**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №3,4

Тема №1: **Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика**

**хронического энтерита и колита.**

**Тема №2: Ведение больных с энтеритами и колитами.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составитель: зав каф. Садыкова А.А., преподаватель Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия №1:** «**Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика хронического энтерита и колита**». (50мин) **Тема №2: Ведение больных с энтеритами и колитами. (50мин)**

**План занятия №1:**

* Определение хронического энтерита и хронического колита, и их этиология.
* Патогенез хронических энтеритов и колитов.
* Классификация и характеристика, клинические варианты.
* Диагностика и диф.диагноз.
* Тактика ведения, лечение медикаментозное.
* Профилактические мероприятия.

**План занятия №2:**

* 1. Ознакомление с тактикой ведения больных с хроническим гепатитом в отделении;
  2. Демонстрация практических навык по чек-листу;
  3. Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

* Дайте определение понятию «хронический энтерит».
* Перечислите причины и факторы риска, приводящие к хроническому энтериту.
* Определите классификацию энтеритов.
* Охарактеризуйте патогенез энтеритов.
* Назовите диагностические методы обследования больных.
* Дайте определение понятию «хронический колит».
* Перечислите симптомы характерные для хронического колита.
* Расскажите диагностические методы энтеритов и колитов: обследование и лабораторно-инструментальные данные.
* Назовите, применяемые при лечении энтеритов и колитов, лекарственные препараты.
* Перечислите рекомендуемые профилактические мероприятия.

**Цель практического занятия:** Научиться распознавать энтериты от колитов. Научиться составлять план обследования больных с энтеритами и колитами, и проводить дифференциальный диагноз. Научиться составлять план лечения больных с энтеритами и колитами.

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Пищеварительная система. * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ. * Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями кишечника. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Антибиотики. * Вяжущие средства, витамины. * Гормональные препараты. * Лактопрепараты. * Дезинтоксикационная терапия |

**Внутридисциплинарные связи:**

1. Гастриты и ЯБЖ.

2. Эзофагиты.

3. Заболевания ЖВП и печени.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента с энтеритами и колитами;
* определять тяжесть состояния пациента;
* определять план обследования пациента с энтеритом и колитом;
* проводить дифференциальную диагностику энтерита и колита с другими патологическими состояниями;
* оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
* определять тактику ведения пациента с энтеритом и колитом;
* оказывать лечебные мероприятия при энтерите и колите;
* оценивать эффективность лечебных мероприятий;

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* определение понятия «энтерит и колит»;
* их классификацию;
* причины развития, патогенез энтерита и колита;
* клинические проявления энтерита и колита в зависимости от вида;
* дополнительные методы диагностики энтерита и колита;
* дифференциальную диагностику энтерита и колита с другими патологическими состояниями;
* принципы лечения энтерита и колита;
* критерии эффективности лечебных мероприятий при энтерите и колите;
* показания к госпитализации пациентов с энтеритом и колитом.

***После изучения темы студент должен владеть навыками*:**

* физикального обследования больного;
* проведения диагностических проб;
* пальпации и перкусии органов брюшной полости;
* исследования желудочно-кишечной системы;
* исследования симптомов острого живота.
* оказания неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучени (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1.** | ПК13- способен выявлять у пациентов основные симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных синдромов, угрожающих жизни. | **1.** РО 5 – Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагнозов и методами проведения судебно-медицинской экспертизы.  .РО 6 – Умеет выполнять лечебные мероприятия наиболее часто встречающихся заболеваний и оказывать первичную медицнскую помощь при неотложных состояниях у детей и подростков. | **РОд-1:**  **Знает и понимает**:  - Этиологию, патогенез, классификацию, основные симптомы и синдромы заболеваний, рассматриваемых в данном курсе. (ПК-13)  **Умеет** на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, изучаемые по теме, заболевания; (ПК-13)  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты,  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; (ПК-13)  **РОд-2:**  **Знает и понимает:**  - Критерии диагностики заболеваний, изучаемых на данном курсе;  - Основные принципы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний;  - Меры профилактики заболеваний; (ПК-16)  **Умеет:**  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией болезней;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики; (ПК-16)  **Владеет**:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии; (ПК-16)  - навыками определения прогноза болезни у конкретного больного; (ПК-16) | **РОт**: Знает и понимает: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину энтеритов и колитов.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз энтеритов и колитов с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, симптомы энтерита и колита;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией энтеритов и колитов;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза болезни у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности. |
| **2.** | ПК16 - способен назначать больным детям и подросткам адекватное лечение в соотвествие с диагнозом. |
|  |  |  |  |  |

**Ход занятия №1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы и важные аспекты по теме. | Мозговой штурм:  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов. Дается один вопрос на который ожидается полноценный и четкий ответ. | Обращение внимание студентов к занятию, способность развить клиническое мышление. | Доска с проектором, слайд | 2 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов. | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 3 | Изложение новой темы | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Объяснить, показать и довести до студента новую тему, акцентируя на основных моментах темы. | Усидчивость и внимательность студентов способствует лучшему усвоению темы. | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач или тестовых вопросов. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень ситуационных задач (Прил.2.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов. Разбор неясных вопросов. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы.  Формиров. пк2,пк17 | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов. Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3 мин |

**Ход занятия №2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуации  Активизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель, пикфлоуметр, таблица объемов легких,. лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. «Внутренние болезни» Окороков А.Н.

2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

4. «Внутренние болезни по Дэвидсону».

5. Лекционный материал.

**Дополнительная литература:**

1. Внебольничная пневмония у взрослых. Клинические рекомендации (под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова).
2. «Внутренние болезни» Макаревич А.Э.
3. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
4. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5www.spr.ru

**Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний**

**Тема: Энтериты и колиты.**

***Инструкция: Выберите один верный ответ***

1. Все перечисленные симптомы характерны для хронического энтерита, кроме:

а) вздутие живота;

б) лихорадка;

в) полифекалия;

г) " пенистый " вид кала;

д) похудание;

2. Кишечная диспепсия проявляется симптомами:

1) изжога;

2) вздутие живота;

3) диарея;

4) тенезмы;

5) отрыжка;

6) рвота.

А. Верно: 2, 3, 4. Б. Верно: 1, 3, 6. В. Верно: 3, 5, 6. Г. Верно: 2, 4, 5. Д. Верно: 4, 5, 6.

3. Для хронического энтерита справедливы утверждения:

1) стул частый, количество каловых масс невелико;

2) стул частый, полифекалия, лиэнтерия;

3) заболевание часто сопровождается артритом;

4) при обострении болезни снижается масса тела;

5) при тяжелом течении развивается полигиповитаминоз.

А. Верно: 1, 3, 5. Б. Верно: 2, 4, 5. В. Верно: 2, 3, 4. Г. Верно: 1, 2, 3. Д. Верно: 1, 4, 5.

4. Для хронического колита справедливо утверждение:

а. характерен частый стул, слизь в кале, тенезмы;

б. при тяжелом течении возможно развитие В-12 - дефицитной анемии;

в. в период обострения характерна полифекалия;

г. все перечисленное верно.

5. Спастические боли при заболеваниях кишечника характеризуются следующими признаками:

1) длительные;

2) кратковременные;

3) острые;

4) ноющие, тупые;

5) локализованные;

6) мигрирующие.

А. Верно: 2, 4, 6. Б. Верно: 1, 3, 6. В. Верно: 1, 4, 5. Г. Верно: 1, 3, 5. Д. Верно: 2, 3, 6.

6. Для мезентеральных болей характерны следующие признаки:

1) кратковременные;

2) длительные;

3) острые, колющие;

4) тупые, ноющие, тянущие;

5) усиливаются при ходьбе, резких движениях;

6) усиливаются после приема пищи.

А. Верно: 1, 4, 5. Б. Верно: 2, 3, 6. В. Верно: 2, 4, 5. Г. Верно: 1, 3, 6. Д. Верно: 2, 3, 5.

7. Все перечисленное характерно для копрограммы при хроническом энтерите, кроме:

а остатки непереваренной пищи;

б. эритроциты;

в. стеаторея;

г. креаторея;

д. амилорея.

8. Все перечисленные показатели характерны для хронического энтерита, кроме:

а. гипопротеинемия;

б. гипохолестеринемия;

в. гипокальциемия;

г. железодефицитная анемия;

д. гемолитическая анемия.

9. Все перечисленное характерно для хронического энтерита, кроме:

а. полифекалия;

б. диарея;

в. мелена;

г. метеоризм;

д. похудание.

10. Выберите наиболее характерные признаки хронического колита:

1) ложные позывы на дефекацию;

2) облегчение болей после дефекации;

3) запоры;

4) похудание.

А. Верно: 1, 2. Б. Верно: 1, 3. В. Верно: 2, 4. Г. Верно: 4. Д. Верно всё.

1 - Б; 2 - А; 3 - Б; 4 - А; 5 - Д; 6 - В; 7 - Б ; 8 - Д; 9 - В; 10 –

Краткое содержание темы №1:

1. **Хронический энтерит**

*1. Определение*Хронический энтерит - заболевание тонкой кишки, характеризующееся развитием воспалительно-дистрофических процессов, дисрегенераторными изменениями, атрофией и склерозом слизистой оболочки, нарушением всех функций тонкого кишечника, в первую очередь - всасывательной и переваривающей.  
При преимущественном поражении пилородуоденального отдела тонкой кишки принято говорить о еюните, при преимущественном поражении дистального отдела подвздошной кишки - об илеите.  
  
*2. Этиология и патогенез*Хронический энтерит - полиэтиологическое заболевание. Нередко он может быть исходом острого воспаления тонкой кишки, но возможно возникновение и первичного хронического процесса.  
Существенную роль в развитии данной патологии играют возбудители кишечных инфекций (примерно 30-40 % больных). Хронический энтерит развивается после перенесенной дизентерии, сальмонеллеза, стафилококковой инфекции. Большое значение в качестве этиологического фактора хронического энтерита придается иерсиниям, кампилобактериям, протею, синегнойной палочке, ротавирусам, а также многочисленным представителям простейших и гельминтов (лямблиями, аскаридами, стронгилоидам, широкому лентецу, описторхиям, криптоспоридиям).  
Немалую роль в возникновении данного заболевания играют алиментарные факторы - переедание, еда всухомятку, несбалансированная (преимущественно углеводная и бедная витаминами) еда, злоупотребление лекарственными препаратами, острыми приправами. К возникновению энтерита приводят ионизирующее излучение, воздействие токсических и лекарственных веществ, аллергия. Алкоголь может вызывать нарушение функции слизистой оболочки тонкой кишки, оказывать на нее токсическое воздействие и способствовать развитию хронического энтерита.  
Структурным и функциональным изменениям слизистой оболочки тонкого кишечника также способствуют врожденные и приобретенные изменения в деятельности тонкой кишки. К ним можно отнести аномалии развития кишечника, операции желудочном тракте (гастрэктомия, резекция желудка, ваготомия, наложение гастроэнтерального анастомоза), недостаточность большого дуоденального соска и илеоцекального клапана. Возникновению хронического энтерита способствуют болезни, ведущие к развитию хронической гипоксии на фоне недостаточности кровообращения, дыхательной и почечной недостаточности. Энтерит часто сопровождает такие заболевания, как туберкулез, диффузные болезни соединительной ткани, хронический панкреатит, гепатит, цирроз печени, заболевания мочевыводящей системы.  
Основными патогенетическими факторами хронического энтерита являются:  
воспаление и нарушение физиологической регенерации слизистой оболочки тонкой кишки;  
нарушение клеточного и гуморального иммунитета с развитием вторичного функционального состояния с участием аллергических механизмов;  
дисбактериоз кишечника;  
нарушение функции гастроинтестинальной эндокринной системы;  
нарушение кишечного полостного и мембранного (пристеночного) пищеварения;  
изменения моторной функции кишечника;  
ферментопатии.  
В конечном итоге все эти патогенетические факторы приводят к развитию синдромов мальдигестии и мальабсорбции, нарушениям белкового, жирового, углеводного, минерального и витаминного обменов и выраженным гастроинтестинальным расстройствам.  
  
*3. Классификация*1. По этиологии.  
1.1. Инфекционные.  
1.2. Паразитарные.  
1.3. Токсические.  
1.4. Медикаментозные.  
1.5. Алиментарные.  
1.6. Радиационные.  
1.7. После операций на тонкой кишке.  
1.8. Врожденные аномалии кишечника и энзимопатии.  
1.9. При недостаточности илеоцекального клапана и большого дуоденального соска.  
1.10. Вторичные (при других заболеваниях).  
2. По преимущественной локализации.  
2.1. Хронический еюнит.  
2.2. Хронический илеит.  
2.3. Хронический тотальный энтерит.  
3. По характеру морфологических изменений тонкой (тощей) кишки.  
3.1. Еюнит без атрофии.  
3.2. Еюнит с умеренной парциальной ворсистой атрофией.  
3.3. Еюнит с субтотальной ворсистой атрофией.  
4. По клиническому течению.  
4.1. Легкое течение.  
4.2. Средней тяжести течение.  
4.3. Тяжелое течение.  
5. По фазе заболевания.  
5.1. Фаза обострения.  
5.2. Фаза ремиссии.  
6. По характеру функциональных нарушений тонкого кишечника.  
6.1. Синдром недостаточности пищеварения (мальдигестия).  
6.2. Синдром недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбция).  
6.3. Синдром экссудативной энтеропатии.  
6.4. Синдром многофункциональной недостаточности тонкой кишки (энтеральная недостаточность).  
7. По степени вовлечения толстой кишки.  
7.1. Без сопутствующего колита.  
7.2. С сопутствующим колитом.  
8. Экстраинтестинальные расстройства.  
  
*4. Клиническая картина*Все клинические проявления хронического энтерита подразделяются на местные и другие симптомы.  
При местном энтеральном синдроме, который связан с нарушением процессов пристеночного (мембранного) и полостного пищеварения (мальдигестией), одним из симптомов, характерных для хронического энтерита, является расстройство стула. Из расстройств стула чаще отмечается диарея, реже - запоры, либо встречается их чередование.  
Диарея - увеличение частоты стула - может колебаться от 4-6 до 20 раз в сутки. Иногда больные отмечают бурные позывы к акту дефекации сразу после еды, при этом испражнения обильные и водянистые. Дефекация может сопровождаться общей слабостью, дрожанием рук, тахикардией, снижением артериального давления.  
Количество кала при хроническом энтерите увеличено, кал жидкий или кашицеобразный, светло-желтого цвета, содержит кусочки непереваренной пищи, мышечные волокна. Преобладание гнилостных процессов обусловливает зловонный запах и щелочную реакцию, при бродильных процессах каловые массы пенистые, с пузырьками газа, имеют кислую реакцию.  
В кале, как правило, отсутствуют видимые патологические примеси (кровь, гной). По мере увеличения активности воспаления и дистрофии кишечника диарея и полифекалия нарастают.  
Во 2-й половине дня чаще присоединяются такие симптомы, как метеоризм, боли вокруг пупка при поражении тощей кишки или в правой подвздошной области (при поражении подвздошной кишки), урчание в животе, вздутие его (преимущественно в центральных отделах) или западение в различных отделах живота (при выраженной диарее).  
При пальпации выявляются болезненность в мезогастрии, а также слева и выше пупка (положительный симптом Поргеса), шум плеска в области слепой кишки, урчание и спастические сокращения терминального отрезка подвздошной кишки (симптом Образцова).  
Общий энтеральный синдром характеризуется разнообразными нарушениями метаболизма, прежде всего белкового и жирового, что проявляется прогрессирующим падением массы тела, атрофией мышц, падением мышечной силы, гипопротеинемией и гипопротеинемическими отеками, изменением липидного спектра крови (снижением содержания холестерина, фосфолипидов, триглицеридов) и стеатореей. Изменения углеводного обмена клинически выражаются бродильной кишечной диспепсией (вздутием живота, урчанием, переливанием, выраженным метеоризмом, усиление диареи на фоне приема молочных продуктов), гипогликемией.  
С изменениями липидного обмена тесно связаны нарушения обмена жирорастворимых витаминов и минеральных солей (кальция, магния, фосфора). Характерными признаками гипокальциемии являются повышенная нервно-мышечная возбудимость, остеопороз, остеомаляция, немотивированные переломы костей.  
Нарушения водно-электролитного баланса клинически проявляются слабостью, болями в мышцах, снижением мышечного тонуса, тошнотой, рвотой, экстрасистолической аритмией, снижением артериального давления.  
Типичными для хронического энтерита средней тяжести и тяжелого являются симптомы полигиповитаминоза. Гиповитаминоз С проявляется кровоточивостью десен, носовыми кровотечениями, появлением на коже геморрагической сыпи и пятен. Гиповитаминоз В сопровождается бледностью кожи, глосситом, ангулярным стоматитом (хейлитом), дерматитом в области крыльев носа и носогубных складок, выпадением волос, дисфагией, блефаритом, конъюнктивитом. Дефицит витамина В12 приводит к гипохромной макроцитарной анемии, развитию атрофического гастрита, анацидности и поражению нервной системы в виде функционального миелоза.  
Тяжелые формы хронического энтерита протекают с симптомами эндокринной дисфункции, с явлениями гипоталамо-гипофизарной недостаточности, гипофункциями щитовидной железы, коры надпочечников, половых желез.  
При длительном и тяжелом поражении тонкого кишечника к воспалительным и дистрофическими нарушениям присоединяются поражения других органов системы пищеварения (гастрит, гепатит, панкреатит), усугубляющие течение хронического энтерита.  
  
*5. Лечение и профилактика* В комплексное лечение хронического энтерита должны входить средства, воздействующие на этиологические факторы, патогенетические механизмы, а также на местные и общие симптомы заболевания.  
Базисным методом терапии должна стать диета. В период обострения назначается стол № 4 и 4а. Через 4-5 дней больного переводят на полноценную, богатую белком и сбалансированную по жирам и углеводам пищу. Необходим дробный прием пищи - до 5-6 раз в день. Стол 4б назначают на 4-6-й неделе до полной нормализации стула. Такую диету можно соблюдать длительное время, обогащая ее постепенно фруктами и овощами.  
Лекарственная терапия должна быть этиотропной, патогенетический и симптоматической. Этиотропное лечение проводится с учетом анализа кала на дисбактериоз. При дисбиозе II-IV-й степени рекомендуются антибактериальные препараты (метронидазол, фуразолидон, бисептол, цефалексин, клиндамицин). При обнаружении патогенной грибковой флоры требуется назначение нистатина, леворина и т. д.  
После применения антибактериальных средств назначают эубиотики и пробиотики. В качестве антидиарейных симптоматических средств назначают имодиум (лоперамид) до наступления стойкого эффекта (исчезновения диареи).  
*Лечение* 1. Полноценная диета, содержащую нормальное количество углеводов, жиров и повышенное количество белка.  
2. Для борьбы с дисбактериозом АБ не применяются из-за опасности его усиления поэтому назначают препараты для коррекции дисбактериоза: колибактерин, бификол (до 2 недель), бифудумбактерин - 5-7 дней. При поносах показаны вяжущие средства - препараты висмута.  
3. С заместительной целью назначают ферментные препараты: панзинорм, солизим, мезим, панкреатин, креон - в больших дозах.  
4. Витаминотерапия проводится обязательно, так как у больших нарушен эндогенный синтез витаминов. В первую очередь назначают витамины группы В.  
5. При тяжелой мальабсорбции парентерально вводят белковые препараты и растворы электролитов, а также анаболические стероиды (ретаболил, метандростенолол, неробол).

Существенное значение в лечении хронического энтерита имеет и фитотерапия. Используются следующие отвары и настои из лекарственных растений: настои зверобоя, подорожника, спорыша, шалфея, пижмы, корок граната, корневищ кровохлебки, черемухи и черники.  
Для улучшения процесса переваривания рекомендуются ферментные средства (креон, фестал, дигестал, панзинорм форте, мезим форте, панкреатин), дозы которых подбираются индивидуально и назначаются до или непосредственно во время еды.  
К симптоматическим средствам, применяемым при хроническом энтерите, относятся ветрогонные средства, холеретики и холестатики, ангистаминные, антианемические и другие препараты, нормализующие обменные процессы в организме. При дефиците витаминов и водно-электролитных нарушениях проводится заместительная терапия.  
Минеральную воду при хроническом энтерите следует назначать при отсутствии диареи. Рекомендуются слабоминерализованные воды: "Славяновская", "Смирновская", "Ессентуки № 4", "Нарзан" в теплом виде, без газа, не более 1/4 стакана на прием.  
Профилактика хронического энтерита заключается в ликвидации всех возможных этиологических факторов, вызывающих заболевание, своевременном и тщательном лечении острых кишечных инфекций и сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны, соблюдении режима питания, профилактическом приеме бактерийных препаратов при проведении рентгено- и радиотерапии.

1. **Хронический колит**

*1. Определение* Хронический колит - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки, протекающее с морфологическими изменениями слизистой оболочки и нарушениями моторной, всасывающей и других функций кишечника.  
  
*2. Этиология* Причины развития хронического колита весьма разнообразны:  
- инфекция (возбудители кишечной инфекции, в первую очередь шигеллы, сальмонеллы); активация условно-патогенной и сапрофитной микрофлоры - явления дисбактериоза;  
- патогенные грибы;  
- инвазия простейших (амебы, лямблии);  
- инвазия гельминтов;  
- алиментарный фактор (длительное нарушение режима и неполноценное питание);  
- интоксикация лекарственными и другими химическими веществами;  
- воздействие проникающей радиации;  
- механический фактор (длительные запоры);  
- заболевания пищеварительного тракта (колит, химические гастриты, панкреатиты, хронические энтериты).  
  
*3. Патогенез* Инфекционные колиты принимают хроническое течение при снижении выработки кишечной стенкой иммуноглобулинов, лизоцима, а также в результате непосредственного токсического и токсико-аллергического действия продуктов микробного распада на слизистую оболочку и рецепторный аппарат кишечной стенки. Воспалительный процесс поддерживается развивающимся дисбактериозом и, вероятно, выработкой антител к видоизмененному эпителию кишечной стенки.  
Воспаление правой половины толстой кишки чаще сопутствует колиту, в основном алиментарного происхождения. Поражение поперечной ободочной кишки чаще развивается при затруднении опорожнения кишечника вследствие резкого его изгиба в области перехода в нисходящую оборочную кишку.  
Сигмовидная и нисходящая ободочная кишка чаще поражаются при злоупотреблении слабительными средствами, лечебными клизмами, а также в результате перенесенных кишечных инфекций.  
  
*4. Классификация* 1) по этиологии (рассмотрена ранее);  
2) по локализации:  
- тотальный колит (панколит);  
- сегментарный колит (тифлит, трансверзит, сигмоидит, проктит);  
3) по характеру морфологических изменений:  
- катральный (поверхностный, диффузный);  
- эрозивный;  
- атрофический;  
4) по степени тяжести:  
- легкая форма;  
- среднетяжелая;  
- тяжелая;  
5) по течению заболевания:  
- рецидивирующее;  
- монотонное, непрерывное;  
- интермиттирующее, перемежающееся;  
6) по фазам заболевания:  
- обострение;  
- ремиссия: частичная; полная.  
  
*5. Клиника* Наиболее часто больные жалуются на расстройство функции опорожнения кишечника (смена запоров и поносов).  
Позывы к дефекации могут иметь императивный характер. Дефекации сопутствует схваткообразная боль внизу живота (тенезмы). После дефекации и отхождения газов боли исчезают.  
Расстройства моторики проявляются в виде усиленной перистальтики, в результате которой жидкое содержимое достигает сигмовидной кишки, в результате стул бывает жидким и даже водянистым.  
Более редкая причина - вторичное разжижение каловых масс вследствие кишечной гиперсекреции, возникающее вследствие длительного стаза каловых масс в толстой кишке.  
От истинного поноса следует отличать "ложный", или "запорный", понос: опорожнение кишечника гетерогенными каловыми массами после периода длительного запора. Длительный застой каловых масс вызывает усиленную секрецию, что приводит к вторичному разжижению кала. При "ложной" диарее позыв к опорожнению кишечника возникает в области заднего прохода.  
Запор - редкое или недостаточное опорожнение кишечника.  
Другое проявление дискинетического синдрома - боль в животе - локализуется внизу живота или в боковых его отделах и носит схваткообразный характер, часто усиливается после приема легкобродящих углеводов (черный хлеб, капуста, молоко) и стихает после опорожнения кишечника и отхождения газов. Часто отмечается метеоризм - вздутие живота вследствие повышенного газообразования.  
При длительном течении хронического колита, особенно тяжелой формы, астеноневратический синдром выражен ярко: больные отмечают выраженную слабость, повышенную физическую и умственную утомляемость.  
Лабораторные данные: в копрограмме - большое количество омыленных и жирных кислот, много крахмала, растительной клетчатки и мышечных волокон, а также йодофильной микрофлоры.  
*Дифференциальный диагноз.* Хронический колит следует дифференцировать от ряда синдромно сходных состояний и заболеваний - дискинезии кишечника, синдрома раздраженной толстой кишки, кишечной диспепсии, неспецифического язвенного колита, опухолей кишечника.  
  
*6. Лечение* 1. Воздействие на этиологические факторы:  
- нормализация режима питания;  
- ликвидация профессиональных вредностей, злоупотребления медикаментами;  
- лечение кишечных инфекций, паразитарных и глистных инвазий;  
- лечение хронических заболеваний пищеварительного тракта.  
2. Воздействие на отдельные звенья патогенеза:  
- борьба с дисбактериозом (диетотерапия с ограничением углеводов, трудноперевариваемых белков);  
- противобактериальные препараты (фуразолидон, энтеросептол);  
- лактобактерин, бифидумбактерин;  
- ферментные препараты (фестал, дигестал, панкреатин).  
3. Ликвидация двигательных расстройств (церукал, мотилиум, папаверин, платифиллин - внутрь); вяжущие (дерматол, карбонат кальция) или послабляющие (растительные слабительные), физиопроцедуры (электрофорез, озокерит).  
4. Средства местного воздействия:  
- лечебные микроклизмы (настои травы зверобоя, коры дуба, ромашки и т. д.);  
- свечи с экстрактом белладонны, анестезином.  
5. Уменьшение невротического фона: достигается с помощью рациональной психотерапии, седативных и транквилизирующих средств.  
6. Санаторно-курортное лечение.

Краткое содержание темы №2:

Чек-лист.

Чек лист по диагностике хронических энтеритов и колитов: студент должен продемонстрировать прием, обследование пациента в стационаре, с выставлением диагноза и назначением лечения.

* 1. Прием больного.
  2. Расспрос жалоб;
  3. Сбор анамнеза;
  4. Осмотр больного;
  5. Осмотр ротовой полости;
  6. Пальпация;
  7. Перкуссия;
  8. Аускультация;
  9. Определение ЧД;
  10. Определение АД;
  11. Определение пульса;
  12. Оценка дыхания;
  13. Постановка предварительного диагноза;
  14. Выбор лабораторных методов исследования;
  15. Выбор инструментальных методов исследования;
  16. Выбор тактики лечения;
  17. Выбор лекарственных средств.
  18. Оказание неотложной помощи при развитии осложнений.
* Студент должен озвучить каждое свое действие. Преподаватель оценивает правильность выполнения действий студента.