

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Р. В. ХУРСА, И. Л. МЕСНИКОВА

АМБУЛАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616.34-002-07-08-039.57(075.8)
ББК 54.133 я 73
Х 98

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 25.03.09, протокол № 7

Рецензенты: гл. внешт. гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Республики Беларусь проф. каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук Н. Н. Силивончик; доц. 2-й каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук В. И. Курченкова

Хурса, Р. В.

Х 98 Амбулаторная диагностика и лечение заболеваний кишечника : учеб.-метод. пособие / Р. В. Хурса, И. Л. Месникова. – Минск : БГМУ, 2009. – 44 с.

ISBN 978-985-462-984-1.

Рассматриваются общие и частные вопросы диагностики, современные аспекты лечения, диспансеризации, медико-социальной экспертизы и профилактики наиболее распространенных заболеваний кишечника в практике участкового терапевта.

Предназначается для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета и врачей-интернов.

УДК 616.34-002-07-08-039.57(075.8)
ББК 54.133 я 73

ISBN 978-985-462-984-1

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Список сокращений

АлАТ — аланиновая аминотрансфераза

АсАТ — аспарагиновая аминотрансфераза

БАК — биохимический анализ крови

БК — болезнь Крона

ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза

ГКС — глюкокортикостероиды

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

ОАК — общий анализ крови

ОАМ — общий анализ мочи

СРБ — с-реактивный белок

УЗИ — ультразвуковое исследование

УПМ — условно-патогенная микрофлора

ХВЗК — хронические воспалительные заболевания кишечника

ЩФ — щелочная фосфатаза

ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия

ЯК — язвенный колит

Глава 1. Основные симптомы и синдромы

Заболевания кишечника чаще всего проявляются *местными* симптомами (абдоминальная боль, вздутие живота, нарушения стула и др.), реже — *общими*, связанными с нарушением процесса всасывания пищи, интоксикацией. Для некоторых воспалительных заболеваний кишечника присущи и *внекишечные системные проявления*: суставной и воспалительный синдромы, поражение кожи и слизистых оболочек, глаз и др.

Боли в области живота могут быть обусловлены растяжением стенок кишечника (дистензионные) или его сильным мышечным сокращением (спастические), иногда схваткообразного характера (особенно при обструкции органа). Локализация боли может указать на пораженный отдел кишечника: боковые отделы и низ живота — при патологии толстой кишки, околопупочную область — при патологии тонкой. Возникновение кишечных болей часто не имеет четкой связи со временем приема пищи (хотя нередко они возникают после еды), но обычно уменьшаются после дефекации и отхождения газов.

Вздутие живота — субъективное ощущение полноты и видимое увеличение живота, иногда сопровождающееся дистензионными болями в его боковых отделах, паху или нижней части спины. Основной причиной вздутия живота является **метеоризм** — избыточное скопление газов в кишечнике, которое может быть вызвано многими причинами:

- избыточным газообразованием при употреблении в пищу продуктов, богатых клетчаткой, жирными кислотами, при болезнях органов пищеварения с дефицитом ферментов, при дисбиозе;
- нарушением транзита газов по кишечнику при механической или динамической обструкции, при нарушениях перистальтики психогенного характера;
- нарушением всасывания газов при гемодинамических расстройствах (портальной гипертензии, сердечной недостаточности);
- чрезмерным поступлением газов в кишечник при заглатывании избыточного количества воздуха (аэрофагия) или из крови (при пребывании в разреженной атмосфере, на высоте).

Флатуленция — выделение газов, обычно сопровождающее метеоризм. Общее количество выделяемых газов (99 % — это азот, кислород, углекислый газ, водород и метан) в норме составляет в среднем 600 мл/сут (от 200 до 2000 мл), при метеоризме может значительно увеличиваться.

При воздействии раздражителей (микробных и химических токсинов, опухолей, послеоперационных рубцов и др.) на рецепторные зоны сигмовидной кишки и ректоанальной области возникают **тенезмы** — частые императивные позывы к дефекации с чувством судорожного сокраще-

ния прямой кишки и сфинктера, не сопровождающиеся стулом, так как прямая кишка пуста. Иногда тенезмы обусловлены психогенно, но чаще всего указывают на «заинтересованность» указанных отделов толстой кишки.

Заболевания кишечника практически всегда сопровождаются нарушениями стула (диарея, запор). Нормальным считается стул частотой от 3 раз/сут до 3 раз/нед. оформленной пластичной консистенции без патологических примесей (слизь, кровь), с массой кала при смешанной диете — около 200 г/сут (при вегетарианской — 500 г/сут, при мясной — 20–50 г/сут).

Диарея (понос) характеризуется неоформленной или жидкой консистенцией стула, увеличением его частоты (обычно более 3 раз/сут) и массы (более 250 г/сут), которое отмечается не менее чем в 25 % дефекаций. Тяжесть диареи определяется частотой стула (до 6 раз/сут — легкая, 7 раз/сут — средней тяжести, 8 и более раз/сут — тяжелая) и усугубляющими ее признаками дегидратации, внекишечными симптомами, кровью в кале.

По *механизму развития* различают диарею секреторную, осмотическую, экссудативную, моторную.

Секреторная диарея обусловлена кишечной гиперсекрецией, возникающей при токсическом поражении кишечника (тяжелыми металлами, бактериальными токсинами, токсинами морепродуктов, грибов и др.), в результате слабительных секреторного действия (сенна, бисакодил) и некоторых других лекарств (простагландины, теофиллин), при кишечных и нейроэндокринных опухолях (гастронома, випома, карциноид и др.). Характерен безболезненный обильный (более 1 л/сут) водянистый стул, не связанный с приемом пищи, часто сопровождающийся дегидратацией.

Осмотическая диарея вызывается повышением осмотического давления в полости кишки, которое возникает при ферментопатиях (дефицит лактазы, целиакия и др.), нарушении всасывания углеводов, синдроме короткой кишки, а также под воздействием слабительных средств осмотического действия, магнийсодержащих антацидов, продуктов с сахарозаменителями (ксилитом, сорбитом). Эта диарея характеризуется умеренно обильным (до 1 л/сут) «кислым» стулом (рН ~ 4,5) с креатореей и стеатореей, связана с приемом пищи, уменьшается при голодании и коррекции пищевого рациона.

Экссудативная диарея вызывается воспалительными заболеваниями кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, острые кишечные инфекции), опухолями. Характерны повышенное слизеобразование в кишечнике, воспалительный синдром (лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и др.), боли в животе, тенезмы, стул в ночное время, примеси крови, слизи, гноя в кале.

Моторная диарея обусловлена нарушением транзита по кишечнику (гипо- или гиперкинезией) и часто наблюдается при функциональных заболеваниях, сахарном диабете и гипертиреозе, после ваготомии, при использовании адреномиметиков и др. Отличается небольшим объемом жидкого или кашицеобразного стула без патологических примесей, отсутствием ночной диареи, натуживанием при дефекации.

По *продолжительности* различают острую диарею, которая возникает внезапно и длится до 2 нед., и хроническую, продолжающуюся более 2 нед. или имеющую рецидивирующее течение.

Острая диарея, возникшая на фоне полного здоровья, чаще всего бывает инфекционного (вирусного, бактериального) или паразитарного генеза, что подтверждается симптомами интоксикации (головной и мышечной болью, анорексией, рвотой и др.), обезвоживанием (эксикозом), как правило, лихорадкой, иногда наличием крови в стуле. Кратковременная острая диарея легкой степени иногда сопровождает острые респираторные вирусные инфекции.

Среди неинфекционных причин острой диареи могут быть алиментарные факторы (избыточное употребление клетчатки, жиров, грибов, несвежей рыбы и продуктов, содержащих токсические вещества и др.), неврогенные («медвежья болезнь»), а также большой спектр лекарственных препаратов (антибиотики, желчные кислоты, гипохолестеринемические и др.).

Хроническая диарея может быть проявлением не только заболеваний кишечника, но и болезней других органов и систем (пищеварительного тракта (желудка, поджелудочной железы, печени), эндокринной системы (тиреотоксикоз, сахарный диабет, недостаточность надпочечников, гипопаратиреоз)), эндо- и экзогенных интоксикаций (уремия, отравление солями тяжелых металлов и др.), дистрофических процессов в организме (голодание, гиповитаминоз, лучевая болезнь, амилоидоз). Из болезней кишечника к хронической диарее могут привести функциональные заболевания, неинфекционные энтериты и колиты, заболевания и состояния, связанные с нарушением всасывания, дивертикулярная болезнь, колоректальный рак и лимфомы, некоторые паразитарные и инфекционные заболевания (СПИД, кандидоз). Поэтому при хронической диарее выделяют клинико-лабораторные синдромы мальдигестии, мальабсорбции и мальассимиляции.

Мальдигестия (синдром недостаточности пищеварения) — это симптомокомплекс, обусловленный нарушением переваривания питательных веществ в пищеварительной трубке вследствие относительного или абсолютного дефицита пищеварительных ферментов (вырабатываемых желудком, поджелудочной железой, кишечником), желчных кислот (при патологии гепатобилиарной системы) или ускоренного транзита химуса. То есть мальдигестия означает нарушение преимущественно *полостного*

пищеварения и может свидетельствовать о патологии любого отдела пищеварительного тракта или о моторных нарушениях. Дефицит ферментов приводит к активации разных видов микрофлоры кишечника, для которой нерасщепленные нутриенты (пищевые вещества) являются питательной средой, в результате чего развивается *бродильная* либо *гнилостная диспепсия*. Так, при усиленной микробной ферментации углеводов появляется бродильная диспепсия. Кал при этом становится жидким и пенистым, с кислым запахом и, соответственно, сниженным рН. При нарушении процесса переваривания белков начинается их гниение с клиническими проявлениями гнилостной диспепсии: жидкий стул с гнилостным запахом и щелочным рН.

При заболеваниях кишечника в основе мальдигестии лежит приобретенный или генетически обусловленный дефицит кишечных ферментов, который проявляется нарушением не только полостного, но и *пристеночного (мембранного) пищеварения*, то есть окончательного переваривания и всасывания переваренных питательных элементов (всех или селективно). Недостаточность пристеночного пищеварения приводит к клинко-лабораторному синдрому **мальабсорбции** (недостаточного всасывания), отличительной особенностью которого является сочетание диареи с общими метаболическими нарушениями в организме, как при алиментарной дистрофии (см. ниже). Таким образом, синдром мальабсорбции указывает на вовлечение в патологический процесс именно тонкого кишечника.

Синдром мальабсорбции может быть первичным и вторичным (приобретенным). Первичный связан с врожденными или генетически обусловленными нарушениями всасывания отдельных питательных элементов (аминокислот, сахаров, хлоридов и др.), в основе которых лежат ферментопатии: недостаточность дисахаридаз (лактазы, сахаразы и др.), пептидаз (глутеновая энтеропатия), энтерокиназы и др. Вторичный синдром мальабсорбции развивается при воспалительных или органических поражениях тонкой кишки, других заболеваниях, протекающих с вовлечением в патологический процесс тонкого кишечника (при амилоидозе, системном склерозе, сердечной недостаточности и др.), при отравлениях, кровопотере, авитаминозе, лучевом повреждении.

Поскольку процессы переваривания и всасывания неразрывно связаны, то иногда в качестве понятия, объединяющего мальдигестию и мальабсорбцию и обозначающего недостаточность утилизации нутриентов в пищеварительном тракте, используется термин «**мальассимиляция**». Однако из-за невозможности клинко-лабораторного разделения этих синдромов (несмотря на различия их патофизиологических механизмов) все термины стали использоваться как синонимы, причем чаще всего применяется термин «мальабсорбция» как глобальный для всех аспектов нарушения пищеварения и всасывания.

Диарея, обусловленная поражением разных отделов кишечника, имеет отличительные особенности. Так, при патологии толстой кишки стул частый, но скудный, кал кашицеобразный (реже жидкий), обычно с примесью слизи, иногда крови. Дефекация приносит облегчение, характерны тенезмы, боли (иногда сильные) в боковых отделах живота.

Для поражения тонкой кишки характерно жидкий обильный стул (необязательно слишком частый), иногда содержащий кусочки непереваренной пищи, урчание и переливание в животе, метеоризм, признаки плохого всасывания (мальабсорбции). Боли в животе, если они есть, часто носят схваткообразный характер, локализуются в околопупочной области.

При диарее нередко имеет место синдром *дисбиоза* (см. ниже).

Под **запором** следует понимать редкую дефекацию (менее 3 раз/нед.), а также наличие следующих симптомов, если они наблюдаются более чем в 25 % дефекаций: твердый или в виде шариков («овечий») стул, ощущение неполного опорожнения, выраженное натуживание (вплоть до необходимости мануальных манипуляций для освобождения кишечника), а также малая масса стула — менее 35 г/сут (Римские критерии II, III). Тяжесть запора определяется частотой дефекаций: стул до 1 раза/нед. — легкий запор, до 1 раза в 10 дней — средней тяжести, менее 1 раза за 10 дней — тяжелый.

Различают запоры *острые* (до 6 мес.) и *хронические* (более 6 мес.), которые могут быть органической природы (опухоли, стриктуры толстой кишки разного генеза, дивертикулез, анатомические дефекты, геморрой и другие аноректальные заболевания и др.) и функциональные.

В патогенезе запоров ведущую роль играют нарушения моторики, обусловленные:

- психоэмоциональными факторами (депрессия и некоторые психические нарушения, сексуальное насилие, подавление позывов на дефекацию и др.);
- неадекватным питанием (недостаточное употребление пищевых волокон, жидкости) и малоподвижным образом жизни;
- неврологическими заболеваниями (повреждения спинного мозга, рассеянный склероз, паркинсонизм, миопатия);
- системными заболеваниями: эндокринными (сахарный диабет, гипотиреоз, гиперпаратиреоз, болезнь Аддисона, феохромоцитом), системным склерозом и полимиозитом, амилоидозом, уремией и др;
- некоторыми лекарствами (НПВС, опиаты, антихолинэргические средства, противосудорожные, антигистаминные, антигипертензивные, контрацептивы, диуретики, антациды, препараты висмута, кальция, железа, холестирамин, слабительные после их длительного приема и последующей отмены) и токсинами (свинец и др.);
- синдромом раздраженной кишки;

– беременностью.

Значительно реже запоры обусловлены нарушениями тазового дна: спазмом мышц или сфинктера, диссинергией, ректальным пролапсом.

Функциональный запор может быть как самостоятельным заболеванием, так и вторичным симптомом, сопровождающим разные патологические состояния и заболевания.

Хронический запор может вызвать различные осложнения (геморрой, проктосигмоидит, парапроктит, трещины прямой кишки и др.), способствовать возникновению рака прямой и толстой кишки, дивертикулярной болезни, расширению и удлинению толстой кишки, что делает его еще более упорным. Длительное отсутствие стула приводит к общим симптомам, обусловленным всасыванием из кишечника токсичных продуктов метаболизма: снижению настроения, астенизации, головным болям, тошноте и др.

При хронических запорах, как и при диарее, могут происходить существенные изменения состава микрофлоры толстой кишки (дисбиоз) с соответствующими проявлениями.

Из местных кишечных симптомов иногда встречаются недержание кала и анальный зуд.

Недержание кала может быть обусловлено нарушением функции анального сфинктера (при его анатомических дефектах, травмах, воспалении, при нарушениях иннервации тазового дна различной этиологии, выпадении прямой кишки и др.), изменением аноректальной чувствительности (при деменции, рассеянном склерозе, нарушении мозгового кровообращения и др.), неадекватной емкостью прямой кишки (после операций и лучевой терапии, при опухолях и сдавлении кишки и др.), жидкой консистенцией каловых масс (при диарее различного генеза).

Анальный зуд чаще всего связан с дерматологическими заболеваниями (экзема, псориаз и др.), болезнями прямой кишки и перианальной области (трещины, свищи и др.), реже — с сахарным диабетом, аллергией, психическими факторами и др.

Дисбактериоз (дисбиоз) — это клинико-лабораторный синдром, означающий изменение качественного и/или количественного состава нормальной кишечной микрофлоры, а также перемещение различных ее представителей в несвойственные им места обитания. Наблюдающееся при этом избыточное заселение толстокишечной бактериальной флорой тонкого кишечника и дисбаланс ее представителей часто обозначается термином «избыточный рост бактерий» (bacterial overgrowth).

Нормальная микрофлора кишечника представлена преимущественно (90–95 %) анаэробными видами (бифидобактерии, бактероиды, клостридии и др.), в меньшем количестве — аэробами (лактобактерии, кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, дрожжеподобные грибы и др.). При

дисбиозе чаще всего уменьшается общее количество нормальной микрофлоры (иногда до полного исчезновения отдельных видов) с одновременным увеличением числа видов, которые в норме присутствуют в минимальном количестве или отсутствуют. Такой микробный дисбаланс может быть длительным или возникать периодически, причем небольшие временные колебания числа отдельных микроорганизмов устраняются самостоятельно без каких-либо вмешательств.

Степень выраженности дисбиоза определяется количественным соотношением микробных ассоциаций.

I степень — снижение содержания облигатных представителей (бифидо- и/или лактобактерий) на 1–2 порядка без увеличения количества сапрофитной или условно-патогенной микрофлоры (УПМ) кишечника (дрожжеподобные грибы рода *Candida*, энтеробактерии, стафилококки, стрептококки, клостридии и др.) либо нарастание количества УПМ одного или нескольких видов при нормальном количестве бифидобактерий.

II степень — умеренное или значительное (менее 10^7) снижение содержания бифидобактерий, сочетающееся с выраженными изменениями в аэробной микрофлоре (появление измененных форм кишечной палочки, одного или нескольких представителей УПМ в большом количестве).

III степень характеризуется отсутствием бифидобактерий, высоким содержанием УПМ как одного вида, так и в ассоциациях, появлением патогенных микроорганизмов.

Причины дисбиоза чрезвычайно многообразны: заболевания органов пищеварения, почек, злокачественные новообразования, резекция желудка и тонкой кишки, нарушение перистальтики (толстокишечный стаз), несбалансированное питание и голодание, длительный прием лекарств (антибиотиков, гормонов, НПВС) и др. Способствуют возникновению данного состояния частые ОРВИ, стрессы, физические и психоэмоциональные нагрузки, проживание в экологически неблагоприятных местах. Таким образом, дисбиоз далеко не всегда является результатом первичного поражения кишечника, но возникновение данного синдрома может сопровождаться появлением кишечных симптомов, а в тяжелых случаях — системными метаболическими и иммунными нарушениями. Кишечные проявления дисбиоза зависят от доминирующей микрофлоры, но чаще всего наблюдаются нарушения стула (диарея с различным характером испражнений и возможных патологических примесей), вздутие, урчание и боли в животе.

Общие (общепатологические) симптомы наиболее выражены при мальабсорбции и характеризуются нарушением всех видов обмена веществ: белкового, жирового, углеводного, витаминного, минерального, водно-солевого. Отмечаются выраженная потеря массы тела вплоть до истощения, атрофия мышц, гипопропротеинемические отеки, снижается работо-

способность, нарастает общая слабость, возможны психические расстройства, эндокринные нарушения и др.

На недостаточность витаминов могут указывать парестезии кожи рук и ног, боль в ногах, бессонница (при дефиците витамина В₁), глоссит, дерматит (при отсутствии нужного количества никотиновой кислоты), хейлит, ангулярный стоматит (при дефиците витамина В₂), кровоточивость десен, кровоизлияния на коже (при недостатке витамина С), расстройство сумеречного зрения, сухость кожи и слизистых (при дефиците витамина А), анемия (при дефиците витамина В₁₂, фолиевой кислоты или железа).

Электролитные нарушения приводят к тахикардии, артериальной гипотензии, жажде, сухости кожи и языка (при недостатке натрия), к боли и слабости в мышцах, ослаблению сухожильных рефлексов, экстрасистолии и другим аритмиям (при дефиците калия), к ощущению онемения губ и пальцев, остеопорозу, судорогам мышц (при отсутствии нужного количества кальция), к снижению половой функции (при дефиците марганца).

При острой инфекционной диарее часто выявляются признаки эксикоза той или иной степени тяжести: снижение тургора кожи, сухость языка, запавшие глаза и др.

При заболеваниях кишечника с запорами нередко бывает сниженный фон настроения, нарушения аппетита и работоспособности, тошнота и другие признаки, обусловленные эндогенной кишечной интоксикацией.

Внекишечные системные проявления (афтозный стоматит, поражение глаз, кожи, суставов и др.) имеют в своей основе аутоиммунные процессы и наиболее характерны для таких воспалительных заболеваний кишечника, как болезнь Крона (БК) и реже — язвенный колит (ЯК).

При БК и ЯК с большим постоянством отмечается воспалительный синдром разной степени выраженности: лихорадка, увеличенная СОЭ, лейкоцитоз и тромбоцитоз в общем анализе крови, появляются острофазовые показатели в биохимическом анализе крови (гл. 4).

Глава 2. Амбулаторная диагностика

Наличие у пациента кишечных симптомов требует тщательного анализа жалоб и анамнеза: при болях в животе — их локализация, характер, связь с приемом пищи и с дефекацией, продолжительность. При нарушениях стула и метеоризме в первую очередь надо уточнить, какой смысл пациент вкладывает в термин «понос» или «запор», выяснить продолжительность данных нарушений, предположительную причину, характер стула, его частоту и др. Обратить особое внимание на **симптомы «тревоги»**. При острой диарее это лихорадка более 38°, кровь в кале, многократная рвота и признаки эксикоза, что наводит на мысль о наличии инфекционно-

го заболевания, требует уточнения эпиданамнеза и соответствующей врачебной тактики (сообщение в ЦГиЭ и госпитализация). При хронической диарее такими симптомами являются лихорадка, анемия, потеря массы тела, что может свидетельствовать о наличии онкологического заболевания или воспалительных болезней кишечника (БК, ЯК).

К симптомам «тревоги» при запоре, особенно у лиц старше 50 лет, относят вновь возникший запор, внезапное изменение характера дефекации и стула, анемию, снижение массы тела, явную кровь в кале или положительный анализ кала на скрытую кровь.

Необходимо выяснить сопутствующие симптомы и их возможную связь с заболеванием кишечника. Всегда следует уточнить характер питания (рацион, режим и условия приема пищи), образ жизни (гиподинамия, частые разъезды, психоэмоциональные проблемы и др.), наличие сопутствующих заболеваний ЖКТ, эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной и других систем, принимаемые лекарства, а также перенесенные в прошлом заболевания, операции, лучевую и химиотерапию и др.

Физикальное исследование необходимо проводить детально, по органам и системам, кроме того, важно оценить упитанность пациента, состояние кожи, слизистых оболочек и другие показатели возможных обменных нарушений в организме.

Для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики заболеваний, подозреваемых на кишечные, в амбулаторных условиях должны быть проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования.

Общий и биохимический анализы крови позволяют выявить признаки *воспаления* (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, острофазовые показатели), *анемии, мальабсорбции* (гипо- и диспротеинемия, снижение уровня железа, кальция, и др.), *нарушения функций печени и поджелудочной железы* как возможных причин кишечной дисфункции (функциональные печеночные тесты, глюкоза крови и др.).

С целью исключения панкреатита проводится исследование **мочи на диастазу**.

Копрологическое исследование (копрограмма) предполагает макро- и микроскопию кала, химическое исследование (рН, скрытая кровь), а также определение яиц гельминтов и простейших. Важную диагностическую информацию может предоставить и бактериологический анализ кала.

В норме кал оформленный, коричневого цвета, мягкой пластичной консистенции, нейтральной или слабо щелочной реакции (рН = 7–6,5). При микроскопии обнаруживаются детрит, небольшое количество потерявших исчерченность мышечных волокон и клетчатки. При запоре кал темно-коричневого цвета твердой консистенции, часто «овечий», с обычной микроскопической картиной.

Неоформленный кал желтого цвета полужидкой консистенции со значительным количеством переваренных и непереваренных мышечных волокон, крахмала, клетчатки, жирных кислот, мыл и нейтрального жира бывает при ускоренной эвакуации. Показателем недостаточности пищеварения и всасывания в тонкой кишке может служить наличие при микроскопии значительного количества мышечных волокон без оболочки (креаторея), зерен крахмала (амилорея), жирных кислот и мыл. Сходная копрологическая картина наблюдается при хроническом панкреатите, однако важным отличием при этом является характер стеатореи: обилие капель нейтрального жира без увеличения количества жирных кислот и мыл, что указывает на дефицит липазы.

При бродильной диспепсии (часто бывает при нарушении пищеварения в слепой кишке) кал кашицеобразный, пенистый, светло-коричневого или желтого цвета, кислой реакции, содержит много крахмала, клетчатки и большое количество йодофильных бактерий. При гнилостной диспепсии кал также в виде жидкой кашицы, но темно-коричневого цвета, резко щелочной реакции, с увеличенным содержанием переваренной клетчатки, мыл и мышечных волокон.

При поражении толстого кишечника в кале могут быть видимые и микроскопические примеси крови, слизи, гноя (эритроциты, лейкоциты, детрит), цилиндрического эпителия.

Обнаружение при микроскопическом исследовании нативного мазка кала яиц гельминтов или простейших также может играть важную диагностическую роль. При необходимости можно исследовать соскоб из перианальных складок или использовать другие методы выявления паразитов.

Бактериологическое исследование кала проводят по показаниям (с целью выявления дисбиоза, кишечных инфекций). При подозрении на острые кишечные инфекции обязательно исследуют мазок из прямой кишки на патогенную кишечную микрофлору (дизентерию, сальмонеллез и др.).

Из инструментальных исследований используются рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методы.

Рентгенологическое исследование с контрастным заполнением кишечника бариевой взвесью позволяет выявить нарушение кишечной моторики, определить размеры, форму, положение, тонус, гаустрацию, рельеф слизистой оболочки кишечника. Используются *метод пассажа* (исследование через 15 мин, 1–2, 3–4 и через 24 ч после приема внутрь 200 мл бариевой взвеси и гастродуоденальной рентгеноскопии) и *ирригоскопия* (ретроградное заполнение контрастом толстого кишечника через клизму). Иногда может применяться *обзорная рентгенография* брюшной полости как ориентировочный метод исследования для определения пневматоза кишечника, выявления признаков его непроходимости и др.

Методика пассажа выявляет положение и моторику толстой кишки, иногда позволяет оценить рельеф слизистой оболочки тонкой кишки, но не толстой. С помощью ирригоскопии можно более точно изучить состояние различных отделов толстой кишки в условиях их «тугого» заполнения (размеры, форма, вдавление стенок, и др.) и после опорожнения кишки (рельеф слизистой). При двойном контрастировании (с дополнительным введением воздуха) методика более информативна. Поскольку при ирригоскопии не удается исследовать прямую кишку, этому методу исследования должна предшествовать *ректороманоскопия*.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) кишечника может дать лишь общее представление о поражении различных его отделов и требует подтверждения с помощью других методов диагностики. Однако *УЗИ органов брюшной полости* является обязательным методом исследования при наличии кишечных симптомов, поскольку позволяет диагностировать как возможную их причину другие заболевания (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы).

Эндоскопическое исследование различных отделов кишечника (дуодено-, еюно-, колоно-, сигмо-, ректоскопия) является одним из наиболее информативных методов. Оно позволяет диагностировать воспалительные заболевания, опухолевые процессы, полипоз и другие, провести *биопсию* и *морфологическое исследование*, а также уточняет характер изменений, выявленных при рентгенографическом исследовании. Обязательным является также *эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (ЭГДС)*, поскольку заболевания этих органов могут служить причиной кишечных симптомов или сопутствовать им.

Специальные методы диагностики необходимы при мальабсорбции, упорных кишечных симптомах, затруднениях с дифференциальным диагнозом. К таким методам относятся *двухбаллонная видеоэнтероскопия*, *методы исследования экзокринной функции поджелудочной железы*, *гастроинтестинальной моторики*, *тесты на всасывание отдельных нутриентов*, *серологические* и *иммунологические тесты* (выявление антител к глиадину и др.), *определение ферментов в биоптатах кишки*. Большинство из них выполнимо лишь в специализированных учреждениях и требует четких показаний. Однако и в амбулаторных условиях имеются определенные возможности.

Так, для диагностики внешнесекреторной недостаточности главной пищеварительной железы — поджелудочной — в реальной амбулаторной практике используют *копрологическое исследование* (см. выше), диагностическая ценность которого значительно повышается при определении содержания *эластазы-1* в кале (при панкреатической недостаточности оно резко снижается). При необходимости могут назначаться *тесты всасывания углеводов* (тест с Д-ксилозой), *жиров* (72-часовой тест экскреции жира

с калом), пероральные *нагрузочные тесты* для определения *толерантности* к отдельным пищевым элементам.

Для исследования тонуса и моторики кишечника разработаны такие методы, как *баллонокимография*, *электромиография*, *радиотелеметрия* и другие, но они выполняются по показаниям в специализированных учреждениях.

Таким образом, **амбулаторное исследование** при подозрении на заболевание кишечника должно включать:

- общий анализ крови и мочи (ОАК и ОАМ);
- биохимический анализ крови (БАК): общий белок и его фракции, СРБ, билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, мочевины, амилаза, глюкоза, по показаниям — другие компоненты;
- исследование мочи на диастазу;
- исследование кала на гельминты и скрытую кровь или развернутую копрограмму;
- бактериологическое исследование кала;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ЭГДС или при ее невозможности — рентгеноскопию желудка с пассажем бария по кишечнику;
- ректороманоскопию с биопсией;
- ирригоскопию;
- колоноскопию (вместо двух предыдущих исследований или дополнительно по показаниям).

Прочие методы диагностики используются по индивидуальным показаниям.

Глава 3. Общие принципы лечения

В подавляющем большинстве случаев лечение заболеваний кишечника проводится в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации определяются индивидуально при необходимости интенсивного лечения или дообследования специальными методами диагностики.

Общие рекомендации касаются нормализации образа жизни, устранения причинных факторов, психотравмирующих ситуаций, а также лечебного (на период обострения заболевания) и диетического (в фазе ремиссии) питания.

Питание больных должно быть физиологически полноценным, разнообразным и дифференцированным в зависимости от клинической картины заболевания и индивидуальной переносимости тех или иных продуктов. При заболеваниях кишечника часто плохо переносятся продукты, богатые эфирными маслами (редька, лук, чеснок), тугоплавкие жиры,

цельное молоко, сырые овощи в больших количествах, бобовые, цитрусовые, шоколад, газированные напитки, алкоголь, а также блюда в экстремально холодном или горячем виде. Ведение пищевого дневника помогает определить продукты питания, которые могут вызвать ухудшение состояния здоровья пациента, и это — важный диагностический прием при мальдигестии. Так, при первичной или вторичной дисахаридазной недостаточности следует исключить из рациона (постоянно или временно) продукты, содержащие непереносимый дисахарид, при глютеновой энтеропатии — продукты и блюда из пшеницы, ржи, овса, ячменя (аглютеновая диета).

При преобладании *диареи* в период обострения рекомендуется дробное питание до 6 раз/сут с ограничением механических и химических раздражителей, свежего молока (соответствует диете № 4 по Певзнеру). Блюда готовятся на пару или отвариваются, протираются, подаются теплыми. Рацион включает слизистые супы на обезжиренном мясном или рыбном бульоне, овощные отвары с хорошо разваренными крупами и мелко нашинкованными овощами, вчерашний пшеничный хлеб, сухой бисквит или печенье, нежирные сорта мяса и рыбы в рубленом виде, овощные пюре и запеканки, каши на воде, кисели, желе, муссы, печеные яблоки, продукты, содержащие бактерицидные и дубильные вещества (клюква, гранат, малина, шиповник, земляника, черника, черешня). При выраженной мальабсорбции в рацион больных включаются препараты для энтерального питания (энпиты) с определенным составом нутриентов и элементов (*унипит*, *нутриэн стандарт*, *виновекс* и др.).

Питание пациентов с *запорами* (диета № 3 по Певзнеру) предусматривает потребление продуктов с высоким содержанием клетчатки: овощей (свекла, тыква, морковь), хлеба с отрубями или из ржаной муки грубого помола, каш (гречневой, пшенной, овсяной, перловой), фруктов (яблоки, сливы и др.), ягод (малина, черная смородина и др.), морской капусты и достаточного количества жидкости (до 2 л/сут). Следует ограничивать потребление мясных блюд (не чаще 1 раза/день), картофеля, макаронных изделий, исключить белый хлеб и сдобное тесто, рисовую и манную каши, фруктовые кисели.

Эффективно дополнительное введение в рацион отрубей в постепенно возрастающих дозах (от 1 ч. л. в день в течение первой недели до 3 ст. л.), а затем аналогично в убывающих по достижению эффекта, что занимает около 6 нед. Послабляющим действием обладают растительные масла, свежие кисломолочные продукты, сухофрукты. Стимулирует дефекацию выпитый утром натощак стакан холодной воды, овощного или фруктового сока. При неэффективности вышеперечисленных рекомендаций в рацион питания можно добавить «послабляющие смеси»: 1–2 ст. л. пшеничной муки, смешанной с небольшим количеством воды; 1 стакан однодневного кефира с 1 ч. л. меда; 1–2 ч. л. молотого льняного семени в

стакане фруктового сока на ночь; рубленые чернослив, инжир, курага по 300 г, смешанные с 50 г меда по 1 ст. л. 2 раза/день.

Медикаментозная терапия заболеваний кишечника предполагает использование следующих основных групп препаратов:

- спазмолитиков и регуляторов моторики;
- вяжущих и ветрогонных средств;
- ферментных препаратов;
- стимуляторов мембранного пищеварения (гидролиза и абсорбции);
- слабительных;
- антибактериальных средств;
- пробиотиков и пребиотиков;
- прочих симптоматических и этиопатогенетических средств (метаболических, психотропных, противовоспалительных и других (см. гл. 4)

Миотропные спазмолитики оказывают прямое воздействие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и желчевыводящих путей. К нежелательным эффектам традиционных препаратов из этой группы (*папаверин, дротаверин, альверин*) относится системное влияние (на гладкую мускулатуру кровеносных сосудов, мочевыделительной системы, бронхов). Оптимальными для лечения рассматриваемой патологии являются современные препараты селективного и комбинированного действия: мебеверин, пинавериума бромид (дицетел), отилония бромид (спазмомен), тримебутин (дебридат), метеоспазмил (табл. 1).

Мебеверин (дюспаталин) снимает спазмы не только кишечника, но и других отделов ЖКТ, оказывает пролонгированное действие, поэтому применяется 2 раза/день. Действие *пинавериума бромида* связано с избирательной блокадой кальциевых каналов мускулатуры ЖКТ. Данные препараты не оказывают системного действия, обладают высокой спазмолитической эффективностью.

К селективным спазмолитикам с М-холинолитическим эффектом относится также *отилония бромид (спазмомен)*, который снимает боль, уменьшает метеоризм, урчание в животе, тошноту, благотворно влияет на вегетативный и психосоматический статус пациента. Особенно показан данный препарат, так же как и *метеоспазмил* (содержит в себе два активных компонента: спазмолитик альверин и поверхностно-активное вещество симетикон) при наличии разнообразных кишечных симптомов. Из современных М-холинолитиков в амбулаторных условиях для купирования боли применяется *гиосцин бутилбромид (бускопан)*.

Тримебутин (дебридат) и *лоперамид (имодиум, лопедиум)* регулируют моторику через опиоидные рецепторы ЖКТ. При этом тримебутин особенно хорош при гипотонии кишечника и дистензионных болях, а лоперамид — при диарее, поскольку он замедляет перистальтику. Угнетают моторику кишечника и обладают антидиарейным действием также тради-

ционные холинолитики (*атропин, реасек* — атропина сульфат с гидрохлоридом дифеноксилата и др.), *эфедрина гидрохлорид, кодеина фосфат*, однако такие средства в настоящее время практически не используются в этих целях.

Таблица 1

Спазмолитики и регуляторы моторики кишечника

Препараты	Форма выпуска	Дозировка
<i>М-холинолитики</i>		
Гиосцин бутилбромид (бускопан)	Табл. 0,002 г. Табл., свечи 0,01 г.	По 1–2 табл. 3 раза/день. По 0,01–0,02 г, 3–4 раза/день
<i>Миотропные спазмолитики</i>		
Папаверина гидрохлорид. Дротаверин (но-шпа). Мебеверин (дюспаталин)	Табл. 0,04 г. Табл. 0,04 г. Капс. 0,2 г	По 1–2 табл. 3 раза/день за 30 мин до еды. По 1–2 табл. 3 раза/день за 30 мин до еды. По 1 капс. 2 раза/день за 20 мин до еды
<i>Антагонисты кальция</i>		
Пинавериума бромид (дицетел). Отилония бромид (спазмомен)	Табл. 0,05 г. Табл. 0,04 г	По 1 табл. 3 раза/день за 30 мин до еды. По 1 табл. 2 раза/день
<i>Препараты комбинированного действия</i>		
Метеоспазмил (0,06 г альверина, 0,3 г симетикона)	Капс.	По 1 капс. 2–3 раза/день до еды
<i>Регуляторы моторики (антагонисты опиатных рецепторов)</i>		
Тримебутин (дебридат)	Табл. 0,1 г	По 1 табл. 3 раза/день за 30 мин до еды
Лоперамид (имодиум)	Капс., табл., лингвальные табл. 0,002 г.	При острой диарее начальная доза — 2 капс., затем по 1 капс. после каждого жидкого стула (максимально — 16 мг/сут); при хронической диарее — до 4 мг/сут.
Имодиум плюс (0,125 г симетикона, 0,002 г лоперамида)	Жевательные табл.	То же

Спазмолитики и регуляторы кишечной моторики можно применять эпизодически (по необходимости) и курсами по 2–3 нед.

В качестве **вяжущих** и **обволакивающих**, которые являются также **адсорбентами**, в том числе и газов, применяются:

– *диоктаэдрический смектит* (диоктасмектит, смекта) по 1 пакетику (3 г) 3 раза/сут после еды;

– невсасывающиеся алюминийсодержащие антациды (*альмагель, гефал, фосфалюгель, маалокс* и др.) по 1 дозир. л. или пакетику 3–4 раза/сут через 1 ч после еды;

- *кальция карбонат* (порошок) по 0,5–1,0 г 3 раза/сут за 30 мин до еды;
- *висмута субнитрат* (порошок, таблетки) по 0,5–1 г внутрь через 2 ч после еды и на ночь;
- *танальбин* (соединение дубильного вещества танина с белком альбумином), табл. 0,5 г 3–4 раза/сут до еды;
- *таннакомп* (танина альбуминат с антибактериальным препаратом этакридином лактатом) по 1–2 табл. 4 раза/сут.

Вяжущими, противовоспалительными и другими полезными при диарее свойствами обладают растительные препараты: настои ольховых шишек, травы зверобоя, спорыша, отвары листьев подорожника, коры дуба, корневища лапчатки, плодов черемухи, черники, черной смородины.

Ветрогонными называют средства, уменьшающие вздутие живота и облегчающие отхождение газов. Они назначаются симптоматически при метеоризме. Применяются растительные настои (*листья мяты перечной, укропного семени*); *симетикон* (*эспумизан*, капс. 40 мг; *дисфлатил* табл. 40 мг, капли 40 мг/мл), *метеоспазмил* (симетикон с альверином, капс.); *энтеродез*, *белосорб*, *карболен* (*активированный уголь*), *энтеросгель* и другие сорбенты, в том числе указанные выше вяжущие.

Для нормализации процессов пищеварения и всасывания при заболеваниях тонкого кишечника показаны **пищеварительные ферменты**.

Обычно используют препараты панкреатина, содержащие амилазу, липазу и протеазы: *панкреатин*, *мезим форте 10 000*, *креон*, *панцитрат*, *трифермент*. Они различаются между собой степенью активности входящих в них компонентов, а также формой выпуска (драже, микросферы и микропланкетки в капсулах и др.). Наиболее высоким содержанием ферментов отличаются панцитрат и креон, поэтому они показаны, в основном, при выраженной панкреатической недостаточности.

В ряде случаев могут назначаться комбинированные ферментные средства, которые содержат дополнительно желчные кислоты, гемицеллюлазу (*фестал*, *полизим*, *дигестал*, *котазим-форте*), пепсин, соляную кислоту и аминокислоты (*панзинорм-форте*), симетикон и другие добавки (*панкреофлат*, *энзимтал*, *пепфиз*). Они не только восполняют дефицит ферментов, но и за счет добавок стимулируют желчеобразование, моторику кишечника, выделение панкреатического сока (желчные кислоты), желудочного сока (аминокислоты), гидролиз клетчатки (гемицеллюлаза), устраняют метеоризм (симетикон). Показанием к назначению фестала, панзинорма и их аналогов является гипокинезия кишечника (запоры), бродильная диспепсия, сочетание болезней тонкого кишечника и поджелудочной железы с хроническим атрофическим гастритом, хроническим холециститом. Данные препараты могут вызывать или усилить диарею, не

рекомендуются также при хронической дуоденальной непроходимости и стенозе большого дуоденального соска, язвенно-эрозивных поражениях ЖКТ, активном гепатите и циррозе печени.

Ферментные препараты обычно назначаются курсами или эпизодически до исчезновения нарушения пищеварения. Постоянный их прием в минимально эффективной дозе может быть допустим только в случаях резко выраженной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Для стимуляции мембранного пищеварения при мальабсорбции могут быть полезны *эуфиллин* (ингибитор фосфодиэстеразы), *фенобарбитал* (как индуктор лизосомальных ферментов), которые активизируют пристеночный гидролиз в тонкой кишке.

Стимуляторами кишечной абсорбции являются нитраты пролонгированного действия (*нитросорбид* и его аналоги по 0,02 г), *кофеин* (по 0,1 г), *эуфиллин* (по 0,15 г), *пентоксифиллин* (по 0,2 г), которые назначаются 3 раза/день месячными курсами. Абсорбцию моносахаридов улучшают ингибиторы хининов (*продектин*), холинолитики (*атропина сульфат*), β -адреноблокаторы (*анаприлин*). Однако из-за наличия системных эффектов применение многих из этих средств ограничено.

При нарушении всасывания желчных кислот, обусловленном расстройством функции подвздошной кишки (терминальный илеит, резекция этого отдела кишки), показаны препараты, способствующие их выделению с фекалиями: адсорбенты желчных кислот на основе лигнина (*полифепан* по 1 ст. л., *билигнин* по 5–10 г, растворенные в стакане воды, 3 раза/день за 30 мин до еды), *холестирамин* (ионообменная смола) по 1 ч. л. 3–4 раза/день в $1/2$ стакане воды, другие адсорбенты — *карбонат кальция*, *висмута субнитрат*, *альмагель* и его аналоги (см. выше).

В качестве стабилизаторов мембран кишечного эпителия могут использоваться *эссенциале* по 2 капс. 3 раза/день, *карсил* (*легалон*, *силибор*) по 1–2 драже 3 раза/день в течение 2–3 мес.

Слабительные средства, основным показанием к назначению которых является запор, отличаются по механизму действия.

Стимулирующие слабительные, к которым относится большинство растительных средств, содержащих антрагликозиды и их аналоги (препараты *сенны*, *ревеня*, *крушины*, *клещевины* — *касторовое масло*), а также химические соединения — *фенолфталеин*, *пикосульфат натрия* (капли *гутталакс*), *бисакодил* (*дульколакс*, таблетки и свечи), оказывают раздражающее воздействие на рецепторы кишечника, стимулируя перистальтику. Эффект наступает достаточно быстро (через 8–10 ч), но при длительном использовании данные средства могут вызывать атрофические изменения в нервных сплетениях толстой кишки, рефрактерные запоры, псевдомеланоз кишки, колоректальный рак.

В особую группу следует выделить *глицериновые свечи*, которые оказывают местное раздражающее действие на прямую кишку, вызывая дефекацию достаточно быстро. Они широко применяются при нарушениях функций тазового дна, анального сфинктера, но также не пригодны для постоянного длительного использования.

Балластные (набухающие) — агар-агар (содержится в морской капусте, препарате *ламинарид*), микрокристаллическая целлюлоза, отруби, псилиум (вещество из семян подорожника входит в препарат *мукофальк*), семя льна и другие — физиологичны и нетоксичны, но требуют приема большого количества жидкости (до 2 л/день), часто вызывают вздутие живота и боли, эффект бывает значительно отсрочен и дозозависим. Иногда плохо переносятся пожилыми больными, при синдроме раздраженной кишки.

Смазывающие (лубриканты), к которым относится *вазелиновое масло, растительные масла* — *оливковое, миндальное* и другие, действуют быстро (через 5–6 ч), облегчают пассаж при анальных трещинах, проктитах, парапроктитах. Однако при длительном использовании они могут ухудшать усвоение жирорастворимых витаминов, у лежачих больных создают риск аспирации с развитием пневмонии, повышают риск развития опухолей ЖКТ.

Осмотические слабительные действуют путем повышения осмолярности кишечного содержимого, удерживают жидкость в кишечнике, ускоряют перистальтику. Таким действием обладают солевые слабительные, сорбитол, макрогаль 4000 (*форлакс, фортранс*), синтетический дисахарид *лактоулоза* (*дюфалак, нормазе*). При хронических запорах наиболее оправдано применение именно *форлакса* (по 1–2 пакетика/день с 250 мл жидкости) и *лактоулозы* (по 15–40 мл в один прием во время завтрака с возможным снижением дозы до 10 мл после 2 дней приема). Данные препараты действуют мягко, через 24–48 ч, при достаточной продолжительности лечения (2–3 мес.) восстанавливают нормальную флору и функцию кишечника, не вызывают привыкания. *Фортранс* — препарат, содержащий повышенное количество макрогала, электролиты и другие добавки, обладает мощным очищающим действием, поэтому широко используется при подготовке к проведению колоноскопии, ирригоскопии, операций на кишечнике.

Выбор слабительного средства определяется причинами и продолжительностью запора или необходимостью очистки кишечника перед его исследованием, оперативным вмешательством. Для срочного очищения кишечника (за 2–3 ч) используются очистительные клизмы, солевые слабительные (*сернокислая магнезия*), *касторовое масло, глицериновые свечи, бисакодил* (свечи или 1–2 табл.), препараты сенны (1–2 дозы) однократно.

При эпизодической задержке стула более 48 ч показан однократный прием стимулирующих слабительных, вазелинового масла, осмотических средств.

При хроническом запоре необходимо комплексное лечение с использованием рационального питания, психотерапии и др. (см. гл. 4), а также регулярного курсового приема балластных слабительных, форлакса или лактулозы.

Антибактериальные средства используются строго по показаниям: при избыточном бактериальном росте в тонкой кишке, дисбиозе с выявлением патогенных свойств УПМ кишечника, псевдомембранозном колите, болезни Уиппля. Выбор и дозировка препарата производятся с учетом локализации его оптимального эффекта и данных бактериологических исследований. Предпочтение отдается средствам эубиотического действия (препаратам, не подавляющим нормальную микрофлору кишечника: *интетрикс*, *эрссефурил*, *нитрофураны*, *фторхинолоны*, *метронидазол*, *котримоксазол* и др.) и бактериофагам.

Для коррекции и профилактики дисбиоза кишечника широко применяются пробиотики и пребиотики.

Пробиотики — это живые микроорганизмы, представляющие нормальных обитателей кишечника здорового человека. Они улучшают микробный баланс кишечника и обладают антагонистической активностью для широкого спектра патогенных и условно-патогенных бактерий. К пробиотикам относятся следующие группы средств:

– препараты, содержащие бифидобактерии: *бифидумбактерин*, *пробиофор*, *бифилиз* (содержит бифидобактерии и лизоцим), которые назначают по 5 доз (1 амп. или фл.) 2 раза/день за 30 мин до еды;

– препараты, содержащие лактобактерии: *лактобактерин*, *ацилакт*, *аципол*, *биобактон*, *гастрофарм*. Лактобактерин наиболее показан больным пожилого возраста, у которых особенно часто отмечается недостаток лактобактерий (назначают по 3–6 доз 2 раза/день за 30 мин до еды);

– комбинированные препараты: *бифиформ* (высушенные живые *Bifidobacterium longum* и *Enterococcus faecium*), *линекс* (изготовлен на основе *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus acidophilus* и *Enterococcus faecium*), *полибактерин* (содержит 4 вида бифидобактерий и 3 вида лактобацилл), *бификол* (активные штаммы бифидобактерий и *Escherichia coli*), *хилак-форте* (содержит метаболиты *Lactobacillus acidophilus* и *helveticus*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*);

– препараты на основе микроорганизмов других таксономических групп и микробных метаболитов, которые способствуют созданию благоприятных условий для роста нормальной микрофлоры: *биофлор* (биологически активный экстракт из сои, овощей и прополиса, сквашенный бактериями *E. coli*), *колибактерин* (живые клетки *E. coli*), *энтерол* (дрожжевые грибки *Saccharomyces boulardii*, активные в отношении возбудителя псевдомембранозного колита — *Clostridium difficile*), *эубикор* (винные дрожжи

Saccharomyces vini на пшеничных отрубях), *бактисубтил* (сухая культура *Bacillus cereus* с вегетативными спорами, вырабатывающая молочную кислоту).

Пробиотики назначаются либо самостоятельно, либо после окончания антибактериальной терапии в течение 1–1,5 мес. с целью нормализации микрофлоры кишечника.

Пребиотики — это вещества немикробного происхождения, селективно стимулирующие рост или усиление метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника. Показаниями к назначению пребиотиков является наличие дисбиоза или большой риск его развития. К пребиотикам относятся:

- моносахариды и спирты (*ксилит, сорбит, раффиноза* и др.);
- олигосахариды (*лактоулоза, галакто- и фруктоолигосахариды* и др.). Естественными источниками олигосахаридов являются крупы, кукуруза, цикорий, фасоль, горох, лук-порей, молочные продукты;
- полисахариды: *инулин, пектин, декстрин* и продукты, содержащие их (инулин — в топинамбуре, артишоке, пектин — в различных фруктах и овощах).

В качестве пребиотиков также могут использоваться *кальция пантотенат, парааминобензойная кислота* и *лизозим*, который входит в состав комбинированных препаратов, чаще всего пробиотиков.

Пребиотики могут применяться одновременно с антибактериальным лечением для поддержки собственной нормальной микрофлоры кишечника, а также для лечения дисбиоза (в комплексе с пробиотиками) курсом 3–4 нед.

В основе профилактики дисбиоза лежит соблюдение правил гигиены, полноценное питание больных, особенно ослабленных, общеукрепляющие мероприятия, назначение антибактериальных препаратов лишь по строгим показаниям.

Глава 4. Частные вопросы диагностики и лечения болезней кишечника

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Среди функциональных гастроинтестинальных расстройств синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциируется с дефекацией и нарушениями стула — занимает лидирующее место (14–20 % взрослого населения трудоспособного возраста, причем женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины). В МКБ-10 он отнесен в рубрику K58.

В качестве **этиологических факторов** СРК рассматриваются наследственная предрасположенность и воздействие внешних факторов: перенесенные острые кишечные инфекции, неблагоприятная социальная среда, длительный стресс, в том числе семейные, сексуальные, профессиональные и другие проблемы, физическое перенапряжение, пониженная устойчивость к психотравмам. СРК может сопутствовать заболеваниям желудка и других органов пищеварения, простатиту, гинекологическим, инфекционным, эндокринным и другим заболеваниям, нередко сочетается с кишечным дисбиозом. В результате данных причин нарушается нервно-гуморальная регуляция двигательной функции кишечника, развивается гиперчувствительность рецепторов стенки кишки, ответственных за восприятие боли и двигательную функцию.

Клиническая картина включает, прежде всего, разнообразные кишечные симптомы, из которых наиболее характерны боли в животе, нарушения стула и метеоризм. Боли в животе могут быть различного характера: от тупых, распирающих (дистензионных) до нестерпимых схваткообразных (спастических), чаще локализуются в боковых и/или нижних отделах живота, появляются или усиливаются после приема пищи, перед актом дефекации, при стрессах и уменьшаются после дефекации или отхождения газов. Ночные боли не характерны. Иногда наблюдается слизистая колика: схваткообразные боли с выделением при дефекации большого количества вязкой лентообразной слизи.

Нарушение характера и частоты стула выражается в появлении диареи или запоров, может наблюдаться синдром «утренней бури»: неоднократные дефекации за короткий промежуток времени, преимущественно утром, причем стул вначале оформленный, затем все более жидкий. После дефекации нередко остается ощущение недостаточного опорожнения прямой кишки. Могут быть позывы к дефекации и стул через 0,5–1,5 ч после еды (результат повышенного гастроцекального рефлекса) или императивные позывы после приема пищи со скудным стулом 3–5 раз/день с признаками бродильной диспепсии. Ночные дефекации не характерны.

При запоре стул сухой и плотный, типа «овечьего» или лентовидный, часто с примесью слизи и чувством неполного опорожнения кишечника, нередко запоры чередуются с диареей.

Часто наблюдается метеоризм, который обычно усиливается к вечеру, нарастает перед дефекацией и уменьшается после нее, может сопровождаться болями, урчанием, переливанием в животе и флатуленцией.

У 30–40 % больных с СРК наблюдается желудочная диспепсия — чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, тошнота, отрыжка воздухом (из-за нарушения моторной функции соседних отделов ЖКТ).

Очень часты невротические расстройства: мигреноподобная головная боль, повышенная раздражительность, чувство кома в горле, сердце-

биение, зябкость пальцев рук, невозможность спать на левом боку и др. Нередки и психопатологические расстройства: астенический, ипохондрический (канцерофобия), депрессивный, тревожный и другие синдромы.

Общее состояние больных обычно удовлетворительное и не соответствует многочисленным, изменчивым, образно и эмоционально окрашенным жалобам. При физикальном исследовании может выявляться болезненность при пальпации ободочной кишки, спазмированной сигмовидной кишки или вздутой урчащей слепой кишки.

Клинические варианты (классификация) определяются преобладающими симптомами, поэтому выделяют:

1. СРК с диареей.
2. СРК с запором (констипацией).
3. СРК с преобладанием боли и/или метеоризма.
4. СРК с аноректальными проявлениями.
5. Смешанный СРК (с чередованием запора и диареи).

Подобное деление имеет практическое значение для планирования обследования и лечения, но оно достаточно условно, так как нередко трансформируется одна форма заболевания в другую.

СРК разделяют также по степени тяжести: легкая — СРК проявляется одним-двумя эпизодами в жизни человека с последующим излечением, среднетяжелая — волнообразное течение СРК с периодами улучшения, но без полного излечения, тяжелая — постоянные симптомы СРК, несмотря на проводимую терапию.

Диагностическими критериями СРК (Римские критерии III, 2003 г.) являются наличие на протяжении 12 нед. (необязательно последовательных) в течение 12 мес. рецидивирующей абдоминальной боли и/или дискомфорта, сочетающихся не менее чем с двумя признаками из следующих: 1) связь с дефекацией (улучшение после нее); 2) изменение частоты стула; 3) изменение формы (внешнего вида) стула. При этом абдоминальная боль имеет разлитой характер, локализуется в средней и нижней части живота, связана с режимом и ритмом опорожнения кишечника, часто сопровождается метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника, императивными позывами на дефекацию, выделением слизи.

Эти критерии позволяют заподозрить у пациента СРК, но окончательный диагноз требует лабораторного и инструментального исследований для исключения органических и воспалительных заболеваний кишечника.

В процессе диагностики важно не пропустить *«симптомы тревоги»*, исключающие диагноз СРК: прогрессирующее течение заболевания; немотивированная потеря массы тела; ночная симптоматика кишечных расстройств; постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ; лихорадка; начало заболевания в пожилом возрасте; рак толстой кишки у родственников; гепатомегалия, спле-

номегалия, пальпируемое образование; примесь крови в кале; изменения в ОАК (лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ); изменения в БАК.

Диагностика предусматривает проведение стандартных анализов (гл. 2): ОАК, ОАМ, БАК (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, общий белок), исследование кала на гельминты, скрытую кровь и бактериологическое, копрограмма — по показаниям), ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, пациентам до 45 лет — сигмоскопию, после 45 лет — ирригоскопию с ректороманоскопией или колоноскопию. Отсутствие патологических изменений в результатах данных исследований свидетельствует в пользу СРК (кроме данных копрограммы, в которой могут быть признаки ускоренного кишечного транзита).

По показаниям проводятся консультации специалистами: психотерапевтом, проктологом, гинекологом, неврологом, инфекционистом, онкологом и др.

Важным диагностическим приемом является положительная динамика заболевания в ответ на назначение первичного курса лечения на 3–6 нед. (диагноз *ex juvantibus*). При неэффективности терапии диагноз следует пересмотреть, индивидуально решив вопрос о дополнительных методах обследования: повторный анализ кала на гельминтов, простейших и дисбактериоз, доплеровское исследование сосудов брюшной полости, поиск маркеров вирусов гепатита и др.

Если имеются кишечные симптомы (диарея, запор, метеоризм или абдоминальная боль), но диагностических критериев для постановки диагноза СРК недостаточно и органическая патология отсутствует, то можно предполагать наличие *других функциональных заболеваний кишечника*, предусмотренных МКБ-10: функциональной диареи, функционального запора, функционального метеоризма, функциональной абдоминальной боли.

Дифференциальная диагностика требует, прежде всего, исключения таких причин кишечных симптомов, как факторы питания, способствующие изменению обычного стула и метеоризму (гл. 1), прием лекарственных препаратов (слабительных, антибиотиков, препаратов железа, желчных кислот, др.), изменение привычного характера питания и распорядка дня (путешествия, командировки). Сходная с СРК симптоматика может наблюдаться у женщин в некоторые физиологические периоды (предменструальный, беременность, климакс).

СРК с преобладанием запора или диареи следует дифференцировать от других заболеваний, сопровождающихся такими же нарушениями стула (гл. 1): органических причин в кишечнике (стриктур различного генеза, рака толстой кишки, БК, ЯК, хронических кишечных инфекций и др.), первичной мальабсорбции (целиакия и др.), некоторых неврологических, эндокринных и других заболеваний.

При преобладании болевого синдрома необходимо исключить частичную обструкцию кишки, БК, ишемическое поражение кишечника, хронический панкреатит, лимфому, эндометриоз (у женщин), заболевания желчевыводящих путей.

Лечение. Амбулаторное лечение СРК должно быть комплексным и строго индивидуальным. В первую очередь необходимо установить доверительные отношения между врачом и пациентом, создать у больного разумное отношение к болезни, устранить необоснованную тревогу, убедить в отсутствии серьезного органического заболевания. Надо доступно объяснить происхождение симптомов заболевания и его благоприятный прогноз, какую роль играет образ жизни и характер питания в возникновении нарушений стула. Пациентам необходимы рациональный режим труда и отдыха, полноценный сон, адекватные физические нагрузки, устранение психотравмирующих факторов, регулярная утренняя зарядка и другие компоненты здорового образа жизни.

Специальной диеты для пациентов с СРК нет, рекомендации относительно питания зависят от преобладания запоров или диареи (гл. 3).

Медикаментозная терапия предполагает в первую очередь коррекцию имеющихся психопатологических нарушений и вегетативной дисфункции. С этой целью назначают препараты *валерианы* (настойку, экстракт в драже или таблетках), настойку *пустырника* (по 20 кап. 3 раза/день на 2–3 нед.).

Одновременно проводится симптоматическая терапия в зависимости от клинического варианта заболевания (преобладание боли и метеоризма, запоров или диареи). При спастических болях показан двухнедельный курс спазмолитиков разных групп — *бускопана*, *мебеверина*, *дюспаталина*, *дицетела*, *спазмомена*, *метеоспазмил* (табл. 1) или симптоматический их прием (по необходимости).

При метеоризме эффективны симетикон или диметикон и препараты, содержащие их (*эспумизан*, *дисфлатил* — по 40 мг 2–3 раза/день, *метеоспазмил* — по 1 капс. 2–3 раза/день), адсорбенты (*смекта*, *альмагель* и его аналоги, *активированный уголь* в стандартных дозах). При выраженном метеоризме и нарушениях стула (при диарее) показаны ферментные препараты, не содержащие желчи (*мезим-форте 10 000*, *трифермент*, *креон 10 000* и др.), *фестал*, *панзинорм* и другие комбинированные средства — при запоре. Также применяются *панкреофлат*, *эмзимитал*, *пенфиз* (гл. 3).

При СРК с преобладанием диареи используются регуляторы моторики, замедляющие перистальтику кишки, — *лоперамид* (*имодиум*) в капсулах и таблетках (под язык или внутрь) и *имодиум плюс*, содержащий симетикон (табл. 1). Применяются также вяжущие и обволакивающие средства — *смекта*, *танальбин*, *таннакомп*, *кальция карбонат*, *гефал*, *фосфа-*

люгель, маалокс и др. (гл. 3) курсами по 2–3 нед. и эпизодически (по необходимости).

При наличии лабораторно подтвержденного дисбиоза и для его профилактики полезны *пробиотики* и *пребиотики* (гл. 3). Специального лечения антибиотиками требуют только те формы, которые сопровождаются появлением патогенных свойств у УПМ, патогенной флоры, избыточного бактериального роста в тонкой кишке.

При СРК с преобладанием запоров в первую очередь необходимо использовать диетические мероприятия (гл. 3), применять адекватную физическую активность, соблюдать режим дефекаций (что помогает выработке соответствующего рефлекса), выполнять массаж живота, отказаться от средств, вызывающих запор.

При недостаточной эффективности данных мер используются слабительные средства, из которых предпочтение следует отдать балластным препаратам, увеличивающим объем каловых масс. Например, назначают *мукофальк* (препарат из семян подорожника) по 4 ч. л. гранул или по 1 пакетик в день перед завтраком (при необходимости 2–3 раза/день), отвар *семян льна* по $\frac{1}{3}$ стакана 2–3 раза/день и др. Во время приема балластных слабительных следует обеспечить обильное питье. Если нормализации стула после изменения характера питания и приема балластных веществ не происходит, оправдано назначение осмотических слабительных: *лактолозы* (*дюфалак*, *нормазе*) по 30–60 мл/сут до получения стула, *форлакса* по 1–2 пакетика (10–20 г) 1–2 раза/сут.

Данные препараты наиболее эффективны при использовании курсами в течение 2–3 нед. и более, что позволяет восстановить перистальтику кишечника и добиться стойкого результата. Другие слабительные средства могут применяться лишь эпизодически.

В случаях резистентности симптомов СРК к проводимой терапии на протяжении 1,5 мес. целесообразно проконсультировать больного у психотерапевта и дополнить лечение соответствующими методами (релаксационная, когнитивная, поведенческая психотерапия, гипноз) или психотропными препаратами. Так, при симптомах тревожной депрессии применяют *азафен*, *амитриптилин*, *имипрамин*, *нортриптилин*. Лечение трициклическими антидепрессантами начинают с дозы 12,5–25 мг с постепенным ее повышением до 50 мг/сут, продолжительность терапии составляет 6–12 мес. При сочетании болевого синдрома с запорами применение данных психотропных препаратов может усилить проблему опорожнения кишечника, метеоризм и боли. В данных случаях рекомендуются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — *флуоксетин* (*прозак*), *пароксетин* (*паксил*), *фрувоксамин* (*коаксил*).

При истерии, навязчивых страхах, тошноте, икоте, рвоте эффективен *этаперазин* по 2–4 мг 2–3 раза/сут.

При ипохондрическом синдроме с повышенной раздражительностью, фобией, агрессивностью, а также при климактерических расстройствах и стойких нарушениях сна показан *тиоридазин (сонапакс)* по 5 мг 2–3 раза/сут.

При психоэмоциональном напряжении, астении, вегетативной дисфункции используют транквилизаторы *медазепам (рудотель)*, *диазепам*, *феназепам* и др., а также анксиолитики, из которых особенно эффективен *тофизопам (грандаксин)*, способствующий устранению вегетативной дисфункции и ускоренного кишечного транзита.

Купированию выраженных вегетативных расстройств способствует *сульпирид (эглонил)* по 50–100 мг ($\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ табл.) 1–2 раза/сут внутрь или по 2 мл внутримышечно.

Больным с выраженной астенией, пониженным настроением полезны растительные препараты адаптогенного действия (*жень-шень*, *заманиха*, *элеутерококк*, *лимонник* и др.), поливитамины и другие общеукрепляющие средства.

Амбулаторное лечение СРК может дополняться **фитотерапией** курсами на 2–3 нед.: при метеоризме полезны отвары *укропа*, *тмина*, *ромашки*, при запоре — *крушины*, *жостера*, *ревеня*, *горца почечуйного*, *стальника*, *ламинарии*, при диарее — *ольхи*, *щавеля конского*, *черемухи*, *горца змеиного*, *черники*, *лапчатки*, *зверобоя*, *золототысячника*.

Пациентам с преобладанием запоров необходима **лечебная физкультура**, утренняя зарядка и физические упражнения, направленные на укрепление мышц передней брюшной стенки и тазового дна, **массаж живота**.

Полезны **физиотерапевтические процедуры** как с целью общеукрепляющего действия (ванны, души, электросон и др.), так и для купирования болей — тепловые процедуры (парафиновые и грязевые аппликации, согревающие компрессы на живот), электрофорез сернокислой магнезии, спазмолитиков, новокаина и др.

Прогноз для жизни и трудоспособности пациентов благоприятный, хотя в отношении излечения СРК у большинства больных он неопределенный, так как не всегда удается добиться полного выздоровления. При длительном рецидивирующем течении СРК возможно развитие хронического колита и дивертикулеза толстой кишки.

МСЭ и диспансеризация. Листок нетрудоспособности по данному заболеванию обычно не выдается. Пациенты с СРК относятся к диспансерной группе Д III, наблюдаются участковым терапевтом не реже 1 раза в год с выполнением обязательного минимума исследований (см. выше) и проведением оздоровительных мероприятий (просвещение пациентов, диетические рекомендации, общеукрепляющие мероприятия, психотерапия, ЛФК, фито- и физиотерапия и др). Показано санаторно-курортное лече-

ние в санаториях желудочно-кишечного профиля, расположенных на территории Республики Беларусь (Ждановичи, Нарочь, Ченки, Бобруйск и др).

Профилактикой СРК является здоровый образ жизни: рациональное питание, оптимальный режим труда и отдыха, достаточная физическая активность, соблюдение режима дефекаций и др., а также адекватное лечение сопутствующих заболеваний.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

К хроническим воспалительным заболеваниям кишечника (ХВЗК) согласно МКБ-10 относятся неспецифический язвенный колит (ЯК, рубрика K50), болезнь Крона (БК, рубрика K51) и другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (радиационный, токсический, аллергический, коллагенозный, лимфоцитарный и др., рубрика K52).

Неясность происхождения, рецидивирующее течение, относительно частые внекишечные системные проявления и осложнения объединяют БК и ЯК в родственные заболевания, хотя данные болезни достаточно редки (30–117 случаев на 100 тыс. населения).

Имеются и существенные отличия между ними, прежде всего, в характере и локализации воспалительного процесса при эндоскопическом и гистоморфологическом исследовании. Так, ЯК всегда начинается с поражения прямой кишки и распространяется проксимально по толстому кишечнику. Воспаление носит нейтрофильный характер, диффузное и ограничивается только слизистой оболочкой. При БК потенциально может поражаться любой отрезок ЖКТ, включая желудок, но чаще всего — терминальный отдел подвздошной кишки и толстый кишечник. Характерно чередование пораженных и неизмененных сегментов, вовлечение в процесс всех слоев кишечной стенки (трансмурально) с образованием лимфоидных агрегатов и гранулем. Клинико-лабораторные отличия данных заболеваний изложены в табл. 2.

Клиническая картина ХВЗК складывается из кишечных и внекишечных проявлений, в том числе общих признаков воспаления.

Кишечными проявлениями могут быть боли в животе (чаще спастического характера), хроническая диарея с примесью крови, слизи или гноя в стуле, тенезмы (особенно при ЯК), ночные дефекации, а также анальные и перианальные поражения в виде свищей, трещин, абсцессов (при БК).

Внекишечные проявления связывают с развитием иммунопатологических процессов в организме, которые могут предшествовать появлению кишечных симптомов. Выделяют малые и большие внекишечные проявления. Малые — афтозный стоматит, периферические артралгии, олиго- и полиартрит, узловатая эритема, эписклерит, иридоциклит, увеит — встречаются чаще и обычно связаны с активностью колита, по мере стихания которого исчезают.

К большим внекишечным проявлениям относят сакроилеит, анкилозирующий спондилоартрит, гангренозную пиодермию, склерозирующий холангит. Данные симптомы встречаются значительно реже и не зависят от активности процесса в кишечнике.

Кроме этих проявлений при ХВЗК могут наблюдаться симптомы мальдигестии и мальабсорбции (гл. 1), а также нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот (при терминальном илеите) с образованием холестеринаных конкрементов в желчном пузыре и оксалатных в почках.

Общие признаки воспаления проявляются повышением температуры тела, изменением лабораторных показателей: анемией, лейкоцитозом, тромбоцитозом, увеличением СОЭ, повышением СРБ и других острофазовых показателей, гипергаммаглобулинемией.

У ряда больных определяются антитела к антигенам слизистой толстой кишки, к ДНК и эритроцитам (положительная прямая проба Кумбса).

Диагностика ХВЗК основывается на результатах клинического, лабораторных и инструментальных исследований (гл. 2), из которых важнейшим является *эндоскопическое исследование* кишечника с биопсией. В тяжелых случаях течения болезни колоноскопия противопоказана из-за опасности перфорации. Для диагностики ЯК в острый период достаточно ректо- или сигмоскопии, однако в фазе ремиссии целесообразна колоноскопия для определения распространенности процесса. При подозрении на БК необходимы высокая колоноскопия со ступенчатой биопсией (не менее 5 кусочков из разных отделов кишки из-за сегментарности поражения) и ЭГДС (для исключения возможного гранулематозного поражения верхних отделов ЖКТ).

Таблица 2

Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона

Параметры	Болезнь Крона	Язвенный колит
Диарея	Обычно без крови до 3–6 раз/сут	С кровью и слизью до 20 раз/сут
Боли в животе	Схваткообразные, чаще в правой подвздошной области, интенсивные, при вовлечении прямой кишки — тенезмы	Возможны (обычно умеренные). Тенезмы
Лихорадка	Часто	Возможна
Пальпируемые воспалительные конгломераты	Характерны	Не характерны
Поражение периаанальной области	Часто (трещины, изъязвления, свищи)	Не характерны
Снижение массы тела	Часто выраженное	Чаще небольшое
Признаки дефицита	Часто	Не выражены

нутриентов		
------------	--	--

Репозиторий БГМУ

Параметры	Болезнь Крона	Язвенный колит
Внекишечные проявления	Относительно часто	Редко
Осложнения	Стенозирование кишки, свищи, абсцессы	Токсический мегаколон, тяжелое кишечное кровотечение, карцинома кишечника
Лабораторные данные	Увеличение СОЭ, тромбоцитоз, анемия, появление СРБ, возможна гипоальбуминемия, снижение содержания витаминов и микроэлементов	Увеличение СОЭ, появление СРБ, лейкоцитоз, тромбоцитоз, анемия, возможна гипоальбуминемия
Локализация процесса	Поражается толстый кишечник и прямая кишка	Возможно поражение любого отдела ЖКТ, прямая кишка поражается редко
Эндоскопическое исследование	Отек, гиперемия, гранулярность, контактная кровоточивость, плоские язвы различного размера, псевдополипы	Афты на фоне неизменной слизистой, щелевидные язвы без склонности к кровоточивости на фоне отека слизистой
Рентгенологическое исследование	Зубчатость контура кишки, признаки псевдополипоза, в поздней стадии — сглаживание гаустрации с формированием ригидной трубки	Глубокие язвы, рельеф «булыжной мостовой», сегментарные стенозы, часто множественные свищи, вовлечение в процесс брыжейки
Гистологическое исследование	Выраженное полнокровие, не-большой отек, воспалительная инфильтрация в слизистой оболочке и подслизистой основе, типичны крипт-абсцессы, гранулемы отсутствуют, в поздних стадиях — атрофия слизистой, при длительном течении — часто дисплазия эпителия	Нерезкое полнокровие, выраженный отек, трансмуральная воспалительная инфильтрация. Крипт-абсцессы встречаются редко, характерны эпителиоидноклеточные гранулемы, в поздних стадиях — фиброзирование кишечной стенки, дисплазия эпителия

Гистологическое исследование биоптатов часто позволяет верифицировать диагноз. Так, воспаление слизистой с геморрагиями и/или изъязвлениями, крипт-абсцессы характерны для активной фазы ЯК (хотя могут встречаться и при других колитах: БК, дизентерии и др.), лимфоидные

гранулемы без очагов казеоза патогномоничны для БК (но они не всегда выявляются).

Могут быть полезны рентгенологические исследования (которые тоже проводятся в фазу ремиссии или затухающего обострения): контрастная энтерография (применима в диагностике БК вследствие малой доступности тонкой кишки для эндоскопии), ирригоскопия (используется для оценки распространенности патологического процесса в толстой кишке при ЯК). Данные методы, а также обзорная рентгенография брюшной полости позволяют выявить и осложнения: дилатацию, свищи, стенозы, перфорацию кишечника.

УЗИ кишечника играет в диагностике вспомогательную роль: позволяет определить утолщение кишечной стенки при воспалении («феномен кокарды»), оценить распространенность патологического процесса, выявить абсцессы и воспалительные инфильтраты в брюшной полости. Но для определения внекишечных проявлений необходимо УЗИ органов брюшной полости.

Дифференциальная диагностика требует исключения, прежде всего, *инфекционных колитов* (при дизентерии, сальмонеллезе, иерсиниозе, хламидиозе и др.), при которых наблюдаются сходные кишечные симптомы, лихорадка, и др. Исключить данные заболевания позволяет их короткий анамнез, эпидемиологические данные, отрицательные результаты исследования кала на возбудителей кишечных инфекций и яйца гельминтов, а также серологические тесты и данные ректороманоскопии.

Исключить ишемический и другие неинфекционные колиты, туберкулез кишечника (илеотифлит), новообразования толстого кишечника (полипы, рак) позволит тщательный анализ клинической картины, результатов эндоскопического, рентгенологического и лабораторных исследований.

Основные дифференциально-диагностические критерии между ЯК и БК представлены в табл. 2. Однако в 5–20 % случаев разграничить данные заболевания не удастся и в таких случаях говорят о неопределенном (недифференцированном) колите, требующем для уточнения диагноза динамического наблюдения, в процессе которого чаще всего диагностируется БК.

Важной составляющей диагноза является оценка *распространенности поражения кишечника и тяжести обострения*, что определяет лечебную тактику и прогноз заболевания. Согласно Монреальской классификации (2005) выделяют следующие формы ЯК и БК, встречающиеся с разной частотой.

При ЯК: проктит (25 %) и проктосигмоидит (30 %) — легкая форма, левосторонний колит (дистальнее селезеночного угла, 27 %) — форма средней тяжести, распространенный колит (проксимальнее селезеночного угла, включая тотальный колит, 18 %) — тяжелая форма.

При БК выделяют БК тонкой кишки (илеальная форма, 25–40 %), БК толстой кишки (толстокишечная форма, 10–30 %) и БК тонкой и толстой кишки (илеоцекальная форма, 40–50 %).

Тяжесть (активность) обострения (легкое, среднетяжелое, тяжелое) БК и ЯК оценивается, главным образом по клиническим проявлениям (частота стула, наличие внекишечных проявлений, повышение температуры тела и др.) и выраженности показателей воспаления (СОЭ, снижение гемоглобина), поскольку данные характеристики не всегда коррелируют с результатами эндоскопического и гистологического исследований.

Таким образом, при подозрении на ХВЗК **обязательно проводятся следующие исследования:** ОАК, ОАМ, БАК (калий, натрий, кальций, холестерин, общий билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, сывороточное железо), определение группы крови и резус-фактора, копрограмма с анализом кала на скрытую кровь (при отсутствии в фекалиях явной крови), посев кала на патогенную микрофлору, ректоромано- и сигмоскопия с гистологическим и цитологическим исследованием биоптатов. Обязательны консультации специалистов: хирурга, гинеколога (для женщин).

По показаниям исследования могут дополняться определением коагулограммы, гематокрита и ретикулоцитов, сывороточных иммуноглобулинов, маркеров вирусов (гепатита В и С, ВИЧ), а также колоноскопией, ирригоскопией, ЭГДС, контрастной энтерографией и др.

При **формулировке диагноза** указываются *название болезни*, его *форма* (распространенность процесса в кишечнике), *фаза* (ремиссия или обострение с отражением его тяжести), *внекишечные проявления* (при их наличии) и *осложнения*.

Например. Язвенный колит: проктосигмоидит, обострение средней степени тяжести. Вторичная железодефицитная анемия легкой степени.

Лечение. Обострение заболевания, особенно среднетяжелое и тяжелое, является показанием для госпитализации. Средняя продолжительность стационарного лечения при легкой форме ХВЗК составляет 10–15 дней, при среднетяжелой — 28–30 дней, при тяжелой — более месяца.

Специальной диеты не существует, но в фазе обострения следует питаться, как при диарее (гл. 3), а при ремиссии исключаются только индивидуально непереносимые продукты. При тяжелом обострении, при мальабсорбции могут использоваться препараты энтерального питания и парентеральное питание (в условиях стационара).

Воздействие на активность воспалительного процесса в кишечнике (базисная терапия для достижения и поддержания ремиссии) проводится препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), обладающими выраженным противовоспалительным и незначительным антибактериальным действием. Противопоказанием к их применению являются повышенная

чувствительность к сульфаниламидам и салицилатам, тяжелые нарушения функции печени и почек, болезни крови.

Сульфасалазин (*сульфасалазин*, табл. по 0,5 г) содержит 5-АСК и сульфапиридин. Препарат целесообразно применять при поражении толстой кишки, поскольку именно здесь высвобождается его действующее вещество (5-АСК). Возможно появление побочных эффектов (в основном за счет сульфапиридина): тошноты, рвоты, отсутствия аппетита, кожных высыпаний, головной боли, олигоспермии, острого панкреатита, нарушения функции почек, гематологических осложнений. Поэтому все чаще применяются препараты 5-АСК, не содержащие данного компонента и отличающиеся лучшей переносимостью при сохранении терапевтической эффективности. К ним относятся различные формы месалазина, олсалазин, балсалазид:

- таблетированные препараты с отсроченным рН-зависимым высвобождением 5-АСК из месалазина: *салофальк* (табл. 0,25 и 0,5 г), *клавверсал*, *асакол*, *месакол* (табл. 0,4 г), показанные при локализации поражения в толстом кишечнике и терминальных отделах тонкого;

- месалазин с медленным высвобождением 5-АСК на протяжении всего кишечника: *пентаса*, использующийся при любой локализации процесса, но особенно целесообразный при БК с поражением тонкой кишки;

- препараты, содержащие альтернативные молекулы-переносчики: олсалазин (*дипентум*, табл.), балсалазид (*колазид*, капс.), показанные преимущественно при поражении толстого кишечника;

- месалазин (*салофальк*) для ректального применения (клизмы, свечи или пенка); препараты используются для лечения проктита и левостороннего колита.

Побочные реакции данных средств (боли в животе, тошнота, рвота, головная боль, диарея, кожные высыпания, нефротоксичность) встречаются значительно реже, чем при назначении сульфасалазина.

Препараты 5-АСК назначают для достижения ремиссии при обострении БК и ЯК легкой и средней тяжести, а также в качестве поддерживающего лечения. При среднетяжелой и тяжелой формах терапию препаратами 5-АСК дополняют назначением глюкокортикостероидов (ГКС) и в тяжелых случаях — иммунодепрессантов и цитостатиков (табл. 3).

ГКС системного действия используют только при тяжелых обострениях ХВЗК и неэффективности препаратов 5-АСК. Обычно применяется *преднизолон* внутрь или парентерально (по тяжести состояния). Возможна комбинированная терапия препаратами 5-АСК и преднизолоном с постепенным снижением дозы последнего на 5–10 мг в неделю и переводом пациента на поддерживающее лечение только препаратами 5-АСК при достижении ремиссии.

В терапии ХВЗК используются также ГКС местного действия в форме капсул (*будесонид, буденофальк, энтокорт*) с микрогранулами будесонида, высвобождающегося в терминальном отделе подвздошной и в начале ободочной кишки и не оказывающего системных эффектов. При левостороннем колите можно использовать ректальные формы будесонида — клизмы и пенку.

Таблица 3

Базисная терапия воспалительных заболеваний кишечника

Активность	Язвенный колит	Болезнь Крона
Купирование обострения (длительность лечения — 1–3 мес.)		
Критерии для перевода на поддерживающую терапию — клиническая и эндоскопическая ремиссия		
Легкая и средняя степень	<i>Сульфасалазин</i> : 4–8 г/сут внутрь. <i>Месалазин</i> : 2–4 г/сут внутрь. <i>Месалазин</i> — в суппозиториях (при проктите) — 1–4 г/сут, в клизмах (при левостороннем колите). <i>Будесонид</i> — в клизмах (при левостороннем колите)	<i>Месалазин</i> : 2,5–4,5 г/сут внутрь. <i>Месалазин</i> — в клизмах (при левостороннем колите), ректально (при проктите — 1–4 г/сут). <i>Сульфасалазин</i> : 4–8 г/сут (при колите). <i>Будесонид</i> : 9 мг/сут внутрь (илеоцекальное поражение). <i>Будесонид</i> — в клизмах (при левостороннем колите), при свищах дополнительно — <i>метронидазол</i> : 1000–1200 мг/сут 10–14 дней
Высокая степень	<i>Преднизолон</i> : 40–60 мг/сут внутрь или 60–100 мг/сут парентерально с постепенным уменьшением дозы на 5–10 мг/нед. до поддерживающей дозы — 10 мг/сут, применяемой в течение 3–6 мес. <i>Циклоспорин</i> : парентерально 3,5–5 мг/кг/сут. <i>Инфликсимаб</i> : парентерально 5 мг/кг на 2–6 нед.	
Поддержание ремиссии (минимальная длительность лечения — 1 год)		
Критерии прекращения лечения — стабильная клиническая, эндоскопическая и гистологическая ремиссия		
Ремиссия	<i>Сульфасалазин</i> : 2 г/сут внутрь. <i>Месалазин</i> : 1–1,5 г/сут внутрь. <i>Месалазин</i> — в клизмах (левосторонний колит), суппозиториях (проктит) — 3 г/нед.– 4 г/сут. <i>Азатиоприн</i> : 2–2,5 мг/кг/сут внутрь. <i>6-Меркаптопурин</i> 0,75–1,5 мг/кг/сут внутрь. <i>Инфликсимаб</i> : парентерально 5 мг/кг каждые 8 нед.	<i>Месалазин</i> : 1–4 г/сут внутрь. <i>Месалазин</i> — в клизмах (левосторонний колит), суппозиториях (проктит) — 3 г/нед. 4 г/сут. <i>Азатиоприн</i> : 2–2,5 мг/кг/сут внутрь

В случае развития гормонозависимости или рефрактерности течения болезни, а также при наличии свищей для поддержания ремиссии показаны цитостатики — *азатиоприн* и его метаболит — *6-меркаптопурин*. Их

назначение позволяет снизить дозу ГКС и даже отменить их. Терапевтическое действие цитостатиков начинается лишь спустя несколько недель, а максимальный эффект развивается только через 3–6 мес., поэтому минимальная длительность лечения ими составляет 2 года, при обязательном регулярном контроле ОАК и БАК, особенно в первые месяцы лечения из-за возможных побочных эффектов: угнетения кроветворения, острого панкреатита, повышения трансаминаз, диспепсии.

При неэффективности других средств при БК может назначаться *метотрексат* по 25 мг внутримышечно 1 раз/нед., но его применение ограничено возможным развитием побочных реакций (угнетение кроветворения, фиброз печени, оппортунистические инфекции, пневмонит и др.).

При тяжелом обострении ЯК в случае неэффективности ГКС в условиях стационара можно использовать цитостатик *циклоsporин* в суточной дозе — 4 мг/кг внутривенно.

Инфликсимаб (*ремикейт, кентокор*) — новый препарат на основе моноклональных антител к фактору некроза опухолей альфа (TNF α). Он обладает высокой активностью для купирования тяжелых обострений ХВЗК, резистентных к ГКС, способствует закрытию фистул, не поддающихся обычной консервативной терапии, однако его широкое применение ограничено высокой стоимостью. Препарат назначают однократно внутривенно капельно в дозе 5 мг/кг с возможными повторными инфузиями через 2 и 6 нед. после первого введения.

Базисная терапия требует постоянного врачебного контроля с выполнением ОАК и копрограммы не реже 1 раза в месяц.

Базисная терапия может дополняться симптоматическими средствами (гл. 3): спазмолитиками, ферментами и поливитаминами, пробиотиками, пребиотиками, вяжущими и др., хотя их эффект невелик. Не следует назначать лоперамид, кодеин, препараты железа, сильные седативные средства.

Антибиотики показаны в случаях тяжелого течения заболевания с опасностью развития септических осложнений и при наличии свищей, вызванных БК. Стандартом является использование *метронидазола* по 0,25 г 3 раза/сут внутрь или его сочетание с *ципрофлоксацином* (по 0,5 г 2 раза/сут) в течение 10–14 дней.

Лечение «больших» внекишечных проявлений проводится методами, принятыми для данных патологических состояний (при этом следует избегать назначения нестероидных противовоспалительных средств), а «малые» внекишечные симптомы обычно не требуют специальной терапии (кроме поражений глаз, нуждающихся в местном воздействии).

Физиотерапия при ХВЗК **противопоказана**.

Прогрессирование симптомов болезни и/или появление признаков опасных для жизни осложнений (кровотечение, токсическое расширение

толстой кишки, стеноз, перфорация, раковое перерождение), неэффективность консервативной терапии требуют направления пациента к хирургу для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Прогноз БК и ЯК в отношении выздоровления сомнительный, хотя у многих больных при комплексном лечении возможны длительные ремиссии. В ряде случаев процесс прогрессирует, несмотря на лечение. При осложнениях заболевания прогноз всегда неутешительный.

МСЭ определяется степенью тяжести заболевания, наличием осложнений. На период обострения выдается листок нетрудоспособности до ликвидации острых явлений (табл. 3). Пациенты с тяжелым или осложненным течением, недостаточным питанием и другими выраженными признаками мальабсорбции подлежат направлению на МРЭК для установления группы инвалидности.

Диспансеризация при достижении ремиссии проводится врачом-гастроэнтерологом с осмотром 4 раза в год (обязателен контроль статуса питания) и выполнением диагностических исследований: ОАК — не реже 2 раз в год; БАК (билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, протеинограмма, СРБ, мочевины, креатинин, глюкоза) — 2 раза в год; анализ кала на скрытую кровь, яйца гельминтов, копрограмма — 4 раза в год; УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с биопсией, ЭКГ — 1 раз в год, при возможности выполнения УЗИ кишечника — 2 раза в год.

Ректоскопия, сигмоскопия или колоноскопия с биопсией — 1 раз в 1–2 года. Осмотры врачами-специалистами: хирургом, инфекционистом и другими — по показаниям.

Проводятся поддерживающая базисная терапия (табл. 3) и общеукрепляющие мероприятия.

ЭНТЕРОПАТИИ

Под энтеропатией следует понимать патологическое состояние тонкого кишечника, обусловленное разными причинами, проявляющееся нарушением функции данного органа, т. е. кишечного пищеварения и всасывания (мальабсорбция). Ранее считалось, что это состояние обусловлено воспалительными и дистрофическими изменениями слизистой оболочки тонкой кишки, поэтому оно обозначалось (особенно в отечественной литературе) термином «хронический энтерит». Однако без морфологического подтверждения воспаления тонкой кишки и указания этиологии заболевания данный термин неправомерен как диагноз (нозологическая форма), более того, мальабсорбция нередко обусловлена генетическими или приобретенными ферментопатиями, а не воспалением. Для обозначения нарушений всасывания, обусловленных такими биохимическими дефектами, используют понятие «Первичные синдромы мальабсорбции», а в МКБ-10 для этого предусмотрена рубрика «K90. Нарушения всасывания в кишечнике».

Причинами приобретенной энтеропатии могут быть острые кишечные инфекции (иерсиниоз, сальмонеллез и др.), глистные и паразитарные (лямблиоз) инвазии, голодание (белково-витаминная недостаточность), токсические вещества (алкоголь, соли тяжелых металлов), длительное использование некоторых лекарств (НПВС, ГКС, цитостатиков, антибиотиков и др.), диффузные болезни соединительной ткани, иммунодефицит, заболевания желудка и гепато-билиарной системы и др. Данные причины являются следствием снижения активности ферментов кишечного пищеварения и расстройства функции транспортных каналов для всасывания продуктов гидролиза, электролитов и других веществ, что приводит к мальабсорбции. Ситуацию усугубляет рецидивирующая диарея вследствие кишечной гиперсекреции, повышенной осмолярности содержимого тонкой кишки, ускорения кишечного транзита и дисбиоза кишечника.

Первичная мальабсорбция, обусловленная биохимическими дефектами стенки кишки, может быть *генерализованной*, когда нарушается всасывание всех питательных веществ, воды, электролитов, витаминов (целиакия, тропическая спру), или *селективной*, касающейся всасывания отдельных веществ — дисахаридов (лактазная, трегалазная, сахаразная недостаточность), моносахаров (глюкозы, галактозы), аминокислот, цианокобаламина, хлоридов.

Клиническая картина энтеропатий соответствует синдрому мальассимиляции, описанному в гл. 1, причем преобладают именно общепатологические симптомы нарушенного обмена веществ в организме. Отмечаются прогрессирующее уменьшение массы тела, астенизация, трофические изменения кожи и ее придатков, пастозность кожных покровов или отеки (гипопротеинемического характера), анемия, симптомы полигиповитаминоза, признаки электролитного дисбаланса (гипокальциемия, гипокалиемия, гипонатриемия), демпинг-синдром с гипогликемическими эпизодами, дистрофические поражения внутренних органов (жировая дистрофия печени, миокардиодистрофия, эндокринопатии и др.).

Из кишечных проявлений характерна хроническая диарея с жидким стулом желтого цвета до 5–8 раз/сут (в тяжелых случаях стул обильный, «жирный», зловонный до 15 и более раз/сут), редко бывает запор (у 15–18 % пациентов). Часто развивается дисбиоз той или иной степени тяжести (гл. 1). Нарушения стула сопровождаются типичными кишечными симптомами: метеоризмом, урчанием в животе, флатуленцией, дистензионными или спастическими болями в околопупочной области, возникающими через 3–4 ч после еды. При пальпации живота определяются болезненность в области тощей кишки, средней части живота и в точке Поргеса (левее и выше пупка), «шум плеска» (признак Герца) и/или урчание в области слепой кишки (симптом Образцова).

Диагностика требует выполнения всех методов, изложенных в гл. 2, и некоторых дополнительных, позволяющих дифференцировать различные энтеропатии и нарушения обмена веществ.

ОАК при энтеропатиях часто выявляет признаки железодефицитной, В₁₂-фолиеводефицитной или полифакторной анемии, *БАК* — повышение концентрации триглицеридов, уменьшение содержания альбумина, холестерина, уровня кальция, натрия, калия, сывороточного железа, концентрации витаминов, *копрограмма* — признаки бродильной или гнилостной диспепсии, стеатореи с высоким содержанием жирных кислот и мыл, *микробиологическое исследование кала* — признаки дисбиоза кишечника.

Из дополнительных лабораторных методов полезны *бактериологическое исследование аспирированного содержимого* тощей или двенадцатиперстной кишки (позволяет выявить бактериальное обсеменение тонкой кишки) и различные *нагрузочные пробы* для выявления нарушения пищеварения и всасывания в кишечнике (с моно- и дисахаридами, аминокислотами, Д-ксилозой, лактозой и другие тесты), а также определение активности ферментов в кале, кишечном содержимом и в смывах биоптатов слизистой кишечника.

Рентгенологическое исследование (предпочтительны зондовая энтерография и двойное контрастирование) позволяет выявить неравномерность заполнения петель тонкой кишки, изменение пассажа контрастного вещества, избыточное количество слизи и жидкости, расширение и деформацию складок с неравномерными скоплениями контрастной взвеси между ними.

Эндоскопическое исследование (еюноскопия, ретроградная илеоскопия) с энтеробиопсией и аспирационной биопсией тонкой кишки помогают исключить опухоли и относительно редкие заболевания тонкой кишки (БК, туберкулезный илеотифлит и др.), уточнить характер энтеропатии (целиакия, вторичная энтеропатия и др.).

Гистологическое исследование биоптатов может выявить дистрофические изменения энтероцитов, атрофию ворсинок, клеточную инфильтрацию стромы с преобладанием плазмоцитов и лимфоцитов.

Обязательно выполняется *ЭКГ*, благодаря которой можно обнаружить признаки электролитных нарушений и миокардиодистрофии: удлинение интервала *Q–T* (при снижении кальция ниже 3,5 ммоль/л), наличие волны *U* с амплитудой 1 мм и более, расширение комплексов *QRS* (при гипокалиемии), горизонтальное смещение сегмента *S–T* ниже изолинии, уменьшение амплитуды, двухфазный или отрицательный зубец *T*.

По показаниям проводятся иммунологические исследования, определение гормонов ЖКТ и др.

Дифференциальный диагноз проводится с различными заболеваниями кишечника (БК, дивертикулез, опухоли, болезнь Уиппла, СРК, га-

строинтестинальная форма иерсиниоза, туберкулезный илеотифлит, ишемический энтерит, амилоидоз кишечника) и другими болезнями, протекающими с диареей и мальабсорбцией (лимфома, мезаденит, СПИД и другие иммунодефицитные состояния, заболевания поджелудочной железы и желудка).

Лечение. В госпитализации нуждаются пациенты с выраженными обменными нарушениями, для устранения которых требуется парентеральное питание и введение лекарственных средств.

Общие принципы лечения соответствуют изложенным в гл. 3: *щадящий режим, лечебное питание*, отвечающее диете № 4, *элиминационная диета* при выявлении пищевых интолерантностей (при целиакии — исключение злаков, лактазной недостаточности — свежего молока и др.) и *использование энпитов* (по показаниям).

Медикаментозная терапия направлена на ликвидацию этиологического фактора (если он известен), коррекцию обменных нарушений в организме (витамины, парентеральное питание и др.), восстановление кишечного эубиоза (пре- и пробиотики, при необходимости — антибиотиков), устранение нарушенного пищеварения и диареи (ферменты, регуляторы моторики, вяжущие и другие препараты), улучшение кишечной абсорбции (стабилизаторы мембран кишечного эпителия и стимуляторы мембранного пищеварения), купирование болей и других кишечных симптомов (гл. 3).

Прогноз в отношении жизни и выздоровления может быть неблагоприятен при выраженной генерализованной мальабсорбции. При комплексном патогенетическом лечении и коррекции селективной мальабсорбции возможна клиническая ремиссия.

МСЭ. При обострении процесса выдается листок нетрудоспособности на период, необходимый для компенсации водно-электролитных нарушений, мальабсорбции, купирования выраженной диареи и других кишечных симптомов (от 2–3 нед. в легких случаях до 1,5–2 мес. в более тяжелых).

Пациенты с тяжелым течением заболевания и неэффективностью лечения, выраженной мальассимиляцией (большая потеря массы тела, гиповитаминозы, анемия и др.) подлежат направлению на МРЭК для установления группы инвалидности.

Литература

1. *Гончарик, И. И.* Гастроэнтерология : стандартизация диагностики и обоснование лечения : справ. пособие / И. И. Гончарик. Минск : Беларусь, 2000.
2. *Задюнченко, В. С.* Поликлиническая гастроэнтерология : рук. для врачей. / В. С. Задюнченко, П. А. Кольцов. М. : Стар'Ко, 1998.

3. *Ивашкин, В. Т.* Избранные лекции по гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. М. : Медпресс, 2001.

4. *Пиманов, С. И.* Римский III Консенсус : избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей : пособие / С. И. Пиманов, Н. Н. Силивончик. Витебск : ВГМУ, 2006.

5. *Руководство по гастроэнтерологии* : в 3 т. / под ред. Ф. И. Комарова, А. Л. Гребнева. М. : Медицина, 1996. Т. 3. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта.

6. *Силивончик, Н. Н.* Гастроэнтерология в таблицах для врача общей практики: симптомы, синдромы и заболевания кишечника / Н. Н. Силивончик. Минск : Доктор-Дизайн, 2006.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Глава 1. Основные симптомы и синдромы.....	4
Глава 2. Амбулаторная диагностика.....	11
Глава 3. Общие принципы лечения.....	15
Глава 4. Частные вопросы диагностики и лечения болезней кишечника.....	23
Синдром раздраженного кишечника.....	23
Хронические воспалительные заболевания кишечника.....	30
Энтеропатии.....	38
Литература.....	42

Учебное издание

Хурса Раиса Валентиновна
Месникова Ирина Леонтьевна

АМБУЛАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Р. В. Хурса
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 26.03.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,42. Тираж 120 экз. Заказ 387.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.