

НЕСПЕЦИФІЧНИ
Й
ВИРАЗКОВИЙ
КОЛІТ

- Неспецифічний виразковий коліт (ВК) — хронічне запальне захворювання товстої кишки невідомої етіології, яке характеризується геморагічно-гнійним запаленням слизової оболонки, що розповсюджується проксимально від прямої кишки та супроводжується розвитком місцевих і системних ускладнень.

Рентгеноконтрастне дослідження хронічного лівостороннього коліту



Ендоскопічне дослідження стінки товстого кишечника при коліті



Етіологія

- До теперішнього часу не існує єдиної думки про причини виникнення і механізми розвитку НВК. Виділяють наступні основні фактори.

Етіологічні фактори:

- Генетичний фактор (система HLA: виявлені генетичні HLA-маркери НВК, хвороби Крона в різних популяціях; за допомогою HLA - ДНК генотипування виявлені маркери схильності та стійкості до НВК (алель DRB1*01 ген. Маркер схильності до початку захворювання в молодому віці, алель DRB1*08, асоційований з дистальними формами та виникненням хвороби у віці 30-49 років).
- Мікробний фактор (висока ступінь імунізації хворих НЯК 0 - антигеном Eshcherichia Coli 014; E. Coli володіє високою адгезивною здатністю до епітеліальних клітин слизової оболонки, і може ініціювати їх розривання; позитивна дія пробіотиків, що містять Eshcherichia coli - штам Nissle 1917)
- Порушення проникності кишкового бар'єру.
- Фактори навколишнього середовища (нікотин: у залісних курців НВК зустрічається рідше, ніж у некурящих, при хворобі Крона куріння в кілька разів збільшує ризик захворювання; лікарські препарати: НПЗП; нераціональне харчування: значне зростання даної патології у країнах, де в раціоні використовують «fast food».
- Порушення імунної відповіді (порушення регуляції місцевої імунної відповіді лежить в основі розвитку запальної реакції у стінці кишки)

Таким чином, генетична схильність, можливість імунної відповіді, вплив екзогенних чинників при наявності низки

ендогенних порушень, призводять до розвитку хронічного запалення слизової оболонки при неспецифічному виразковому коліті (НВК).

Патогенез

- Важлива роль у патогенезі виразкового коліту відводиться порушенню бар'єрної функції слизової оболонки кишечника та її здатності до відновлення. Вважається, що через дефекти слизової оболонки в глибокі тканини кишки можуть проникати різноманітні харчові та бактеріальні агенти, які потім запускають каскад запальних та імунних реакцій. Велике значення в патогенезі виразкового коліту і провокації рецидиву захворювання мають особливості особистості хворого та психогенні впливи. Індивідуальна реакція на стрес з аномальною нейрогуморальною відповіддю може бути пусковим механізмом розвитку хвороби. У нервово-психічний статус хворого на виразковий коліт відзначаються особливості, які виражаються в емоційній нестабільності.

Патоморфологія

- Ураження починається найчастіше від прямої кишки - зубчастої лінії та поширюється в проксимальному напрямі. На ранніх стадіях коліту відзначають судинну реакцію з подальшим порушенням цілісності епітелію, приєднанням виразок слизової оболонки. Виразки, що виникають, захоплюють тільки підслизовий шар, у глибину стінки кишки, як правило, не поширюються. В активну фазу виразки різного розміру поширюються на набряклій, повнокровній слизовій оболонці. Іноді вона являє собою суцільну виразкову поверхню, покриту плівкою фібрину. Але найчастіше на слизовій оболонці відзначають велику кількість дрібних ерозій і виразок, у тому числі псевдополіпів, розвиток яких пов'язують із деструкцією слизової оболонки, регенерацією епітелію. Тяжкість морфологічних змін наростає в дистальному напрямку (найбільш виражені у низхідній та сигмовидній кишці). У 18-30% може уражатися термінальний відділ здухвинної кишки.

На ранній стадії хвороби та при її загостренні в запальному інфільтраті переважають лімфоцити, при тривалому перебігу - плазматичні клітини та еозинофільні гранулоцити. Ці клітини виявляють в ділянці дна виразок, як і покриті фібрином грануляційну тканину.

КЛАСИФІКАЦІЯ НВК

Клінічна
характеристика

Клінічна форма:
А) гостра
Б) хронічна

Перебіг:
А) швидко
прогресуючий
Б) безперервно
Рецидивуючий
В) рецидивуючий
Г) латентний
(стертий)

Ступінь активності:
А) загострення
Б) затухаюче
Загострення
В) ремісія

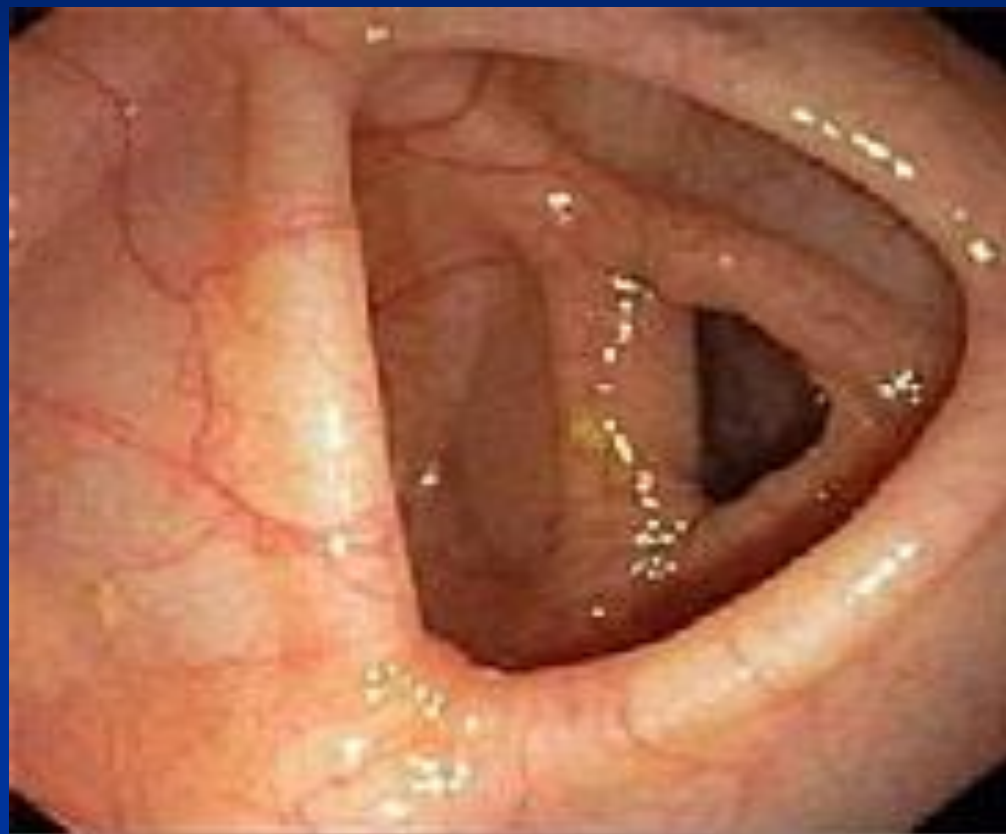
Ступінь тяжкості:
А) легка
Б) середньої
Тяжкості
В) тяжка

АНАТОМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

ПРОТЯЖНІСТЬ	МАКРОСКРІПЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА	МІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
А)проктит	А)ерозивно – геморагічний коліт	А)переважання деструктивно запального процесу
Б)проктосигмоїдит	Б)виразково – деструктивний коліт	Б)зменшення запального процесу з елементами репарації
В)лівобічне ураження(до селезінкового кута)		В)наслідки запального процесу
Г)субтотальне ураження		
Д)тотальне ураження		
Е)тотальне ураження з ретроградним ілеїтом		

По ендоскопічній картині
виділяють чотири ступені
активності запалення в кишці:
мінімальний, помірний,
виражений та різко виражений.

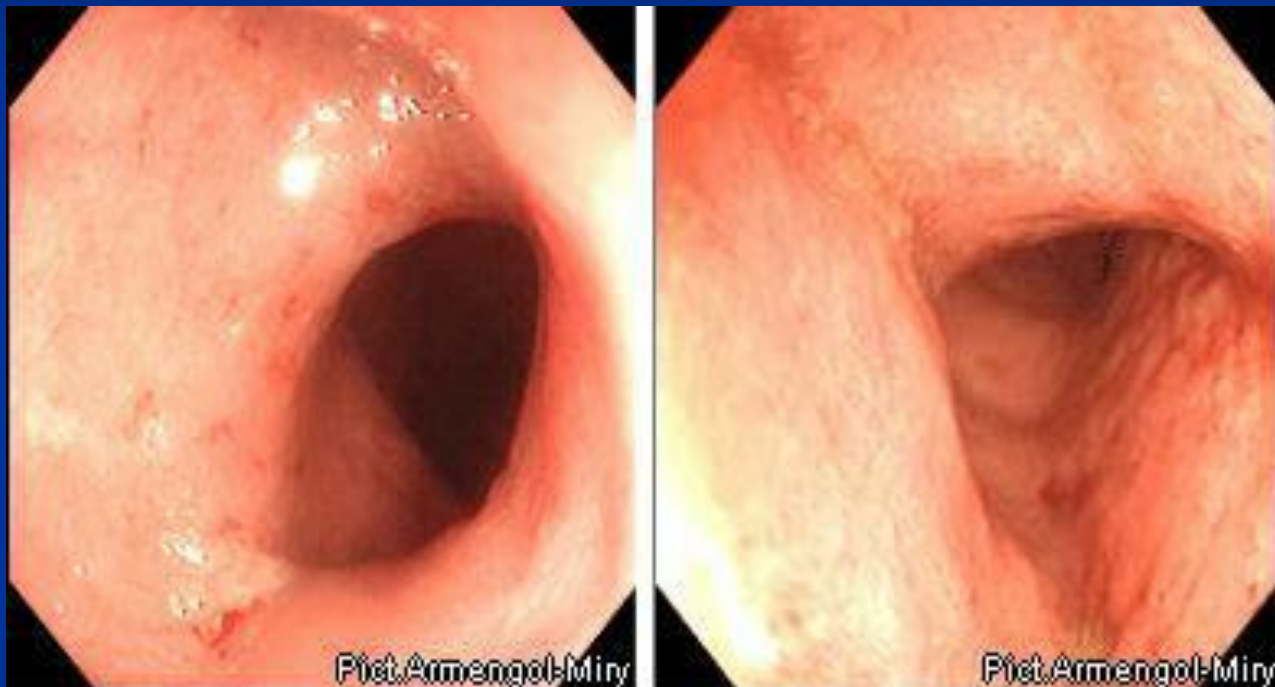
Нормальна слизова оболонка товстої кишки



I ступінь (мінімальний) характеризується набряком слизової

оболонки, гіперемією, відсутністю судинного малюнка, легкою контактною кровоточивістю,

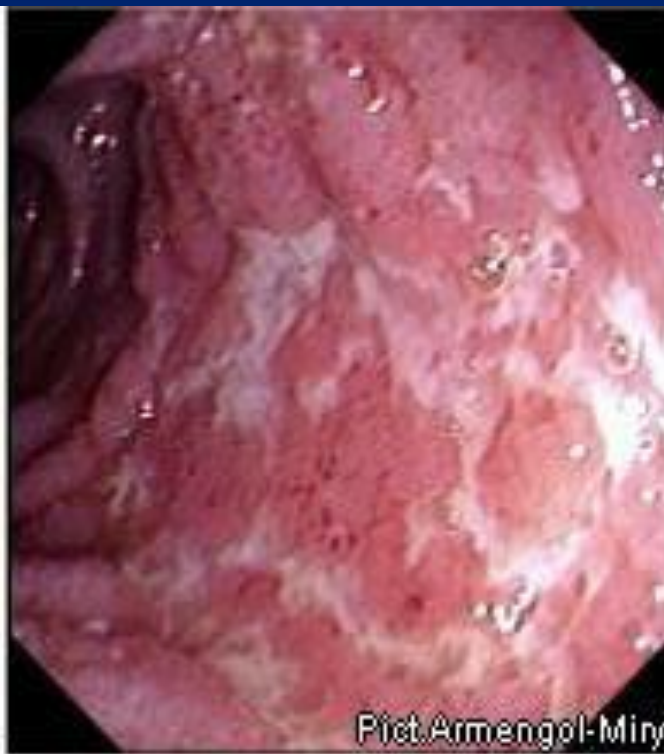
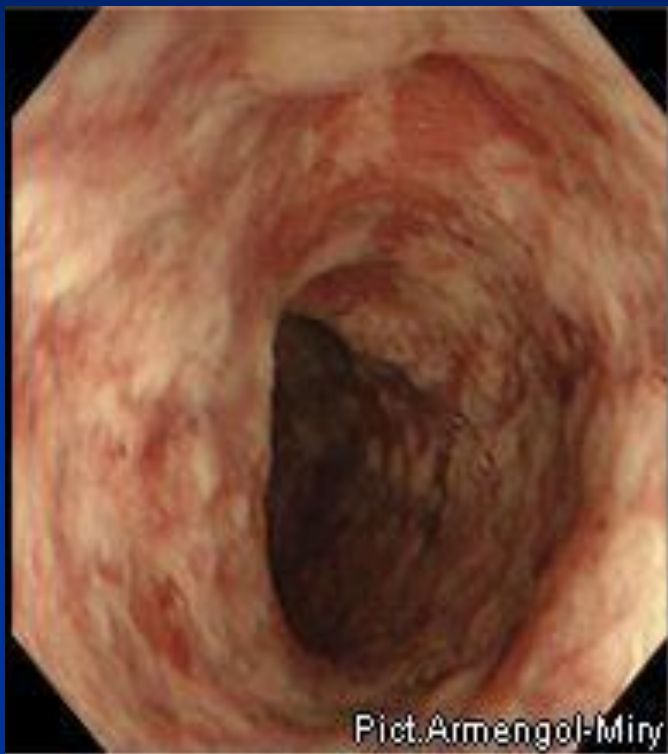
дрібноточковими геморагіями.



II ступінь (помірний) визначається набряком, гіперемією,

зернистістю, контактною кровоточивістю, наявністю ерозій,

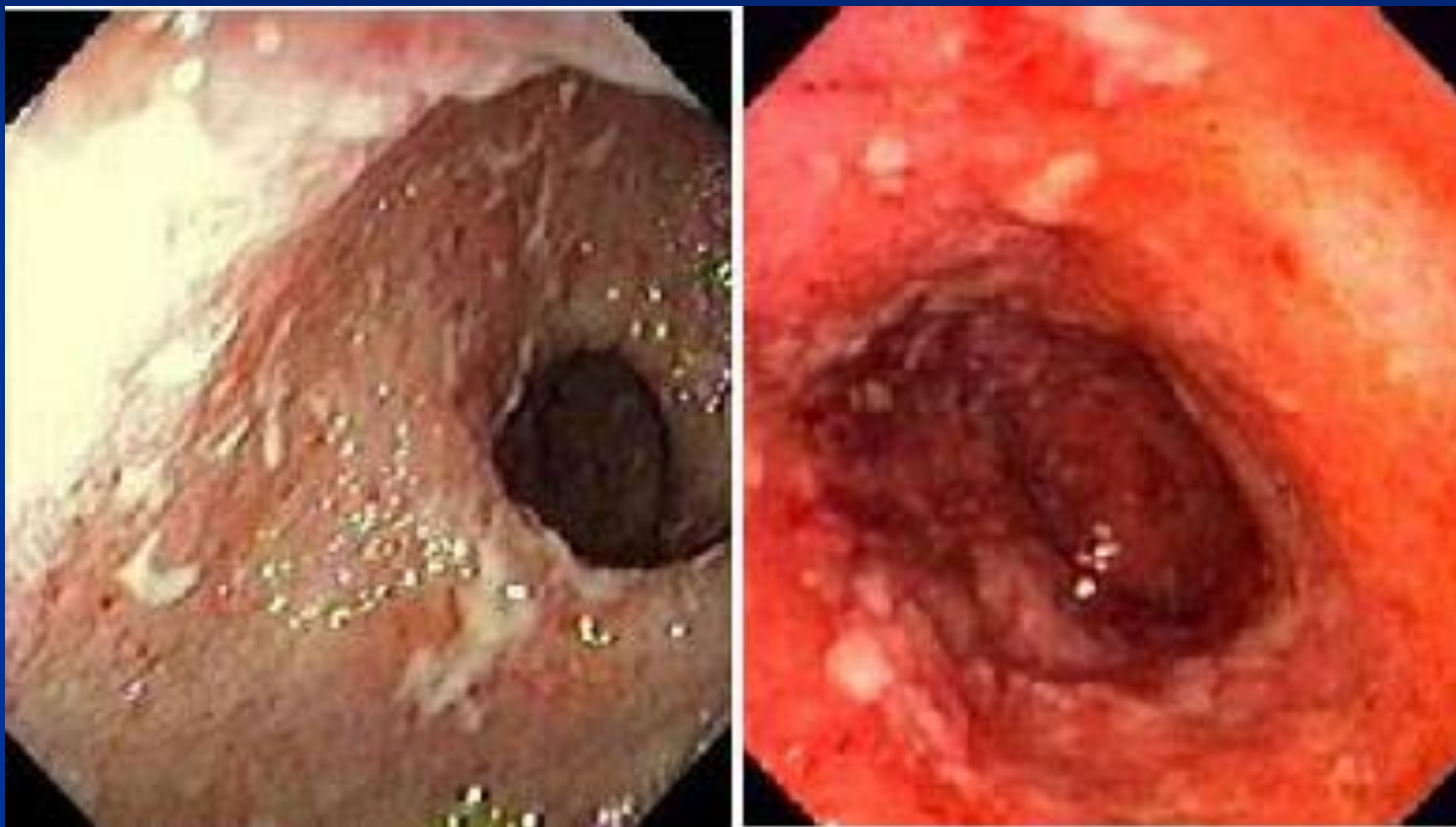
зливними геморагіями, фібринозним нальотом на стінках.



III ступінь (виражений) характеризується появою

множинних зливних ерозій та виразок на тлі

описаних вище змін у слизовій оболонці. У просвіті кишки гній і кров.



IV ступінь (різко виражений): крім перерахованих змін, визначається формуванням псевдополіпів і

кровоточивих грануляцій.



КЛІНІЧНА КАРТИНА

- НВК завжди починається з ураження слизової прямої, сигмовидної кишки в 90-95% випадків. При виразковому коліті відзначається не тільки ураження товстої кишки, але й різних органів і систем.

Характерними клінічними ознаками при неспецифічному виразковому коліті (НВК), частіше за все, є часті рідкі випорожнення, які пов'язані з прискореним просуванням кишкового вмісту, посиленням надходження в просвіт кишки ексудату, трансудату, що виділяється запаленої слизовою оболонкою; також провідним симптомом є кровотеча. Великі крововтрати пов'язані з активним некротичним процесом та великими виразковими дефектами в слизовій оболонці товстої кишки, розповсюдженням процесу на більшу частину органу. Виділення крові у хворих на НВК не завжди є обов'язковими. Іноді захворювання може починатися з боєм у животі, запорів.

СИМПТОМ	ХАРАКТЕРИСТИКА
Рідкі випорожнення з домішкою слизу, крові, гною	Частота випорожнень, залежно від тяжкості перебігу захворювання, може становити від 3-4 до 20 і більше разів на добу. Можливі випорожнення чистою кров'ю, протягом доби пацієнт може втратити до 300мл крові. Калові маси носять смердючий запах. НВК може проявитися ректальною кровотечею при нормальному випорожненні. У інших пацієнтів діарея і ректальна кровотеча починаються одночасно або першою з'являється діарея. Хворі можуть відзначати тенезми-імперативні позиви з невеликим виділенням крові і калу та болючими відчуттями в прямій кишці. Найчастіше позиви бувають в нічний і ранковий час.
Біль у животі	Відзначається в більшості випадків, локалізується найчастіше в лівому нижньому квадранті живота. Біль помірної інтенсивності, переймоподібний, супроводжується позивом до дефекації, посилюється після їжі, перед дефекацією та дещо вщухає після неї
Інтоксикаційний синдром	Депресивний стан, слабкість, адинамія, відсутність апетиту, нудота, підвищення температури тіла до високих цифр.

Дистрофічні
зміни

Полігіповітамінозу, зміни нігтів, випадання волосся, сухість шкіри,
похудіння.

Системні прояви

В основному характерні для тяжкого перебігу. До них включають:
поліартрит, сакроілеїт, вузлову еритему, ураження слизових оболонок
порожнини рота, шкіри, очей.



Орган, тканина	Характеристика ураження
Шкія та підшкірно-жирова клітковина	При септичному тяжкому стані: виразкування шкіри, гангренозна піодермія, уртикарний і пустульозний висип, вогнищевий дерматит. У 2-3% розвивається вузлова еритема, для якої характерно: червоно-фіолетовий колір над вузлом, потім зеленуватий - жовтуватий - нормальний. Вузлова еритема може бути початковим симптомом захворювання.
Слизова оболонка порожнини рота	Глосит, гінгівіт, афтозний або виразковий стоматит, зміни супроводжуються вираженим больовим синдромом.
Очі	Рідко (1,5-3,5%) розвивається ірит, іридоцикліт, увеїт, кератит, кон'юнктивіт. Для увеїту характерний біль, відчуття плівки перед очима, фотофобія. У разі невчасної терапії можливе падіння зору. Епісклерит купується призначенням глюкокортикоїдів.
Щитовидна залоза	Розвивається аутоімунний тиреодит.
Печінка	Жирова дистрофія печінки, хронічний гепатит високого ступеню активності, портальний фіброз, перихолангіт, склерозуючий холангіт, рак жовчного протоку. Склерозуючий холангіт може розвиватися при мінімальній активності, а також після колектомії. Консервативна терапія, як правило не усуває патологічний процес у печінці.
Нирки	Пієлонефрит, нефролітіаз.
Суглоби, хребет	Поліартрит із незначним обмеженням рухів у суглобах, переважно уражаються гомілковостопні, колінні, міжфалангові суглоби. Ураження у вигляді моноартриту. Деформації не розвивається, в період ремісії захворювання артричні прояви зникають. Характерним клінічним проявом НВК можуть передувати (за кілька років) симптоми сакроілеїту. Сакроілеїт частіше відзначається у хворих з тяжким перебігом; рентгенологічно його виявляють у 10% пацієнтів із НВК. Активність сакроілеїту і спондиліту не пов'язані із загостреннями запалення.
Системні ураження	Амілоїдоз, гіперкоагуляційні синдроми, тромбоемболічна хвороба, васкуліт, перикардит.

УСКЛАДНЕННЯ

■ I. Місцеві ускладнення:

1. Токсична дилатація товстої кишки розвивається в 3-5% випадків. Розвивається надмірне розширення товстої кишки, якому сприяють стриктури дистальних відділів, ураження нервово-м'язового апарату, інтоксикація. Летальність у разі розвитку цього ускладнення складає 28-32%.
2. Перфорація товстої кишки виникає приблизно в 3-5% випадків і часто призводить до смерті (72-100%).
3. Стриктури прямої чи ободової кишки (3-19% випадків). Як правило, розвиваються на невеликому (2-3 см) протязі товстої кишки при тривалості хвороби більше 5 років; призводять до розвитку клініки кишкової непрохідності.
4. Кишкова кровотеча (1-6% випадків). Причиною є васкуліт, некроз стінки судин, а також флебіт, розрив розширених вен.
5. Періанальна ускладнення (4-30% випадків): парапроктити, нориці, тріщини, перианальне подразнення шкіри.
6. Рак товстої кишки. НВК вважається передраковим захворюванням. Ризик розвитку раку товстої кишки підвищується по мірі збільшення тривалості перебігу хвороби з лівобічною локалізацією, субтотальним і тотальним ураженням.
7. Запальні поліпи. Виявляють менш ніж у половини хворих з НВК. Поліпи вимагають проведення біопсії, гістологічного дослідження.

■ II. Загальні ускладнення.

1. Амілоїдоз.
2. Гіперкоагуляційні синдроми, анемія, тромбоемболічна хвороба, гіпопротеїнемія, порушення водно-електролітного обміну, гіпокаліємія.
3. Васкуліт, перикардит.
4. Трофічні виразки гомілок і стоп.
5. Поліартрит, ірит.

ДІАГНОСТИКА

- При діагностиці необхідно враховувати дані анамнезу та фізикального обстеження, результати додаткових досліджень (ректороманоскопія, колоноскопія, іригоскопія, лабораторні дані). В залежності від гостроти та тяжкості проявів захворювання, клінічні знахідки у пацієнтів на виразковий коліт варіюють від норми до клініки перитоніту.
При пальцевому дослідженні прямої кишки можна виявити: перианальні абсцеси, нориці прямої кишки, тріщини анального проходу, спазм сфінктера, горбистість і потовщення слизової оболонки, ригідність стінки, наявність крові, слизу і гною.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ

- (у гострій фазі проводиться без попередньої підготовки клізмами).
Ректороманоскопія, колоноскопія є одними з основних методів дослідження, так як пряма кишка уражується в 95% випадків. Характерна наявність слизу, крові, гною, які закривають слизову. При дослідженні відмічається: набряк і гіперемія слизової оболонки сигмовидної та прямої кишок; втрачається судинний малюнок, характерний для нормальної слизової оболонки товстої кишки; зникає гаустрація товстої кишки. Різні за розміром і формою ерозії та виразки з подритими краями і дном покритим гноєм і фібрином. Наявність поодинокі виразки повинно насторожувати стосовно можливої наявності раку. При тривалому перебігу захворювання у збережених острівцях слизової оболонки спостерігається набряк і надмірна регенерація епітелію з утворенням псевдополіпів. НВК легкого ступеню проявляється у вигляді зернистості слизової оболонки. Колоноскопія дозволяє оцінювати протяжність і тяжкість ураження, особливо при підозрі на наявність малігнізації.

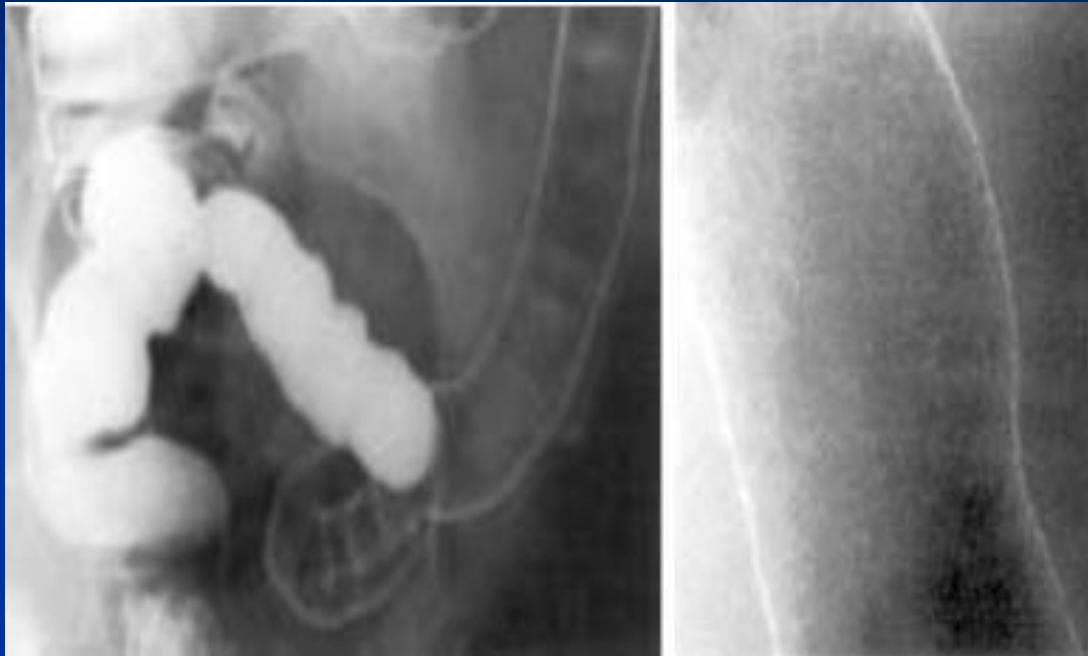
Протипоказаннями до ректороманоскопії та колоноскопії є:

1. Тяжкий перебіг неспецифічного виразкового коліту (НВК).
2. Токсичний мегаколон.
3. Підозра на перфорацію, перитоніт.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 1. Рентгеноскопичне дослідження органів черевної порожнини використовується не тільки для діагностики власне захворювання, але і його тяжких ускладнень, зокрема гострої токсичної дилатації товстої кишки. При I ступені дилатації збільшення діаметру кишки в її найширшому місці становить 8-10 см, при II - 10-14 см і при III - понад 14см. У разі токсичного мегаколону виявляється надмірна кількість газу в розширеній ободової кишці, втрата тонусу, рівні рідини.





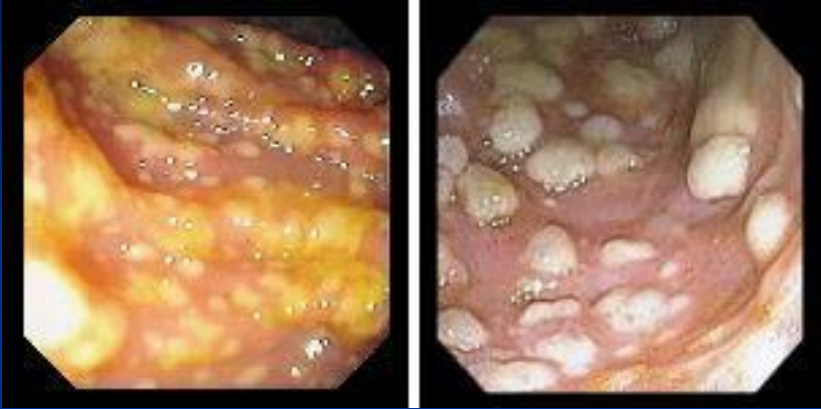
- 2. Григоскопія є одним із основних діагностичних методів НВК, але у фазі загострення хвороби вона протипоказана. До ранніх рентгенологічних проявів неспецифічного виразкового коліту (НВК) включають: гіперкінезію, спазм окремих сегментів кишки, помірне потовщення, нечіткість контурів складок слизової оболонки, «зернисту» слизову оболонку, пізніше зникають гаустри, стають зубчастими контури кишки

- При тяжкому перебігу хвороби виявляють:
 - Плямистість (мармуровість) малюнка рельєфу слизової оболонки.
 - Ригідність стінки.
 - Відсутність (деформація) гаустр.
 - Нечіткість, нерівність контурів.
 - Нерівномірне звуження або вкорочення кишки.
 - Множинні дефекти наповнення (псевдополіпоз).



- 1. лабораторні дослідження;
- 2. мікробіологічне дослідження;
- 3. патоморфологічне дослідження;
- 4. ультрасонографія;
- 5.КТ;
- 6.МРТ;
- 7. позитрон-емісійна томографія.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА



- 1. псевдомембранозний коліт
- 2. солітарна виразка прямої кишки





- 1.сальмонельозний коліт
- 2.ішемічний коліт

Найбільш складний диференціальний діагноз між виразковим колітом та хворобою Крона.



Дифдіагностика НВК та Хвороби Крона

Ознака	НВК	Хвороба Крона
Запалення прямої кишки	Є завжди	У 20% випадків
Перианальні ураження	Відмічаються рідко	Відмічаються часто
Нориці	Рідко	Часто
Дифузне ураження	Характерне	Відмічається рідко
Ураження термінального відділу здухвинної кишки	Залучається дуже рідко - в 3-5% випадків (Виноградов А.В., 1988)	Діагностується у 80% випадків
Поздовжні виразки		Характерні
Афти		Є часто
Гранульоми (епітеліоїдноклітинні)		Є в 40% випадків

ЛІКУВАННЯ

- Лікування хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) повинне проводитися у спеціалізованому стаціонарі. Лікування хворих на НВК має бути індивідуальним з урахуванням характеру хвороби, поширеності процесу, а також ступеню тяжкості загострення.

В основі фармакотерапії необхідно дотримуватися загальноприйнятих світових стандартів:

- максимальна швидка ліквідація гострих атак хвороби
- попередження та усунення ускладнень
- ліквідація рецидивів та їх попередження
- хірургічне лікування при відсутності терапевтичного ефекту та при розвитку ускладнень, небезпечних для життя

Основні принципи фармакотерапії:

- дієтичне харчування
- препарати 5-аміносаліцилової кислоти
- глюкокортикоїди (за показаннями)
- антибактеріальна терапія (з урахуванням чутливості мікрофлори)
- ентеральне та парентеральне харчування
- корекція обмінних та дисбіотичних порушень
- застосування сорбентів
- препарати резерву - імунокоригуючі (імуносупресорні) препарати - при неефективності вищезазначених препаратів (саліцилатів, стероїдів)

Базисна терапія при неспецифічному виразковому коліті включає препарати 5-аміносаліцилової кислоти, глюкокортикоїди,

а також призначення антибактеріальних препаратів за результатами мікробіологічного дослідження кишкового вмісту. За допомогою даної терапії досягають ремісії в 70-80% випадків при НВК легкого та середнього ступеня тяжкості, а також знижують показання до хірургічного лікування.

ПОКАЗАННЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

■ Абсолютні:

1. Кишкова кровотеча - виділення більше 800 мл калових мас з кров'ю на добу, крововтрата більше 100мл на добу.
2. Токсична дилатація ободової кишки - розширення ободової кишки більш 50 мм, відсутність ефекту від ендоскопічної декомпресії та комплексної інтенсивної терапії протягом 12 годин.
3. Перфорація товстої кишки - наявність пневмоперитоніуму та/або перитонеальних симптомів.
4. Карцинома.

■ Відносні:

1. Резистентна форма - відсутність позитивної динаміки або наявність негативної динаміки на фоні сучасної консервативної терапії гострої тяжкої форми або тяжкого загострення ВК.
2. Стероїдозалежна форма - необхідність введення глюкокортикоїдів для підтримки клінічної ремісії або легкого ступеня коліту протягом періоду часу більше 6 місяців.
3. Дисплазія слизової оболонки товстої кишки при тривалому стажі захворювання.
4. Порушення розвитку і затримка росту в дитячому та юнацькому віці.



Хірургічне лікування у вигляді колпроктектомії дозволяє вилікувати хворого від НВК.

При тяжкому перебігу виконується колпроктектомія або субтотальна колектомія із залишенням кукси прямої кишки.

Операція завершується ілеостомією або формуванням резервуара з тонкої кишки і ілеоанальним анастомозом, що вважається стандартом хірургічного лікування.

При наявності раку в ободової кишці у хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) виконують колектомія, комбіновану з черевно-анальною резекцією прямої кишки, а при раку прямої кишки - колектомію, комбіновану з черевно-промежинною екстирпацією прямої кишки. Операцію при цьому завершують накладанням постійної одностовбурової ілеостоми за Бруком.