

Неспецифический язвенный колит (НЯК)

НЯК

- Хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся непрерывным по протяженности воспалением слизистой оболочки толстой кишки

ЭТИОЛОГИЯ

- Инфекции (вирусы, бактерии)
- Диета, содержащая недостаточное количество пищевых волокон
- Дисбактериоз кишечника (нарушение нормального соотношения микрофлоры кишечника)

Классификация

1. По течению:

молниеносное: острое, хроническое,
рецидивирующее, хроническое непрерывное

2. По степени тяжести:

легкая, средняя степень тяжести, тяжелая

3. По активности воспаления (по данным
эндоскопии):

Минимальная, умеренная, выраженная

4. По наличию осложнений: местные, системные

Клиническая картина

- Диарея с кровью и гноем (частый, жидкий стул с примесью крови, гноя, слизи; частота стула до 20 раз в сутки, при тяжелом течении 30-40 раз в сутки)
- Боли в животе (схваткообразный характер в проекции отделов толстой кишки, усиливающиеся перед дефекацией, успокаиваются после дефекации)
- Болезненность живота при пальпации
- Интоксикационный синдром (слабость, адинамия, повышение температуры тела, похудание, тошнота, депрессия, плаксивость, раздражительность)

Синдром системных проявлений

- При тяжелом течении
- Полиартрит-поражаются голеностопные, коленные, межфаланговые суставы
- Узловая эритема-множественные узлы, чаще на разгибательной поверхности голени.кожа над узлами имеет багрово-фиолетовую окраску, затем становится зеленоватой,желтоватой, затем нормальный вид приобретает
- Поражение глаз-ирит, иридоциклит, увеит, паннофтальмит
- Поражение печени-жировая дистрофия, портальный фиброз, хронический активный гепатит, цирроз печени
- Поражение слизистой оболочки рта-афтозный стоматит, глоссит, гингивит, язвенный стоматит
- Дистрофический синдром (значительное похудание, бледность и сухость кожи, гиповитаминоз, выпадением волос, изменением ногтей).

Осложнения

- Перфорация толстой кишки
- Токсическая дилатация толстой кишки
- Кишечное кровотечение
- Стриктуры толстой кишки
- Воспалительные полипы
- Рак толстой кишки

Диагностика

- ОАК (развитие острой и хронической постгеморрагической анемии)

Лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

- ОАМ (при тяжелом течении: протеинурия, микрогематурия)
- БАК: гипопропротеинемия, диспротеинемия, при поражении печени-гипербилирубинемия, увеличение активности аминотрансфераз, при анемии-снижение уровня железа
- Копрологический анализ: обнаружение большого количества лейкоцитов, эритроцитов, больших скоплений кишечного эпителия.
- Бактериологическое исследование кала-дисбактериоз
- Эндоскопическое исследование и гистологическое исследование биоптатов оболочки толстой кишки.
- Рентгенологическое исследование (ирригоскопия): отек, изменение рельефа (зернистость) слизистой оболочки толстой кишки, псевдополипоз, язвенные дефекты
- Консультации специалистов: хирурга, гинеколога.

Лечение

- Лечебное питание (исключать: острые, раздражающие пищеварительный тракт продукты, ограничить: молоко при диарее;

При обострении: щадящая диета, по мере улучшения состояния с повышенным содержанием белка до 110-130 г в сутки; в случае потери массы тела более 15%- парентеральное питание (незаменимые аминокислоты, белковые препараты, жировые эмульсии, растворы глюкозы, электролитов)

Медикаментозное лечение

- При легкой и средней степени активности: сульфасалазин по 1-2 г после еды 4 раза в сутки или преднизолон 35-60 мг в сутки
- При тяжелой степени активности: преднизолон по 1,5 мг/кг в сутки или циклоспорин 4 мг/кг в сутки в/в
- Дезинтоксикационная терапия (в\в кап глюкоза, гемодез, электролиты, изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера); в тяжелых случаях гемосорбция
- Антибактериальная терапия (с учетом вида флоры фекалий и ее чувствительности к антибиотикам): цефалоспорин, метронидазол.
- Нормализация кишечной флоры: колибактерин, бификол, бактисубтил в течение 2-3 мес

Местное и хирургическое лечение

- Микроклизмы с препаратами 5-аминосалициловой кислоты, гидрокортизона
- Хирургическое лечение при осложнениях НЯК.

Профилактика

- Первичная не существует, так как этиология НЯК неизвестна
- Вторичная – диспансеризация (врач-инфекционист или участковый терапевт)
- Осмотр и обследование 1 раз в год (с колоноскопией); при выявлении дисплазии колоноскопия проводится 2 раза в год.
- С формой средней тяжести осматриваются врачом 2-3 раза в год, при тяжелой форме 3-4 раза в год
- Профилактика рецидивов сульфасалазин 2 г в сутки

Синдром раздраженного кишечника (СРК)

- Функциональное заболевание кишечника, сопровождающееся болями и дискомфортом в животе, проходящими после дефекации, и изменением частоты стула или консистенции стула

Распространенность СРК

- 30-48%, у женщин в 2-4 раза чаще мужчин

ЭТИОЛОГИЯ

- Нервно-психические факторы
- Психоэмоциональные стрессовые ситуации
- Нарушение первичного режима питания
- Недостаточное содержание балластных веществ, растительной клетчатки в рационе
- Малоподвижный образ жизни
- Отсутствие надлежащего санитарно-гигиенического состояния туалета (способствует подавлению позывов на дефекацию и развитию запоров)
- Гинекологические заболевания (рефлекторные нарушения –климакс, гипотиреоз, СД)
- Перенесенные острые кишечные заболевания с последующим дисбактериозом

Классификация

- Зависит от ведущего синдрома
- Вариант, протекающий с преобладанием диареи
- Вариант, протекающий с преобладанием запора
- Вариант с преобладанием болей в животе и метеоризма

Клиническая картина

- Боли в животе (локализуются вокруг пупка или внизу живота, имеют различную интенсивность; уменьшаются или исчезают после дефекации или отхождения газов)
- Нарушение стула (в виде диарее или запоров) диарея возникает сразу после приема пищи, иногда в первой половине дня. Характерно отсутствие полифекалий (менее 200 г, часто напоминает «овечий»), кал часто содержит слизь, иногда ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации; возможно чередование поносов и запоров: в утреннее время кал плотный или в виде комков со слизью, в течение дня несколько раз полуоформленный стул.

Клиническая картина

- Метеоризм - усиливается к вечеру, нарастает перед дефекацией, уменьшается после нее
- Синдром неязвенной диспепсии - чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, тошнота, отрыжка воздухом. (нарушение моторной функции ЖКТ)
- Невротические проявления – головные боли (по типу мигрени), ощущение комка при глотании, учащенное болезненное мочеиспускание
- Спастические сокращенные участки толстого кишечника выявляются при пальпации, чаще в области сигмовидной кишки
- Болезненность всего живота

Диагностика

- ОАК, ОАМ, БАК – без изменений
- Копрологическое исследование без изменений, иногда большое количество слизи
- Рентгенологическое исследование - признаки дискинезии, неравномерное заполнение и опорожнение, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки
- Ректороманоскопия и колоноскопия – наличие слизи и склонность к спастическому сокращению кишечника
- Консультации специалистов: гинеколога, уролога, физиотерапевта, невропатолога

Лечение

- Устранить травмирующие психику факторы внешней среды
- При повторных приступах дискинезии –стационарное лечение 14-21 день
- Психотерапия
- При выраженной диарее:диета с ограничением жиров и углеводов и нормальным содержанием белка (исключить: соусы, пряности, закуски, алкоголь)
- Цитомукопротектор(смекта 1 пакет 3 раза в день после еды)
- Антациды (маалокс, гастал, протаб и др.) по 1 дозе 3-4 раза в день через 1 час после еды.
- Антидиарейные препараты: лоперамид (имодиум) 2-4 мг на прием 2-3 раза в день до прекращения поносов
- При преобладании метеоризма –адсорбирующие средства (энтеродез, карболен, полифепан, беласорб)
- При наличии дисбактериоза назначают антисептики ШСД в течение 5-7 дней (3 курса):интетрикс 2 кап х3 раза в день
- Фуразолидон 0,1 г х3 раза в день
- Сульгин 0,5 г х4 раза в день
- Энтерол 1-2 кап или пакетик 2 раза в день

Лечение

- При спастической дискинезии толстой кишки назначаются:

спазмолитики и анальгетики: но-шпа или папаверин 0,04 гили гиосцина бутилбромид (бускопан) 10 мг 3-4 раза в день, мебеверим (дюспаталин) 200 мг 2 раза в сутки

- При преобладании запоров:

Нормализация режима питания, включение в рацион продуктов, стимулирующих опорожнение кишечника.

- диета №3 (физиологически полноценная диета с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов, поваренной соли и др. минеральных веществ, с повышенным содержанием механических и химических стимуляторов моторной функции кишечника с иск. Продуктов, усиливающих брожение и гниение. Включить в рацион пшеничные отруби, достаточное количество жидкости (вода до 2 литров)

Лечение

- Слабительные средства:
 1. средства, тормозящие абсорбцию и стимулирующие секрецию (бисакодил 1-3 драже (0,005-0,015) однократно перед сном, препараты сенны, макрогол (форлакс) 10-20 г/сут
 2. Слабительные средства, содержащие антрагликозиды (корень ревеня, кора крушины, рамнил, кофранил, регулакс, кафиол) в брикетах 1,2 брикета перед сном, сеннаде (глаксена) 1-3 таб на ночь
 3. Касторовое масло в кап – 15 капсул в течение получаса
 4. Солевые слабительные принимаются однократно, когда нужно быстрое опорожнение кишечника: натрия сульфат 25 мг в 1\2 стакана воды и запивается 1 стаканом воды; магния сульфат – аналогично; соль карловарская – чайные ложки разводят в 1\2 л воды теплой, принимают по 1\2 - 1 стакану 2-3 раза в день.
 5. гуталакс-10-12 капель перед сном
 6. средства, способствующие увеличению объема содержимого кишечника: морская капуста 1\2 -1 чайная ложка на ночь; ламинарид 1-2 чайные ложки гранул 1-2 раза в день после еды.
 7. Слабительные свечи: ферролакс, кальциолакс, свеси с ревенем, свечи с лития карбонатом; свечи с глицерином.

Лечение

- При запорах, обусловленных подавлением позывов к дефекации, восстанавливаем рефлекс к дефекации
- Утром натощак выпивать стакан холодной воды или фруктового сока
- Минеральные воды «Ессентуки №4, 17», «Славянская», «Джермук», «Балтийская»
- Физиотерапия (при гиперкинетической дискинезии – электрофорез спазмолитических препаратов – папаверина, дибазола, солей магния; тепловые процедуры, парафиновые, грязевые аппликации)
- При запорах с гипокинетической дискинезией – электрофорез с кальцием, прозерин, УФО живота, ультразвук
- Психофармакологические средства- флуоксетин (прозак) 20 мг утром.