**Выполнила: Дейхина А.С.**

Тема №5-8.

1. Симптомы и состояния, которые могут быть связаны с

заболеваниями тонкой и толстой кишки

* синдром мальдигестии - нарушение переваривания пищевых полимеров (белки, жиры, углеводы) до необходимых для всасывания составных частей, проявляющееся выявлением неперевареных пищевых полимеров в кале (амилорея, стеаторея и др.), у больных с мальдигестией могут наблюдаться признаки дисбактериоза и стул с жирным блеском, плохо смывающийся в унитазе.•
* синдром кишечной диспепсии - плеск, урчание и боли в животе, локализованные в средней и нижней его части, вздутие живота вследствие усиленного газообразования (метеоризм, поносы, запоры).
* синдром мальабсорбции - нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ, приводящее к выраженному расстройству питания, гиповитаминозу, анемии, гипопротеинемии, дистрофии, отёкам.
* болевой синдром - периодические/постоянные тупые боли (при поражении тощей кишки — в левой верхней и средней части живота, подвздошной кишки—в правом нижнем квадранте живота)
* синдром нарушенной моторной функции толстой кишки - обусловлен гипер- или гипомоторными расстройствами, основными клиническими признаками которых являются характерные боли в животе спастического или паралитического характера, поносы, запоры, нарушение акта дефекации (указывать характер стула).
* Синдром внекишечных проявлений ВЗК-гиповитаминоз (кровоточивость десен, снижение сумеречного зрения, трещины в углах рта) , отеки (за счет потери белка) ,боли в костях и суставах (обеднение солями кальция) ,трофические нарушения (сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей),увеиты,симптомы постгеморрагической железодефицитной анемии,недостаточность надпочечников (пигментация кожи, гипотония),недостаточность щитовидной железы (заторможенность, одутловатость лица) ,недостаточность половых желез (нарушение менструации, импотенция) ,недостаточность паращитовидных желез (тетания, остеомаляция, переломы костей),недостаточность гипофиза (полиурия с низким удельным весом мочи, жаждой),-односторонний сакроилеит, коксартрит ,узловая эритема.
1. Основные патологии тонкой и толстой кишки в соответствие

с МКБ 10:

K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит]

K51 Язвенный колит

K52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

K55 Сосудистые болезни кишечника

K56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи

K57 Дивертикулярная болезнь кишечника

K58 Синдром раздраженного кишечника

K59 Другие функциональные кишечные нарушения

1. Болезнь Крона и Язвенный колит (сравнительная таблица)



1. Профилактика и терапия запоров при беременности

Лечение хронического запора во время беременности представляет собой достаточно сложную задачу в связи с ограниченностью спектра разрешенных к применению препаратов в этот период, а также возникновением ряда осложнений гестации, требующих ограничения подвижности беременных.

Одним из лечебных мероприятий, направленных на устранение запоров у беременных, является изменение характера питания. При этом рекомендуют увеличение потребления жидкости и пищу с повышенным содержанием клетчатки. Необходим частый прием пищи малыми порциями. Обязательным является включение в пищевой рацион отрубей и пищевых добавок, которые приводят к увеличению каловых масс, что в свою очередь стимулирует моторно-эвакуаторную функцию сигмовидной и прямой кишки. При отсутствии противопоказаний необходимо применение элементов лечебной физкультуры, прогулок, плавания.

При отсутствии эффекта от данных мероприятий рекомендуют использовать слабительные препараты. По механизму действия слабительные средства подразделяются на следующие группы: размягчающие фекалии; средства, увеличивающие объем содержимого кишечника; слабоабсорбируемые ди- и олигосахариды; слабительные, повышающие осмотическое давление; препараты раздражающего действия; препараты, усиливающие моторную функцию кишечника.

Отдельные виды слабительных препаратов имеют побочные эффекты, что делает невозможным их широкое и длительное применение для лечения запоров беременных. Так, размягчающие слабительные средства (вазелиновое, касторовое масло и другие) депонируются в стенке кишечника, что может приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов (витамины А, Д). Раздражающие слабительные (препараты сены, бисакодил) могут вызывать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания и обладают онкогенным потенциалом, что является недопустимым при гестации. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна) требуют приема большого количества жидкости, а это нарушает водный баланс и может приводить к задержке жидкости в организме и развитию отеков.

Одним из немногих слабительных, разрешенных к применению в ходе гестационного процесса и лактации, является препарат Дюфалак (производство фирмы «Abbott Laboratories»). Большим достоинством препарата Дюфалак является отсутствие тератогенного и эмбриотоксического эффектов.

Анализ данных литературы и практический опыт показывают, что Дюфалак может быть эффективно применен в ряде случаев, когда необходимо стимулировать дефекацию, уменьшив при этом потуги и обеспечив более мягкий стул: у детей и подростков; у взрослых пожилого и старческого возраста; у больных, страдающих сопутствующими заболеваниями и сахарным диабетом; у беременных, родильниц и кормящих матерей; у больных, страдающих почечной недостаточностью; у пациентов с дивертикулами различной локализации; у больных, получающие опиаты и медикаменты, вызывающие запор, а также у больных в послеоперационном периоде.

Действующим началом препарата Дюфалак (молекулярная масса 342,3) является лактулоза, которая представляет собой не встречающийся в природе синтетический дисахарид. В этом дисахариде каждая молекула галактозы связана b-1,4-связью с молекулой фруктозы. Эта связь препятствует разрушению препарата ферментами человека или животных. Вследствие этого Дюфалак проходит через желудочно-кишечный тракт и достигает толстой кишки в неизмененном виде. Препарат не распределяется в тканях организма, так как активное вещество обычно не всасывается. Небольшие абсорбированные количества выводятся в неизмененном виде главным образом через почки.

В толстой кишке Дюфалак является идеальным питательным субстратом для сахаролитических бактерий, которые растут и быстро размножаются при применении препарата. Это приводит к угнетению протеолитической, продуцирующей токсины и потенциально патогенной кишечной флоры.

Фармакологический механизм действия препарата Дюфалак реализуется посредством двух основных биохимических и микробиологических эффектов:

1. Образование короткоцепочечных жирных кислот снижает рН содержимого толстой кишки и стимулирует перистальтику. Это также повышает осмотическое давление в просвете кишки (в среднем в 4 раза).

2. Под действием препарата Дюфалак происходит увеличение объема химуса, обусловленного задержкой воды внутри просвета кишки, и усиление кишечной перистальтики. В отличие от традиционных слабительных средств Дюфалак не оказывает раздражающего влияния на слизистую оболочку толстой кишки и не вызывает привыкания.

Кроме того, препарат Дюфалак является источником углеводов и энергии для различных видов Bifidobacterium и Lactobacillus, что приводит к увеличение их биомассы в кишечнике и к возрастанию объема содержимого кишечника, что потенциирует эвакуаторную функцию кишечника. Следует подчеркнуть, что препарат оказывает пребиотический эффект.

Суточные дозы препарата Дюфалак от 45 до 50 г полностью метаболизируются, тогда как более высокие дозы частично выводятся в неизмененном виде. Продукты биотрансформации препарата Дюфалак, то есть короткоцепочечные жирные кислоты снижают рН содержимого проксимальной и дистальной частей толстой кишки.

Режим дозирования препарата Дюфалак может варьировать по потребности. Поэтому для лечения запора можно принимать суточные дозы от 15 до 45 мл.

Краткое описание нозологии и составление маршрутизации пациентов (выделение синдромов, диагностика и лечение)

1. Ишемический и Микроскопический колит

**Ишемический колит**

**Общая часть**

**Ишемический колит**– особая форма нарушения кровотока в системе мезентериальных сосудов на ограниченных участках толстой кишки. Чаще поражается область селезеночной кривизны, реже - поперечная ободочная, нисходящая и сигмовидная кишки. Ишемический колит - это наиболее частый вид ишемии желудочно-кишечного тракта.

Классификация ишемического колита

Общепринятой классификации ишемического колита нет. Одной из известных классификаций служит классификация по Marston (1964), при которой по клиническим и морфологическим признакам выделяют следующие формы ишемического колита:

Транзиторная (некротизирующая) форма.

Наиболее частый вариант ишемического колита. Развивается на фоне преходящей ишемии толстой кишки. Возникает некроз слизистой оболочки толстой кишки с воспалением, которые обычно со временем проходят.

Больные страдают из–за болей и кровотечений, которые длятся несколько дней или недель. Могут быть боли различной продолжительности в левой подвздошной области, в области селезеночного угла (возникают обычно через 15–20 мин или через 1,5–2 часа после приема пищи), имеющие ноющий или периодический схваткообразный характер, чаще умеренной интенсивности. Наличие кишечных кровотечений зависит от тяжести поражения слизистой оболочки толстой кишки.

Распознаванию болезни способствует ирригоскопия.

Стенозирующая или стриктурирующая (псевдотуморозная) форма.

Представлена сужением кишки в результате длительных и повторяющихся ишемических повреждений толстой кишки. В результате воспалительные изменения из зоны слизистой оболочки толстой кишки распространяются на подслизистый и мышечный слой. Этот процесс течёт медленно, с развитием грануляционной ткани и постепенным рубцеванием, которое приводит к образованию стриктур, напоминающих изменения при болезни Крона или эндофитном раке. Наиболее часто эти изменения локализуются в селезеночном изгибе или нисходящем отделе кишки.

Гангренозный колит.

Наиболее тяжелая форма колита с обширным поражением всех оболочек толстой кишки, чаще всего обусловленная тромбозом или тромбоэмболией верхней брыжеечной артерии. Гангренозный колит может развиваться и после тяжелой кровопотери, при шоке, переохлаждении и других состояниях, сопровождающихся артериальной гипотензией, поражением мелких сосудов. Эта форма описана также у больных, перенесших реконструктивные операции на аорте и подвздошных артериях. Болезнь характеризуется внезапным началом, нестерпимой болью в левой половине живота, диареей с выделением темной крови (иногда сгустками). Развивается коллапс, появляются рвота, лихорадка, признаки перитонита. На обзорном снимке брюшной полости обнаруживают генерализованное расширение толстой кишки.

Код по МКБ-10 - K55 - Сосудистые болезни кишечника.

Основные клинические проявления ишемического колита

Для ишемического колита характерно развитие ряда клинических симптомов, интенсивность которых колеблется в широких пределах. Основными симптомами ишемического колита являются:

1. Боли в животе наблюдается у 100% пациентов. Локализация болей зависит от локализации пораженного сосуда, кровоснабжающего определённый участок толстой кишки. Только у 1/3 больных боль локализуется в одной анатомической зоне, у 2/3 одновременно возникают боли в нескольких анатомических областях. Основная локализация болей – левая подвздошная область, левое подреберье, нижние отделы живота, реже в подложечной области или в области пупка. У 2/3 наблюдается иррадиация болей в различные области тела (на заднюю поверхность тела, межлопаточную, подлопаточную, поясничную область, шею, затылок, пояснично–крестцовую область). По характеру боли могут быть: приступообразными, постоянными с периодическим приступообразным усилением и непроходящими.

В транзиторной стадии заболевания эквивалентом боли чаще всего является чувство тяжести в эпигастральной или другой области. С усилением циркуляторных расстройств появляются схваткообразные боли, при прогрессировании заболевания (стенозирующая форма) боли приобретают постоянный ноющий характер, нарастают постепенно по интенсивности.

Интенсивность болей варьирует в широких пределах. Как правило, постоянные боли носят тупой, ноющий характер, а усиление или возникновение приступов острых, интенсивных, режущих болей связано с воздействием провоцирующих факторов и зависит от степени нарушения кровоснабжения толстой кишки.

2. Дисфункция кишечника.

Встречается у 50% больных ишемическим колитом. Возникает вследствие нарушения секреторной и абсорбционной функции толстой кишки и проявляется диспептическими явлениями. Наблюдается метеоризм, отрыжка, рвота, чувство быстрой насыщаемости, неустойчивый стул (диарея, чередующаяся с запорами) или нарушение эвакуаторной функции толстой кишки с упорными запорами, нередко - урчание в кишечнике. При относительной компенсации мезентериального кровообращения преобладает дисфункция толстой кишки: метеоризм, аэроколия, запор, неустойчивый стул. При гемодинамически значимых стенозах нижней брыжеечной артерии развиваются упорные запоры, кишечные кровотечения, признаки частичной кишечной непроходимости, нередко присоединяется недостаточность сфинктеров заднего прохода, ослабление мышц мочевого пузыря. Обострения ишемического колита могут сопровождаться выраженными признаками раздражения брюшины, рвотой, диареей.

3. Прогрессирующее похудание.

Этот симптом особенно часто проявляется в поздней стадии заболевания. Похудание связано с сознательным отказом больного от приема пищи в связи со страхом перед возникновением болей в животе после еды (ситофобия), а также с нарушением секреторной и абсорбционной функции толстой кишки в результате ее ишемии.

4. Нейровегетативные расстройства.

У 92,3% пациентов снижена работоспособность, наблюдается общая слабость, быстрая утомляемость, возникающая к вечеру или сразу после болевого приступа. Нейровегетативные расстройства связаны с изменениями гемодинамики, сопровождают боли в животе. Могут быть головные боли, головокружения, обмороки, сердцебиения, повышенное потоотделение, плохая переносимость тепла, зябкость.

Методы диагностики ишемического колита

1. Сбор анамнеза

При сборе анамнеза следует выяснить локализацию и характер болей, а также связь болей с физической нагрузкой и приёмом пищи. Необходимо уточнить было ли наличие примесей крови в кале. Определить давность появления симптомов и динамику их развития. Важно выяснить информацию о наличии у пациента различных хронических заболеваний.

2. Физикальное обследование

Осмотр.

Больные обычно пониженного питания, астеничны, однако данные изменения наблюдаются не всегда. Больные часто раздражительны, эмоционально лабильны, замкнуты.

Пальпация живота.

Отмечается болезненность в различных отделах живота, преимущественно в левых и нижних отделах, шум плеска, умеренное вздутие живота. При пальпации живота может определяться уплотненная, болезненная, пульсирующая брюшная аорта в мезогастральной области.

Аускультация живота.

В 60% случаев выслушивается систолический шум над брюшным отделом аорты, максимальная точка выслушивания которого может располагаться вариабельно: в 56% – на 2–4 см ниже мечевидного отростка (II точка), у 13% – по средней линии на 2–4 см ниже пупка (V точка), у 15% – на 2–3 см выше от точки II (VII точка), у 6% – в области мечевидного отростка (I точка). Шум проводится на ограниченное расстояние (1–2 см). Систолический шум является одним из самых достоверных признаков диагностики абдоминальной ишемической болезни, однако при резком стенозе или окклюзии сосуда он может отсутствовать, что не является поводом для исключения ишемического поражения органов брюшной полости.

3. Лабораторные методы диагностики

4. Визуализирующие и инструментальные методы диагностики

-Рентгенологические исследования

-Ангиография

-Колоноскопия

-УЗИ органов брюшной полости

-Компьютерная томография

-Исследование биопсийного материала

Дифференциальная диагностика ишемического колита

В острую фазу ишемический колит необходимо дифференцировать от других воспалительных заболеваний толстой кишки (например, болезни Крона , неспецифического язвенного колита ), от повреждения толстой кишки при приёме НПВП, псевдомембранозного колита, инфекционного колита.

Тотальное повреждение кишки скорее свидетельствует о наличии неспецифического язвенного колита, а наличие свищей - о наличии болезни Крона.

При таких бактериальных колитах, как бациллярная дизентерия, сальмонеллёз и кампилобактерный колит на фоне острого течения может наблюдаться сегментарное поражение ободочной кишки. Более того, при бактериальных колитах и ишемическом колите отмечается схожесть проявлений на слизистой в поражённых сегментах: гиперемия, отёк и эрозии. Для дифференциальной диагностики важно бактериологическое исследование фекалий.

Методы лечения

Диетотерапия - в острой стадии заболевания показано проведение парентерального питания. Рекомендуются следующие продукты, богатые липотропными веществами: нежирное мясо в отварном виде (150 г/сут), творог, зелёный горошек, свекла, морковь, салат, растительное масло (1 ст.л. 3р/день). Выраженным липотропным эффектом обладают витамин B 6 , B 12, B 15 , E , никотинамид , фолиевая кислота , пантотеновая кислота. Рекомендовано лечебное питание, направленное на лечение атеросклероза . Применяется Диета № 10с.

Лекарственная терапия

Обезболивающее лечение.

При болях возможно применение нитратов (нитроглицерин), изосорбид динитрат, антагонистов кальция, верапамил, а также миотропных препаратов.

Нормализация гемодинамики - с этой целью проводят инфузионную терапию Реополиглюкином в дозе 400 мл/сут. Нормализации кровотока способствует этамзилат ( Дицинон ).

Антибактериальная терапия.

Эффективно назначение антибактериальных препаратов с широким спектром действия, что позволяет уменьшить тяжесть и распространение ишемического повреждения: Ко-тримоксазол внутрь 160/800 мг 2 р/сут 5-10 дней или ципрофлоксацин внутрь 500 мг 3 р/сут 5-10 дней.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано при хроническом сегментарном ишемическом колите с формированием стриктур. В отсутствие клинических симптомов в этом случае возможно эндоскопическое расширение суженного участка с помощью баллона.

1. Псевдомембранозный колит

Псевдомембранозный колит — колит, как правило, вызванный токсигенной Clostridium difficile, характерным признаком служат фибринозные наложения на слизистой оболочке толстой кишки.

Кодирование по МКБ 10

A04.7 – Энтероколит, вызванный Clostridium difficile;

K59.3 – Мегаколон, не классифицированный в других рубриках;

K52.8.0 – Колит псевдомембранозный.

Классификация

Выделяют лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую форму CDI.

Лёгкая форма заболевания характеризуется диареей и незначительной болью в животе. Клостридиальный колит может приводить к нарушению водно-электролитного баланса, обезвоживанию, вплоть до развития судорог. При этом, даже при развитии лёгкой формы у пациента с сопутствующими заболеваниями, особенно в послеоперационном периоде, CDI может значительно ухудшить состояние и прогноз на выздоровление.

Среднетяжёлая форма CDI характеризуется развитием диареи, повышением температуры тела до 380 С. Создается впечатление, что данная форма заболевания выделена искусственно, ввиду отсутствия чётких критериев, позволяющих её отличить от лёгкой и тяжёлой форм.

Тяжёлая форма клостридиальной инфекции помимо диареи проявляется болями в животе спастического характера, развитием лихорадки вплоть до гектических значений, лейкоцитоза, гипоальбуминемии. Отсутствие диареи у данной группы больных может свидетельствовать о развитии молниеносной формы CDI. Необходимо помнить, что при увеличении уровня в крови лейкоцитов более 15×109 кл/л, повышении уровня креатинина в сыворотке крови выше 115 мкмоль/л, подъёме температуры тела свыше 38,80 C и снижении уровня альбумина менее 25 г/л пациенты должны получать лечение в условиях отделения интенсивной терапии.

Главным проявлением заболевания является развитие диарейного синдрома, поэтому значительные изменения наблюдаются в водно-электролитном обмене. Для установления тяжести заболевания правильнее всего ориентироваться на степень выраженности эксикоза по В. И. Покровскому. Ослабленному пациенту после хирургического лечения, на фоне хронических соматических заболеваний, даже небольшое количество потерь кишечного отделяемого, выше физиологической нормы, может привести к нарушению гомеостаза системы человек-микроорганизм.

Диагностика

Жалобы и анамнез

Чаще всего пациенты предъявляют жалобы на жидкий стул более 3 раз в сутки либо увеличение количества кишечного отделяемого по илеостоме более 1000 мл/сутки или по колостоме более 500 мл/сутки, повышение температуры тела до 390С, метеоризм, редко на тошноту, рвоту, боли в животе спастического характера. Анамнестически у пациентов до развития клинической симптоматики может быть перенесенное хирургическое лечение, применение антибактериальных препаратов, ингибиторов протонной помпы, Н2-блокаторов, противоопухолевых препаратов, наличие воспалительных заболеваний кишечника, сахарного диабета, хронических болезней почек и т.д.

При лабораторных исследованиях: анемия, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, повышение уровня С-реактивного белка, редко увеличение концентрации креатинина. При колоноскопии слизистая оболочка толстой кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью, покрыта множественными до 0,3-1 см в диаметре, фибринозными бляшками. При ультразвуковом исследовании отмечается усиленная перистальтика тонкой кишки и утолщение стенки толстой кишки. При компьютерной томографии органов брюшной полости стенка поражённого отдела кишечника утолщена, в случае развития токсического мегаколон резко увеличен диаметр кишки, стенка при этом истончена. Могут наблюдаться увеличенные лимфатические узлы брыжейки.

Физикальное обследование. Функциональные методы.

При осмотре: живот симметричный

При пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах

При перкуссии: тимпанит

При колоноскопии; слизистая оболочка кишки розового цвета, с гладкой,

блестящей поверхностью, покрыта множественными до 0,3-1 см в диаметре,

фибринозными бляшками.

При ультразвуковом исследовании отмечается усиленная перистальтика тонкой

кишки и утолщение стенки толстой кишки.

При компьютерной томографии органов брюшной полости стенка поражённого

отдела кишечника утолщена, в случае развития токсического мегаколон резко увеличен

диаметр кишки, стенка при этом истончена. Могут наблюдаться увеличенные

лимфатические узлы брыжейки.

Лабораторная диагностика

Тест-системы для диагностики CDI

Для проведения экспресс-диагностики в лаборатории проводят определения ГДГ и

токсинов А и В в просветных фекалиях иммуннологическими методами.

⎯ Диагностический экспресс-тест для качественного определения антигенов

С. dificile: ГДГ, токсинов А и В. – метод иммунохроматографического анализа (ИХА).

⎯ Диагностические тест-наборы для определения антигенов С. dificile: ГДГ,

токсинов А и В. – метод ИФА.

⎯ Диагностические тест-наборы для определения антигенов С. dificile: ГДГ,

токсинов А и В. – иммунохемилюминесцентный анализ.

⎯ Тесты для выявления ГДГ, токсинов А и В, бинарного токсина – ПЦР, в том

числе мультиплексная.

Лечение

Консервативное лечение

Для прогнозирования эффективности антибактериальной терапии используют данные определения чувствительности C. difficile к антибактериальным препаратам.

Пациентам с лёгкой и среднетяжёлой формой заболевания назначается метронидазол в дозе 500 мг внутрь три раза в день в течение 10 дней. При отсутствии клинического эффекта через 5-7 дней производят смену препарата на ванкомицин в дозе 125 мг 4 раза в день per os в течение 10 дней. Пациентам с тяжёлой формой CDI изначально показано назначение ванкомицина в дозе 125 мг внутрь 4 раза в день в течение 10 дней. Ухудшение состояния пациента с возникновением гипотонии, гипертермии выше 38,50 С, задержке стула, выраженном вздутии живота, изменении сознания, лейкоцитозе свыше 15х109 или лейкопении ниже 2х109, повышении уровня лактата в сыворотке крови выше 2,2 ммоль/л, развитии синдрома полиорганной недостаточности требует перевод в отделение интенсивной терапии для дальнейшего лечения. Наряду с инфузионной терапией назначается ванкомицин внутрь в дозе 500 мг 4 раза в день в сочетании с метронидазолом в дозе 500 мг 3 раза в день внутривенно. При невозможности введения препарата через рот ванкомицин назначается ректально. При этом препарат в дозе 500 мг разводится в 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия и вводится в виде клизм четыре раза в день.

При рецидивах CDI следует использовать ванкомицин в дозировке 500 мг 4 раза в день, в течение 10 дней. Вместе с тем, использование антибактериальных препаратов, не активных против C. difficile нецелесообразно, и ведёт к ухудшению клинической картины, а также связано с высоким риском развития рецидива CDI.

Следует отметить, что в ряде стран в настоящее время используется препарат из группы макролидов – фидаксомицин, который демонстрирует высокие фекальные концентрации при минимальной системной абсорбции. Ещё один препарат, который необходимо упомянуть, говоря о тяжёлых формах клостридиальной инфекции - тигециклин. По своей химической структуре он относится к производным миноциклина, и является перспективным препаратом при лечении CDI у пациентов после неэффективной терапии первой линии. Начальная доза препарата для взрослых составляет 100 мг и вводится в/в капельно в течение 30-60 мин., далее по 50 мг через каждые 12 ч. Продолжительность терапии определяется степенью тяжести инфекции и клинической реакцией больного на лечение и составляет в среднем 5-14 дней. Несмотря на высокую эффективность, показания для лечения CDI тигециклином должны быть ограничены из-за широкого спектра активности препарата и возможности формирования антибиотикорезистентности других микроорганизмов.

Хирургическое лечение

Тяжелое течение заболевания, сопровождающееся возникновением осложнений CDI, таких как токсическая дилатации, перфорация и т.д. требует экстренного оперативного вмешательства. Вопрос об его объёме решается индивидуально, исходя из интраоперационно выявленных изменений. В ряде случаев оперативное вмешательство ограничивается формированием илеостомы, с последующим введением в отключенные отделы кишечника внутрипросветных антибиотиков, а при выраженной токсической дилатации с диастатическим повреждением или перфорацией стенки кишки возникает необходимость выполнения экстренной операции – колэктомии.

1. Дивертикулярная болезнь

**Дивертикулярная болезнь кишечника**- заболевание, характеризующееся образованием дивертикулов кишечной стенки.

**Дивертикул**– это выпячивание кишечной стенки. Истинные дивертикулы содержат все слои кишечной стенки. Ложные дивертикулы (псевдодивертикулы) представляют собой выпячивание слизистой оболочки через просветы в мышечной оболочке. К истинным дивертикулам относят врождённые дивертикулы (дивертикул Меккеля), а к ложным приобретённые дивертикулы толстой кишки.

**Дивертикулёз**– наличие множественных дивертикулов без развития клинических симптомов.

**Дивертикулит**– воспалительные изменения дивертикула с возможным переходом воспаления на близлежащие структуры.

**Дивертикул Меккеля**— незаращённый эмбриональный желточный проток (аномалия развития подвздошной кишки) — расположен на противобрыжеечном крае подвздошной кишки на расстоянии 60–100 см от илеоцекального угла. Дивертикул Меккеля считают истинным дивертикулом, так как его стенка содержит все слои кишки. Средняя длина — 5–7 см, но бывают дивертикулы и большего размера. Эпителий примерно одной трети дивертикулов относят к эпителиям железистого типа, способных вырабатывать соляную кислоту.

Коды по МКБ-10

Дивертикулярная болезнь кишечника - K57.

Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом - K57.0.

Дивертикулярная болезнь тонкой кишки без прободения и абсцесса - K57.1.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом - K57.2.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса - K57.3.

Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки с прободением и абсцессом - K57.4.

Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки без прободения или абсцесса - K57.5.

Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, с прободением и абсцессом - K57.8.

Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, без прободения и абсцесса - K57.9.

Дивертикул Меккеля – Q43.0.

Клиника и осложнения

Клиническая картина при дивертикулярной болезни толстой кишки

Примерно в 2/3 случаев наличие дивертикулов толстой кишки не сопровождается наличием клинической симптоматики (бессимптомный дивертикулёз) и они случайно диагностируются при эндоскопическом или рентгенологическом исследованиях.

Основные клинические проявления при симптоматическом течении дивертикулярной болезни толстой кишки:

Регулярно возникающие боли в левой подвздошной области, исчезающие после акта дефекации и продолжающиеся в течение нескольких недель, а иногда и нескольких месяцев. Аналогичная боль иногда может локализоваться в мезогастриуме и в правой подвздошной области.

Вздутие живота и обильное отделение газа.

Диспепсические расстройства, связанные с сопутствующей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и желчнокаменной болезнью (триада Сента).

Ректальные кровотечения и появление другой кишечной симптоматики (болей в эпигастральной области, диареи, тенезмов) нельзя объяснять только дивертикулёзом без исключения других причин.

Особые формы дивертикулярной болезни толстой кишки

К особым формам дивертикулярной болезни толстой кишки согласно рекомендациям Всемирной организации гастроэнтерологов (2005) следует относить:

Дивертикулез правых отделов толстой кишки.

Дивертикулы правых отделов толстой кишки у европейцев встречаются редко, они более характерны для жителей азиатских стран и, как правило, обнаруживаются у пациентов в возрасте 25-50 лет. Эти дивертикулы чаще бывают истинными, отличаются большей склонностью к кровотечениям, дивертикулы слепой кишки чаще осложняются дивертикулитом, что может вызывать значительные дифференциально-диагностические сложности.

Дивертикулярную болезнь толстой кишки у лиц со сниженным иммунитетом.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки у пациентов со сниженным иммунитетом (у лиц, страдающих тяжелыми инфекционными заболеваниями, сахарных диабетом, почечной недостаточностью, циррозом печени, злокачественными новообразованиями, получающих химиотерапевтические препараты и иммуносупрессивную терапию, в том числе кортикостероиды) характеризуется малой выраженностью клинических проявлений, склонностью к осложненному течению заболевания (прежде всего перфорациям).

Возникающие у таких пациентов осложнения определяют частую необходимость хирургического лечения и высокую послеоперационную летальность. Следует отметить, что кортикостероидные гормоны и НПВП могут вызывать обострения дивертикулита. Полагают, что эти препараты маскируют обычные симптомы дивертикулита на ранних стадиях, поэтому правильный диагноз устанавливают довольно поздно – уже при развитии осложнений заболевания.

Подострый дивертикулит.

Термином «подострый дивертикулит» рекомендуют обозначать формы острого дивертикулита тяжелого и умеренно тяжелого течения, когда проводимая антибактериальная терапия не приводит к полному разрешению клинических симптомов. У больных сохраняются боли в левой подвздошной области, нарушения функций кишечника, повышение температуры до субфебрильных цифр.

«Тлеющий» дивертикулит.

«Тлеющим» дивертикулитом предложено обозначать такие формы заболевания, когда у больных с доказанным дивертикулезом толстой кишки, протекающим без лихорадки и лейкоцитоза, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника.

Дивертикулит, рецидивирующий после резекции дивертикулов толстой кишки.

Дивертикулит, рецидивирующий после резекции толстой кишки по поводу дивертикулярной болезни, встречается у 1-10% больных, перенесших данную операцию.

Специалисты, занимающиеся проблемой дивертикулярной болезни толстой кишки, настаивают на необходимости динамического наблюдения за всеми больными, перенесшими первый эпизод острого дивертикулита.

Сделана попытка разработать прогностически значимые критерии для формирования группы пациентов с высоким риском возникновения рецидива воспаления. Установлено, что риск рецидива дивертикулита высокий, если:

* Первый эпизод острого дивертикулита возник в возрасте до 60 лет.
* Имеются интенсивные боли в левой подвздошной области при возникновении первого эпизода острого дивертикулита сигмовидной кишки.
* При первом осмотре пациента определяются воспалительные изменения кишки.
* Температура тела выше 38,0 °С.
* Обнаруживаемые при ирригоскопии дивертикулы ограничены левыми отделами ободочной кишки.
* Имеются рентгенологические признаки стойкого повышения тонуса в левых отделах кишки, которые сохраняются даже в условиях медикаментозной гипотонии.

Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки

Дивертикулит.

Факторами риска развития дивертикулита являются наличие дивертикулита в анамнезе и наличие множественных дивертикулов ободочной кишки. Дивертикулиты наблюдаются примерно у 25% пациентов с дивертикулёзом. К основным признакам развития дивертикулитов относят:

* Острое начало – боль и напряжение мышц передней брюшной стенки в левом нижнем квадранте живота.
* При прогрессировании заболевания – повышение температуры тела, озноб.
* Анорексия, тошнота, рвота.
* Диарея или запор.
* Болезненный плотный малоподвижный инфильтрат в брюшной полости (при распространении воспалительного процесса с дивертикула на окружающие ткани).
* При вовлечении в процесс мочевого пузыря — дизурия.
* Перфорация.
* При перфорации дивертикула в брюшную полость развивается клиника разлитого перитонита.
* При перфорации дивертикула в забрюшинную клетчатку или пространство между листками брыжейки возникают инфильтраты или абсцессы.
* При медленном прогрессировании воспаления серозная оболочка слипается с окружающими органами, возникает прикрытая перфорация.
* Развитие перитонита может быть связано не только с перфорацией дивертикула, но и абсцессами, возникающими в толще кишечной стенки, при воспалении и отёке шейки дивертикула с его закупоркой.
* Кровотечение - возникает в 20–25% случаев, нередко - первое и единственное проявление заболевания. Обычно кровотечение связано с изъязвлением шейки или стенки дивертикула и проходящего там сосуда в результате хронического воспаления или образования пролежня на месте калового камня.

Кишечная непроходимость.

Причиной кишечной непроходимости могут быть воспалительный инфильтрат, сдавливающий кишку, спаечный процесс, приводящий к деформации кишки и её брыжейки, в отдельных случаях — инвагинация части кишки с дивертикулом или спазм гладкой мускулатуры.

Кишечная непроходимость при дивертикулёзе чаще носит характер обтурационной со всеми присущими этой форме проявлениями.

Внутренние или, реже, наружные кишечные свищи - у мужчин чаще развиваются сигмовезикальные свищи, у женщин — сигмовагинальные.

При формировании внутренних свищей возможно образование сложной системы свищевых ходов, открывающихся на кожу передней брюшной стенки.

Клиническая картина при дивертикулярной болезни тонкой кишки

Дивертикулы тонкой кишки чаще протекают бессимптомно. Лишь изредка они приводят к стазу тонкокишечного содержимого, избыточному бактериальному росту и мальабсорбции. Перфорация, воспаление и кровотечение наблюдаются значительно реже, чем при дивертикулёзе толстой кишки.

Наиболее распространены дивертикулы двенадцатиперстной кишки. Клинические признаки дивертикулеза двенадцатиперстной кишки возникают только при осложнениях заболевания.

Дивертикулы верхнего горизонтального отдела проявляются клинической симптоматикой язвенной болезни, что связано с попаданием в дивертикул кислого содержимого и возникновением в нём эрозии и язвы.

Дивертикул нисходящего отдела кишки при возникновении воспалительного процесса может обусловить компрессию большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска) с последующим развитием холангита, панкреатита, механической желтухи.

Возможен и непосредственный переход воспаления на поджелудочную железу с развитием хронического панкреатита.

Дивертикулы нижнего горизонтального отдела при развитии дивертикулита могут вызвать сдавление двенадцатиперстной кишки и привести к её непроходимости.

Диагностика

Заподозрить наличие дивертикулярной болезни можно при возникновении регулярных болей в левой или, реже, правой подвздошных областях, которые уменьшаются после акта дефекации.

В большинстве случаев дивертикулярная болезнь кишечника не проявляется наличием каких-либо симптомов и выявляется случайно при рентгенологическом или эндоскопическом обследовании кишечника.

Методы диагностики

Диагностика дивертикулярной болезни включает анализ клинических проявлений заболевания, анамнеза, данных объективного обследования больного.

* Сбор анамнеза

Необходимо расспросить пациента о наличии жалоб, характерных для дивертикулярной болезни или её осложнений, давности их появления и динамике развития.

* Лабораторные методы диагностики
* Визуализирующие и инструментальные методы диагностики

План (тактика) диагностики

Диагностику необходимо начинать с обзорной рентгенографии органов брюшной полости для исключения перфорации дивертикула. Методом выбора при неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки является ирригоскопия.

Эндоскопия позволяет выявить наличие множественных дивертикулов, кишечного кровотечения, а также может оказаться полезной для обнаружения таких сопутствующих поражений, как полипы и рак, которые могут остаться нераспознанными при ирригоскопии.

Колоноскопия противопоказана при выраженном воспалении.

В диагностике дивертикулита особенно эффективна контрастная компьютерная томография.

Лечение

Общие принципы лечения дивертикулярной болезни кишечника

При дивертикулёзе с клиническими проявлениями, но без интоксикации, при отсутствии симптомов раздражения брюшины и лейкоцитоза возможно амбулаторное лечение под наблюдением врача.

При дивертикулёзе с осложнённым течением показано стационарное лечение в специализированном отделении (колопроктологии).

Лечение дивертикулярной болезни может включать использование как консервативных, так и хирургических методов лечения.

Цели лечения

Предотвращение прогрессирования заболевания и развития осложнений.

Нормализация функции кишечника и купирование обострений.

Лечение осложнений при их возникновении.

 Методы лечения дивертикулярной болезни кишечника

Диетотерапия

Всем больным с дивертикулёзом показана диета с повышенным содержанием растительной клетчатки - пшеничные отруби значительно снижают внутриполостное давление и ускоряют скорость миграции содержимого кишечника, причём в большей степени этот эффект оказывают отруби грубого помола. Необходимо исключение продуктов, вызывающих метеоризм (бобовые, виноград, чечевица, лук) и запоры (черника, рис). Следует исключить также семечки, плоды с большим количеством зёрен и чрезмерно грубую клетчатку (хурма, ананасы, репа, редис, редька).

Медикаментозное лечение

При дивертикулёзе.

При болевом синдроме применяют спазмолитические средства ( папаверин ( Папаверина гидрохлорид 2% р-р ) 1–2 мл п/к или в/м, бенциклан ( Галидор ) 0,05 г в/м или дротаверин ( Но-шпа ) 2% р-р 2–4 мл в/м ) при болевом синдроме.

Для усиления моторики желудка и кишечника - пиридостигмина бромид (Калимин ) по 0,06 г 1–3 р/сут внутрь или 2–5 мг п/к или в/м или метоклопрамид (Церукал ) по 10 мг 3 р/сут внутрь (до еды) или в/м.

При выявлении дисбактериоза для восстановления нормальной кишечной микрофлоры – Бифидумбактерин или Бификол .

При постоянных запорах – вазелиновое или оливковое масло внутрь или в микроклизмах.

При лёгкой степени дивертикулита.

При лёгкой степени дивертикулита (умеренные боли, четко локализованные в левой подвздошной области, субфебрильная температура и незначительный лейкоцитоз, отсутствие симптомов интоксикации и рвоты) лечение включает назначение внутрь на 10-14 дней:

метронидазол ( Трихопол , Флагил ) 500 мг 2р/сут + триметоприм / сульфаметоксазол ( ко-тримоксазол ) ( Бисептол , Бактрим ) по 960 мг/сут – 3 дня, далее по 480мг/сут – 9-11 дней

При среднетяжёлой форме дивертикулита.

При среднетяжёлой форме дивертикулита (локализованные боли в левом нижнем квадранте живота, фебрильная лихорадка, лейкоцитоз с «левым» сдвигом, пальпаторная болезненность, симптомы интоксикации, тошнота, рвота) лечение включает парентеральное введение одного из ниже указанных антибактериальных препаратов с широким спектром действия до разрешения активности процесса:

меропенем ( Меронем ) 500 мг в/в каждые 8 ч или

ципрофлоксацин ( Ципролет , Цифран ) 400мг в/в 3 р/сут или

цефотаксим ( Клафоран , Цефотаксим ) по 2 г каждые 12 ч или

клиндамицин 600 мг в/в каждые 8 ч + метронидазол ( Клион , Метрогил ) 500 мг в/в капельно каждые 8 ч или

амоксициллин ( Амоксиклав ) 50 мг/кг массы тела в сутки в/м каждые 6 ч + метронидазол ( Клион , Метрогил ) 500 мг в/в капельно каждые 8 ч.

При подавлении активности процесса больному продолжается симптоматическая терапия. Критериями к прекращению интенсивного лечения является клинико-лабораторная ремиссия с нормализацией картины крови.

Хирургическое лечение.

Экстренные показания к оперативному лечению: Осложнения дивертикулёза, представляющие непосредственную угрозу для жизни пациента (перфорация дивертикула в брюшную полость с развитием диффузного перитонита, кишечная непроходимость, массивное кровотечение).

**Тактика лечения дивертикулярной болезни кишечника**

Тактика лечения дивертикулярной болезни толстой кишки.

При бессимптомном дивертикулёзе кишечника, выявленном случайно, в специальном лечении необходимости не возникает. Рекомендуют богатую растительной клетчаткой диету с целью профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания и предупреждения возможных осложнений.

При дивертикулёзе с выраженными клиническими проявлениями применяют комплекс лечебных мероприятий: послабляющую диету, спазмолитики, препараты, регулирующие моторную функцию кишечника, и средства, нормализующие состав бактериальной флоры кишечника. У большинства пациентов с клинически выраженным дивертикулёзом толстой кишки консервативное лечение даёт стойкий эффект.

При дивертикулите показано назначение антибиотиков, кишечных антисептиков, средств, восстанавливающих нормальную микрофлору кишечника. При развитии кровотечения из дивертикула показано введение вазопрессина по катетеру при проведении селективной ангиографии.

При решении вопроса о необходимости хирургического лечения ориентируются на клиническую картину и сочетание факторов риска.

Тактика лечения дивертикулов двенадцатиперстной кишки.

Лечение в основном консервативное, направлено на излечение и профилактику дивертикулита.

При частых рецидивах осложнений, больших размерах дивертикула показано оперативное лечение. Во время операции для обнаружения дивертикула проводят инсуффляцию воздуха через зонд, введённый в двенадцатиперстную кишку, или осуществляют эндоскопию на операционном столе. После обнаружения дивертикула производят его погружение и ушивание дефекта мышечной оболочки кишки.

Тактика лечения дивертикула Меккеля.

Бессимптомные дивертикулы удалять не следует. Наличие любых клинических проявлений, связанных с дивертикулом подвздошной кишки, — показание к его удалению.

1. Синдром раздраженного кишечника

Определение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) - это функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт связаны с актом дефекации и/или изменениями в деятельности кишечника.

Ощущения дискомфорта (метеоризм), растяжение живота и расстройства дефекации – это часто связанные симптомы. В некоторых языках «метеоризм» и «растяжение» означают одно и то же понятие.

Некоторые характеристики СРК:

 Нет известной связи с повышенным риском развития рака или

воспалительной болезни кишечника, а также с повышенной смертностью.

 Приводит к значительным прямым или непрямым расходам на

здравоохранение.

 При СРК нет универсального патофизиологического субстрата.

— Общепринято считать, что к СРК имеет отношение висцеральная

гиперчувствительность [1].

 Может произойти эволюция СРК в другие симптоматические желудочнокишечные расстройства и перехлест с ними (например, с

гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, диспепсией и функциональным

запором).

 Состояние обычно вызывает длительно протекающие симптомы:

— Могут возникать периодически.

— Симптомы варьируют и часто связаны с приемом пищи и, что характерно,

с дефекацией.

— Симптомы препятствуют каждодневной жизни и социальной активности

у многих пациентов.

— Иногда симптомы предположительно возникают после перенесенной

кишечной инфекции (постинфекционный СРК), значительных событий в

жизни, или провоцируются сильным стрессом.

— Симптомы могут возникать после абдоминального и/или тазового

хирургического вмешательства.

— Симптомы могут провоцироваться антибиотикотерапией.

Диагностика:

ЭТО ДИАГНОЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ!!!

1. Сбор анамнеза:

Схема абдоминальной боли или дискомфорта:

* Хроническая.\*
* Тип боли: преходящая\* или постоянная.
* Эпизоды боли в прошлом.\*
* Локализация боли. У некоторых пациентов боль может быть четко
* локализована (например, в нижнем левом квадранте живота), в то время как
* у других боли склонны менять локализацию.
* Облегчение после дефекации или отхождения газов.\*
* Ночная боль нетипична для СРК и расценивается как настораживающий
* признак.

Другие абдоминальные симптомы:

* Вздутие\*
* Растяжение\*
* Урчание
* Метеоризм

Природа связанного кишечного расстройства:

* Запор
* Диарея
* Неустойчивость

Нарушения дефекации:

* Диарея > 2 недель (N.B.: нужно всегда стараться точно понять, что пациент имеет в виду под «диареей» и «запором»)
* Слизь в стуле
* Срочные позывы на дефекацию
* Чувство неполной дефекации/эвакуации

Другая информация из анамнеза пациента и важные предупреждающие признаки:

* Непреднамеренная потеря веса
* Кровь в стуле

Семейный анамнез:

* — Колоректальных новообразований
* — Целиакии
* — Воспалительной болезни кишечника

Лихорадка, сопровождаемая болями внизу живота

Связь с менструацией

Связь с:

— Лекарственной терапией

— Приемом пищи, непереносимость который уже известна (особенно

* молока), искусственных заменителей сахара, диетических продуктов или
* алкоголя

— Посещением (суб-)тропиков

* Неправильные пищевые привычки:

— Нерегулярный или неадекватный прием пищи

— Недостаточный прием жидкости

— Избыточный прием клетчатки

— Одержимость пищевой гигиеной

* Семейный анамнез СРК.
* Природа возникновения
* Персистирующая диарея
* Психологическая оценка!!!

РИМСКИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СРК:

1 Появление симптомов минимум за 6 месяцев до установления диагноза

2 Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт > 3 дней в месяц в течение предыдущих 3 месяцев

3 Минимум два из следующих признаков: — Улучшение после дефекации — Связь с изменением частоты стула — Связь с изменением формы стула

ЛЕЧЕНИЕ:

Диета и образ жизни - подбирают индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих увеличение выраженности симптомов заболевания (элиминационная диета).

Препараты для купирования боли

-спазмолитики.

Препараты для купирования диареи

- лоперамида гидрохлорид, смектит, рифаксимин и пробиотики.

Препараты для лечения запора

Лечение хронического запора, в том числеСРК-З, следует начинать с выполнения общихрекомендаций, таких как увеличение в рационе пациента объема потребляемой жидкости до1,5–2 л в сутки и содержания растительной клетчатки, а также повышение физической активности. Для лечения больных с СРК-З применяют слабительные средства следующих групп:

1.слабительные средства, увеличивающие объем каловых масс

2.осмотические слабительные средства

3.слабительные средства, стимулирующие моторику кишки

Энтерокинетики

В случае неэффективности рассмотренных слабительных препаратов целесообразно назначить прокинетик из группы агонистов 5-НТ4-рецепторов — прукалоприд.

Препараты комбинированного действия — тримебутинамалеат — безопасен при длительном применении.

1. Целиакия

Целиакия (глютеновая энтеропатия) - хроническое аутоиммунное заболевание, вызванное нарушением толерантности к глютену, следствием которого является воспаление слизистой оболочки тонкого кишечника и синдром мальабсорбции .

Симптомами болезни являются: диарея, стеаторея, синдром мальабсорбции , снижение веса; признаки поливитаминной недостаточности (анемия, глоссит, стоматит, остеомаляция, остеопения, остеопороз). Примерно у 10% пациентов имеется герпетиформный дерматит.

Диагноз устанавливается на основании проявлений заболевания; данных лабораторных тестов (повышение титров антиглиаденовых антител; уровней антител к эндомиозину гладкомышечных клеток и тканевой трансглютаминазе); результатов визуализирующих методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопическое и рентгенографические исследования тонкого кишечника) и биопсии тонкого кишечника (атрофия ворсин, гиперплазия крипт).

Лечение целиакии заключается в назначении аглютеновой диеты; применении кортикостероидов и витаминно-минеральных комплексов.

Классификация целиакии

Типичная форма целиакии.

Характеризуется развитием болезни в раннем детском возрасте. Основными проявлениями целиакии являются: диарея с полифекалией и стеатореей, снижение массы тела, задержка роста.

Стертая форма целиакии.

Характеризуется наличием внекишечных проявлений целиакии (железодефицитная анемия, геморрагический синдром, остеопороз, полиартралгии).

Латентная форма целиакии.

В течение длительного времени протекает субклинически. Впервые манифестирует у взрослых пациентов (у женщин в 30-40 лет; у мужчин ; в 40-50 лет) или у пожилых людей.

 Код по МКБ-10 Целиакия (глютеновая энтеропатия): K90.0

 Диагностика

Целиакию можно заподозрить на основании жалоб пациентов на раздражительность, анорексию, диарею, снижение мышечной массы; нарушение развития в грудном возрасте, задержку роста в детском возрасте, недостаточность питания у взрослых.

Физикальное исследование

В ходе физикального исследования пациентов с целиакией обнаруживаются кишечные и внекишечные симптомы целиакии.

Кишечные симптомы целиакии

Диарея, стеаторея, флатуленция, снижение массы тела, общая слабость, боли в животе.

Внекишечные симптомы целиакии

Анемия, геморрагический синдром, остеопения, неврологическая симптоматика.

Лабораторные методы диагностики

Общий анализ крови.

Коагулограмма.

Биохимический анализ крови.

Определение иммунологических показателей.

Исследование кала

Тест с D-ксилозой.

Копрологическое исследование (копрограмма и липидограмма)

Инструментальные методы диагностики

Рентгенологические исследования кишечника.

КТ тонкого кишечника.

МРТ тонкого кишечника.

УЗИ тонкого кишечника.

 **Алгоритм диагностики целиакии**

Детям с целиакией необходимо провести потовый тест для исключения муковисцидоза .

Пациентам со слабым ответом на аглютеновую диету и отсутствием эффекта от гормональной терапии кортикостероидами проводится дополнительное обследование для исключения лямблиоза, болезни Крона , лимфомы, дивертикулеза и аденокарциномы.

Методы лечения целиакии

Диетотерапия

Основным методом лечения целиакии является **аглютеновая** диета, которая должна соблюдаться на протяжении всей жизни больного. У 85% больных аглютеновая диета дает хороший терапевтический эффект, хотя гистологическое восстановление слизистой оболочки тонкой кишки наступает не ранее 3-6 месяцев.

Главным принципом диетотерапии при целиакии является которой исключение всех продуктов, содержащих глютен. К таким продуктам относят все изделия, включающие в свой состав ячмень, просо, пшеницу, рожь, овес. В эту группу входят указанные крупы, хлеб белый и черный, макаронные изделия, пельмени, блины, торты, пирожные, печенье, пряники, мороженое, пудинги. Непереносимые больными целиакией злаки содержатся в некоторых спиртных напитках (пиве, виски), в экспресс-супах быстрого приготовления, растворимых кофейных напитках. Мука может быть добавлена в состав йогуртов, глазированных сырков, колбасных изделий, сосисок и сарделек, сыров, консервов, кетчупов, соусов. Для больных целиакией разработана специальная диета № 4 аг – аглютеновая .

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение назначается больным с целиакией при наличии осложнений заболевания или при отсутствии эффекта от аглютеновой.

При отсутствии эффекта от аглютеновой диеты пациентам назначается медикаментозное лечение кортикостероидами .

Преднизолон применяется у взрослых внутрь в дозе 30-40 мг/сут; у детей - 1 мг/кг/сут (не более 30 мг/сут). Курс лечения - 6-8 недель.

Тактика ведения больного с целиакией

После первичного назначения лечения больному с целиакией, следующий врачебный осмотр и обследование (общий и биохимический анализ крови, исследование кала) должно быть проведено не раньше, чем через 3-4 месяца.

У 85% больных аглютеновая диета дает хороший терапевтический эффект, хотя гистологическое восстановление слизистой оболочки тонкой кишки наступает не ранее 3-6 месяцев. Повторная биопсия проводится через 6 мес. после начала такой диеты. Проводить провокационную пробу с глютеном не рекомендуется.

Больные целиакией, которая корригируется аглютеновой диетой, подлежат ежегодному диспансерному осмотру. Им проводятся следующие исследования: общий и биохимический анализ крови; исследование кала; определяются иммунологические показатели, выполняются визуализирующие методы обследования. При отсутствии полной ремиссии заболевания производится биопсия слизистой оболочки двенадцатиперстной или тощей кишок.

Отсутствие заметного улучшения состояния больного на фоне аглютеновой диеты в первые 3 месяца после начала лечения может быть связано со следующими причинами: несоблюдение аглютеновой диеты в полной объеме; наличие сопутствующих заболеваний (дисахаридазной недостаточности, лямблиоза, болезни Аддисона, дефицитов фолиевой кислоты, железа, кальция, магния; лимфомы тонкой кишки, язвенного еюнита, гипогаммаглобулинемии).