

К ПРОБЛЕМЕ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛИТОВ

Проф. О. С. Рабиль

Всесоюзный научно-исследовательский институт медицинской и медико-технической информации (директор — чл.-корр. АМН СССР проф. Ю. П. Лисицын)

Реферат. Современные возможности прижизненного исследования слизистой кишечника дают основание пересмотреть традиционные представления в вопросах дифференциальной диагностики патологических процессов в толстом кишечнике. В ряде случаев, с учетом динамики клинико-морфологических изменений, вместо диагноза «хронический колит» более правомерно применять термин «колит перестройки» или «колоз».

Клиницист, занимающийся проблемой хронических колитов, не может не прийти к выводу, что этим диагнозом в практической деятельности часто злоупотребляют. Более детальный анализ показывает, что в этих случаях речь идет о патологических состояниях, которые не могут быть уложены в рамки традиционного представления о хроническом колите и требуют специальной оценки, более того, известного пересмотра наших привычных взглядов.

Расширенное толкование понятия «хронический колит» влечет за собой применение ряда мероприятий, которые не приносят облегчения больному, так как не обеспечивают ни этиологического, ни патогенетического, ни даже симптоматического воздействия.

В настоящее время подавляющее большинство авторов рассматривает хронический колит как воспалительное поражение толстой кишки, а некоторые авторы вообще уклоняются от определения этого заболевания. Так, в книге М. И. Певзнера «Диагностика и терапия болезней желудочно-кишечного тракта и болезней обмена веществ» (1945) говорится о катарах толстых кишок. Л. Б. Берлин в книге «Хронические колиты» (1951) не дает определения колитов, а И. Ф. Лорие в книге «Болезни кишечника» (1956) относит термины «колит» и «энтероколит» к воспалительным процессам в кишечнике. Ф. К. Меньшиков (1962) считает, что «колит — заболевание толстых кишок воспалительного характера». По мнению Т. Ташева (1964), под терминами хронический колит и хронический энтероколит «объединена целая группа заболеваний и синдромов, имеющих различную этиологию в различное клиническое течение, но связанных между собой сходством патологоанатомических поражений». В 4-том известном руководстве по внутренним болезням, изданного в 1965 г., дается следующее определение хронического колита как нозологической формы: «хроническое воспалительное поражение толстой кишки — полиэтиологическое заболевание», в то же время в книге А. Г. Гукасяна «Болезни кишечника» (1964) определение хронического колита отсутствует, как и в большом руководстве по внутренним болезням Зундермана (1964).

В книге «Болезни органов пищеварения», изданной под редакцией С. М. Рысса, Э. И. Атаханов (1966) рассматривает колиты как воспалительные процессы в толстом кишечнике.

В монографии Джонса «Клиническая гастроэнтерология» (1968) определения колита нет, но в общих словах говорится о воспалении слизистой толстой и прямой кишки (проктолит). А. В. Фрольск (1971) характеризует колит как воспалительное поражение кишечника, а в вышедшей недавно монографии Е. А. Бюел и Н. И. Екисениной «Хронические энтериты и колиты» (1975) говорится о «воспалительных и дистрофических изменениях кишечника, которые клинически проявляются в виде колита или энтерита».

По-видимому, существует общее и достаточно обоснованное согласие в том, что хронический колит представляет собой воспалительное поражение слизистой оболочки толстой кишки различного происхождения (полиэтиологическое заболевание). Можно полагать, что этому клиническому представлению о колите как о воспалительном процессе должны соответствовать результаты патоморфологических исследований слизистой оболочки толстой кишки. К сожалению, основные наблюдения, описанные в литературе, касаются изменений слизистой оболочки тонкого кишечника; толстой кишке посвящены немногочисленные исследования. Фиксируются ее макроскопические изменения — нормальная слизистая, поверхностное воспаление, диффузное воспаление, атрофия слизистой оболочки [2]. По данным Л. Б. Берлина (1951), при длительно текущих хронических колитах на фоне катарального воспаления развиваются атрофические изменения, кишечная стенка истончена, слизистая бледная, с блестящей гладкой поверхностью, складчатость слизистой сглажена. Микроскопически: слизистая истончена, железы маленькие, просветы сужены, эпителий их истончен. Железистый эпителий нередко подвергается истончению и слущиванию. Подслизистая истончена, между утолщенными соединительнотканными волокнами немного сдавленных кровеносных сосудов. Мышечный слой значительно истончен.

Однако в действительности проблема оказывается более сложной, ибо помимо воспалительного компонента имеют место изменения слизистой типа процессов перестройки, трансформации, по существу не воспалительные, не говоря уже о часто наблюдающихся функциональных дискинетических реакциях как спастического, так и атонического характера.

Действительно, при длительно протекающих так называемых хронических колитах морфологические изменения слизистой толстой кишки теряют свой воспалительный характер и в слизистой оболочке развиваются атрофические изменения, железистый эпителий подвергается процессам дегенерации, собственно мышечная оболочка инфильтрована соединительнотканными клетками, слизистая нередко истончена и сглажена, лимфоидная ткань фолликулов атрофируется.

Уже давно прекратилось действие этиологического (например, инфекционного) фактора, воспалительные изменения слизистой сменились процессами перестройки, атрофии, дегенерации, а больному продолжают ставить диагноз «хронический колит». Клинически в это время на первый план нередко выступают явления, обозначаемые термином *irritable colon* — раздраженная толстая кишка — и выражающиеся в нарушении нервно-мышечного равновесия, спастических реакциях гладкой мускулатуры кишки, общих и местных изменениях ее моторики.

Таким образом очевидно, что воспалительный процесс в слизистой оболочке толстой кишки характеризуется более или менее определенными признаками и закономерностями его динамических изменений. Однако разнообразные атрофические и дистрофические нарушения, трансформация слизистой, развивающиеся при хроническом течении процесса, не укладываются в прокрустово ложе характеристики воспалительного поражения и едва ли могут соответствовать термину «колит», так как не являются воспалительным поражением в истинном смысле слова.

Здесь уместна аналогия с терминами «хронический гастрит» и «гастрит перестройки» или, как его иногда именуют, «гастроз». Термин «гастрит перестройки» (гастроз) подчеркивает невоспалительный характер поражения, явления перестройки слизистой, ее атрофии, дегенерации и регенерации.

На наш взгляд, во многих случаях хронические колиты (заболевания, рассматриваемые сквозь призму времени) теряют свою воспалительную природу и представляют собой качественно иной процесс, требующий применения иных диагностических критериев и иной терминологии — «колит перестройки» или даже «колоз» (аналогично нефрозу, гепатозу, миокардозу, гастрозу и т. п.).

Необходимость клинической и клинико-морфологической дифференциации такого рода процессов очевидна и должна предусматривать, помимо оценки особенностей клинической картины, изучение результатов биоптического исследования различных участков слизистой толстой кишки, полученных путем прицельной биопсии при колоноскопии.

В подобных случаях основу лечебного воздействия должны составлять не противомикробные и противовоспалительные средства, а регенераторы (метилурацил, витамин А и др.), препараты, воздействующие на нервно-регуляторные процессы, моторную функцию кишечника, способствующие нормализации кишечной флоры, восстановлению витаминного и ферментного обмена, и диетотерапия. Такое комплексное лечение, как мы убедились, дает больший эффект, чем необоснованное применение антибиотиков, сульфаниламидов и других противомикробных средств.

В свете сказанного дифференциальная диагностика и лечение заболеваний толстой кишки являются важной задачей современной гастроэнтерологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлин Л. Б. Хронические колиты. Медгиз, М., 1951.— 2. Саакян А. Г. Постдизентерийный колит. Медицина, М., 1970.

Поступила 5 октября 1976 г.

«КРУГЛЫЙ СТОЛ»

УДК 616.33—002.44

НЕКОТОРЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАБОЧЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Л. А. Лещинский, Т. Б. Варфоломеева, Р. А. Пластина,
В. А. Николаева, Т. М. Орешков, Я. М. Вахрушев, М. М. Николаева*

Кафедра госпитальной терапии (зав. — заслуж. деят. науки УАССР проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Реферат. Обсуждаются вопросы классификации язвенной болезни. При построении диагноза предлагается учитывать локализацию язвы, ее стадию (свежая, рубцовая, нерубцующаяся) с выделением предъязвенного состояния, фазу язвенной болезни (обострение, ремиссия), ее форму (неосложненную и осложненную) и течение (редко, часто и непрерывно рецидивирующее), а также некоторые функциональные показатели (секреторную и моторную функции желудка) и состояние общего питания. Анализируя данные обследования 1320 больных язвенной болезнью, авторы указывают на частоту и соотношение вариантов язвенной болезни по предлагаемым ими критериям.