудной клетки,
- каловые камни



## Болезнь Гиршпрунга



# Стадии.

- **Компенсированная** - запор отмечают с детства, очистительные клизмы без труда его устраняют на протяжении длительного времени
- **Субкомпенсированная** - постепенно клизмы становятся всё менее результативными, состояние больного ухудшается: масса тела уменьшается, беспокоят тяжесть и боли в животе, одышка; отмечают выраженную анемию, нарушение обмена веществ. Состояние субкомпенсации возникает у больных с декомпенсацией на фоне консервативного лечения
- **Декомпенсированная** - очистительные клизмы и слабительные редко приводят к полному опорожнению кишечника. Остаются ощущение тяжести в нижних отделах живота, метеоризм. Под влиянием различных факторов (резкое изменение питания, тяжёлая физическая нагрузка) у больных развивается острая кишечная непроходимость. У детей декомпенсацию часто наблюдают при субтотальной и тотальной формах поражения.
- Острая форма проявляется у новорождённых в виде низкой врождённой кишечной непроходимости.

# Диагностика.

- Ректороманоскопия: затруднение при прохождении через дистальные (ригидные) отделы прямой кишки, отсутствие там каловых масс, резкий переход из суженной дистальной части прямой кишки в расширенные проксимальные отделы, наличие в них каловых масс или каловых камней
- Иррископия: расширенные, удлинённые петли толстой кишки, занимающие всю брюшную полость; диаметр их достигает 10-15 см и более.

# Лечение.

- Диета: фрукты, овощи, молочнокислые, газонеобразующие продукты
- Стимуляция перистальтики массажем, лечебной гимнастикой, физиотерапевтическими методами
- Применение очистительных клизм
- Внутривенные инфузии белковых препаратов, электролитных растворов
- Витаминотерапия.
- **Хирургическое лечение**