

Обзоры, рецензии, рефераты и проч.

И. С. КОМАРОВСКИЙ

Слизисто-перепончатый колит

Из Центральной городской поликлиники (Одесса)

Описанный впервые как чистый невроз кишечника Сайридалем и Да Коста — слизисто-перепончатый колит при более углубленном исследовании многими авторами рассматривался как катаральный процесс — колит, часто осложненный неврогенным компонентом вторичного характера, создающим известное своеобразие клинического синдрома. Промежуточное место между этими авторами занял Нотнагель, впервые высказавший дуалистический взгляд. По Нотнагелю колопатия эта может выступать то как органическое, воспалительно-катаральное заболевание — *Colitis membranacea*, — то как чистый невроз — *Colica mucosa*. Почти аналогичное воззрение высказано было Эвальдом; Эвальд полагал, что отхождение характерных слизистых перепонок может быть следствием как катара, так и невроза, которому он дал наименование *strophosis intestinalis*. Среди этих разногласий, длящихся десятилетиями, врач на практике оказывается в весьма затруднительном положении.

Авторы, высказывающиеся за чистый невроз, и высказывающиеся за двойственную природу страдания, клинических данных для дифференцирования не дают. Запоры, боли, отхождение свернувшейся слизи в форме перепонок, трубок свойственны как неврозу, так и катару. Наличие нервных явлений, как бы резко они ни были выражены, не ручательство за то, что все болезненные проявления, наблюдаемые у невропатических субъектов, функциональной нервной природы и не имеют под собой анатомического субстрата. Опыт последних десятилетий в отношении язвы желудка и особенно двенадцатиперстной кишки, столь часто и нередко роковым образом шедших под флагом неврозов и нервной диспепсии, обязывает отказаться от глубокой ошибочной и вредной тенденции усматривать в наличии нервных и функциональных расстройств обстоятельство, исключающее органическое заболевание. Слизисто-мембранозная колопатия чаще наблюдается у невропатических субъектов, однако она встречается, и притом нередко, как указывает Боас и как мне приходилось видеть, и у лиц ни в какой мере не невропатических или лишь с незначительными нервными нарушениями вторичного характера, как следствием длительного и упорного страдания. Мне известна женщина — врач, энергичная, прекрасно справляющаяся с своей большой и сложной работой, она же спокойная мать — воспитательница, не являющая никаких признаков нервности, страдающая слизи-то-перепончатым колитом, который во время затишья мало ее обременяет и не нарушает ее работоспособности, но во время обострений в форме атак *colicae mucosae* на несколько дней выводит ее из строя. Большая заболеваемость женщин этой формой колита объясняется тем, что колит и копростаз — одна из главнейших причин колита — у них вообще чаще, чем у мужчин (по моим наблюдениям за 20 с лишним лет чаще в 4 раза).

Нотнагель, блестящий клиницист и знаток кишечных заболеваний, установивший разделение на *colitis membranacea* — катар и *colica mucosa* — невроз, не мог уйти от органо-морфологического мышления своего времени. Именно в главе, посвященной этому заболеванию, он говорит, что никакой отход от патолого-анатомического базиса недопустим. Сообщая о двух случаях слизисто-перепончатого колита, где при вскрытии анатомических изменений со стороны слизистой оболочки не было обнаружено, он приходит к выводу об их чисто невропатической природе.

Однако даже эти два случая нельзя признать убедительными. Быстро наступающие посмертные изменения кишечного эпителия маскируют тонкие прижизненные отклонения от нормы. Только микроскопическое исследование биопсированных кусочков слизистой, как это делал, например, Конечный по отношению к слизистой желудка при резекциях его, могли бы решить вопрос о существовании или отсутствии катаральных изменений.

Анатомы, вскрывая умерших от язвы желудка, часто не находят катара слизистой,

не выходят его и некоторые при гастроскопии Конечный на материале свыше 500 резекций не видел язвы без гастрита.

Стремление ставить резкие грани и разграничительные перегородки между явлениями, связанными по существу в одном переходных ступеней, привели даже к тому, что случаи с отхождением длинных лентообразных и трубчатых перепонкок относили (Албу) к миксоневрозу; те же случаи, где отходят пленки и аморфные комочки слизи, — к колиту. Такое представление совершенно ошибочно. Большая или меньшая величина, большая или меньшая прозрачность и полнота выделений зависят от степени раздражения слизистой, от более проксимальной или дистальной локализации катаря, от продолжительности пребывания слизи в кишечнике, в его hausta, степени имбибиции клеток жира и действия открытого Роже коагулирующего фермента муциназы, тем резче выраженного, чем длительнее запор, послойный спутник слизисто-перепончатого колита.

Под микроскопом эти выделения состоят из десквамированного эпителия имбибированного жиром, из голинуклеарных лейкоцитов, очень часто большого количества эозинофилов, как это было мною описано еще в 1909 году¹, жирнопереорожденных, вакуолизированных лейкоцитов и некоторого количества эритроцитов, — т. е. все из элементов воспалительного характера.

Наконец ректо-романоскопия, которой не пользовались клиницисты времени Нотнагеля и Эвальда, не оставляет сомнений в наличии воспалительно-катаральных изменений и в тех случаях, которые на фоне резко выраженных нервных явлений могли бы казаться неврозом.

В 32 моих случаях так называемой colicae mucosae по миновании приступа и в промежутках между ними при эндоскопическом исследовании слизистая представлялась гиперемированной, с утолщенными складками. В более тяжелых случаях слизистая вместе с нормальным зеркальным блеском имеет местами матовый вид. На ней очаговые или более диффузные эпителиальные дефекты, кровоотчащие при надавливании тубусом эндоскопа, в более легкой форме сообщаются слизистой слегка зернистый вид. Надо видеть эти изменения, чтобы уметь их оценить.

Таким образом, ни патолого-анатомическая, ни эндоскопическая картины не дают основания для разграничения слизисто-перепончатого колита от слизистой колики — невроза. Как ни различна бывает картина colicae mucosae с резкими нервными симптомами, с жестокими болями, с сильными спазмами и массовым отхождением перепончатой слизи от сравнительно спокойно протекающего колита — принципиальной разницы между ними нет, их противоположность только кажущаяся, объединяет их единый то более, то менее распространенный, то слабее, то резче выраженный воспалительный процесс слизистой толстого кишечника.

Colica mucosa есть лишь эпизод в картине слизисто-перепончатого колита: как эпизодом является приступ желчно-каменной колики при желчно-каменной болезни; как эпизод — острое, сопровождающееся болью и кр. снотой опухание сустава пальца ноги при подагре. Никому, однако, не придет в голову отделять приступ желчно-каменной колики в качестве невроза от литогенного холецистита. Однако, этот эпизод — слизистая колика в картине слизисто-перепончатого колита, — как и приступ желчнокаменной колики при холелитиазе, нуждается в объяснении.

Нельзя отметить параллелизма между морфологическими изменениями слизистой, обнаруживаемыми эндоскопией, и интенсивностью и частотой атак.

Исходить приходится из того, что имеется во всех случаях — из колита, сенситизирующего и перестраивающего свойства кишечной трубки, ее моторную и секреторную функции, из колита, создающего на основе местной воспалительной чувствительности аллергическую нестройку.

Клит создает предрасположение и готовность кишечной трубки к гиперергической моторной и секреторной реакции — к слизистой колике. Чтобы она возникла, необходима одна провокация со стороны аллергена, падающего на подготовленную местную почву.

Механизм аллергических процессов еще очень не ясен и морфологических изменений, характерных для аллергии, мы не знаем. При ректо-романоскопии в моих случаях colicae mucosae являлись явлениями обыкновенного нормергического воспалительного процесса, то лишь незначительные следы уже протекшего воспаления. Единственным выражением аллергического состояния можно было считать большое содержание почти во всех случаях эозинофилов в слизи и нередко наряду с этой местной эозинофилией — общую эозинофилию в крови.

¹ И. С. Комаровский „К вопросу о местной эозинофилии и эозинофильных заболеваниях кишечника (Рус. врач. 1909, № 4) и Archiv i. Verdauungskrankheiten, Bb XVI, Heft 1.

Экзогенными факторами, способными вызывать реакцию со стороны сенсibilизированного кишечника, могут быть инфекции (грипп, в особенности), алиментарные (авитаминозы), висцерально-вегетативные и даже климатические влияния. У одного моего больного, страдавшего в Одессе жестокими кризами слизистой колики, кризы эти не появлялись в течение двух лет при сохраняющемся спастическом колите пока он жил в Сибири. По возвращении его в Одессу припадки у него возобновились. Гиперергия перешла, пока больной жил в континентальном климате, в положительную анергию, однако — в неустойчивую, рецидивировавшую в приморском климате.

Не только вегетативные влияния, но и психические эмоции и аффекты могут играть роль фактора, провоцирующего приступ *colicae spasicae* подобно тому, как такие же эмоции и аффекты могут вызвать приступ желчно-каменной колики. Однако как нельзя считать вегетоневрозом или психоневрозом желчно-каменную колику, в основе которой — холедисцит, так нельзя считать вегетоневрозом или психоневрозом слизистую колику, в основе которой лежит органическое заболевание — колит.

В этом именно аспекте должно определяться и поведение врача на практике. Лечить ли больного как невролика или как колитика? Надо лечить больного во всей его индивидуальной целостности; однако ошибочно было бы не видеть *primus movens* болезни в колите, просматривать органическое заболевание и не исходить из него при лечении. Вылечить больного от колита — это значит в подавляющем большинстве случаев освободить его и от слизистой колики.

Центральным пунктом в лечении слизисто-перепончатой колопатии является устранение стаза в толстом кишечнике, всегда сопутствующего запорам, нередко с ложной стеркоральной диарреей.

Здесь требуется индивидуализированная диетотерапия, обеспечивающая правильную эвакуацию кишечника без раздражения его; существенные части диеты — пюрированные овощи и фрукты, фруктовые соки, большие количества масла, растительного жира и т. д.

Иногда вначале показаны постельное содержание, масляные или парафиновые клизмы, применение влажного тепла, реже — местное лечение промываниями; никогда не нужны слабительные средства. Таким лечением в большинстве случаев достигается устранение колита, а с ним и покоящейся на нем аллергической надстройке — слизистой колики.

Не во всех случаях однако колит излечивается; часто по ликвидации явлений колита остается надолго лабильность мезенхимы и вегетативной нервной системы и готовность кишечной трубки к вспышкам слизистой колики. Терапевтически в этом периоде на передний план выступают меры неспецифической десенсибилизации (пептон, гистамины, бьют может, шоковая терапия в форме гомо или гетеротрансфузий крови или ректальных вливаний лошадиной сыворотки, предложенных Дитрихом из клиники Бергмана).

Сюда же относятся меры общей перестройки организма, достигаемой усиленным питанием при исхудании и висцероптозе, то переменной мест, поездкой на курорт, особенно горный, гидротерпией, кальциевой и мышьяковистой терапией и, наконец неразлучным атрибутом всех видов лечения — психотерапией.

Выводы

1. Ни патолого-анатомические, ни данные эндоскопии не дают оснований для разделения слизисто-перепончатой колопатии на слизисто-перепончатый колит и слизистую колику-невроз.
2. Слизистая колика — всегда аллергический компонент существующего или протекшего колита, сенсibilизировавшего ткани кишечной трубки.
3. Лечение слизистой колики совпадает в первую очередь с лечением ее основы — спастического колита. В редких случаях остающейся еще по устранении колита гиперергической чувствительности на передний план выступают меры неспецифической десенсибилизации.

Поступила 11. V. 1939.