



НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.
БОЛЕЗНЬ КРОНА.

Немного анатомии

Поперечная ободочная кишка

В полученном материале после операции не должно быть атипичных клеток. Если такие клетки будут обнаружены, то объем манипуляции, возможно, был неадекватен. Это требует повторного осмысления и может служить основанием для повторной конизации для предотвращения рецидива.

Мышечная лента

Нисходящая ободочная кишка

Гаустры

Восходящая ободочная кишка

Слепая кишка

Червеобразный отросток

Прямая кишка

Сигмовидная кишка

Определение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – это собирательный термин, обозначающий группу хронических воспалительных заболеваний неизвестной этиологии? При которых вовлекается:

- прямая и толстая кишка при ЯК (некротизирующее воспаление)
- любые отделы при болезни Крона (гранулематозное)

Теории происхождения

- Иммунные нарушения
- Инфекционная теория
- Нарушения микробиоценоза кишечника
- Роль психологического стресса
- Генетическая предрасположенность

Распространенность ВЗК:

ЯК – ежегодный прирост 5-20 случаев на 100 000 населения, возрастной пик 20-30 и 60 лет.

БК – ежегодно 2-4 новых случая на 100 000? Возрастной пик 20-30 лет.

Толстая кишка – дистальный отдел пищеварительной трубки, который начинается от илеоцекального отдела (Баугиниевой заслонки) и заканчивается наружным отверстием заднепроходного канала. Общая длина ее в среднем – 1,5м. Диаметр в проксимальном отделе 7-14 см, в дистальном – 4-6 см.

Отделы кишки: слепая, восходящая, правый изгиб (печеночный угол), поперечная ободочная кишка, левый изгиб (селезеночный угол), нисходящая, сигмовидная кишка.

Функция: резорбция воды и желчных кислот; транспортная с формированием каловых масс, витамины.

Т.о. Функции резервуарная (содержимое до 18 часов в кишечнике) и экскреторная.

Болезнь Крона

- Хроническое рецидивирующее иммуноопосредованное гранулематозное воспаление ЖКТ, характеризующееся сегментарностью, с образованием воспалительных инфильтратов и глубоких продольных язв, с тенденцией к формированию свищей и стриктур.



ЭТИОЛОГИЯ

- Генетические причины- частое выявление болезни у однояйцевых близнецов и у родных братьев. Примерно в 17% случаев больные имеют кровных родственников, также страдающих этим заболеванием.
- Иммунологические механизмы- системное поражение органов при болезни Крона наталкивает на аутоиммунную природу заболевания.
- Возможный механизм нарушений- наличие какого-то специфического антигена в просвете кишки/крови больных, приводящего к активации Т-лимфоцитов, клеточных макрофагов, фибробластов- выработке антител, цитокинов, простагландинов, свободного атомарного кислорода, которые и вызывают различные тканевые повреждения.

Этиология (продолжение)

- Инфекционные- связь болезни Крона с вирусами, хламидиями, иерсиниями, нарушениями микробиоценоза кишечника (уменьшение кол-во бифидобактерий при одновременном увеличении числа патогенных энтеробактерий, анаэробных микроорганизмов, потенциально патогенных штаммов кишечной палочки).
- Особенности питания- недостаточное содержание растительной клетчатки в рационе и частое использование химических консервантов и красителей.

Однако, первопричинная роль какого-либо фактора в возникновении болезни Крона в настоящее время не доказана.

Характерные микроскопические проявления

- Поражение всех слоев кишечной стенки
- Отек и инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками подслизистого слоя
- Гиперплазия лимфатических фолликулов, пейеровых бляшек
- Гранулемы, состоящие из крупных эпителиальных клеток, многоядерных клеток Лангханса без признаков казеозного распада (саркоидоподобные гранулемы)

При болезни Крона пораженные участки чередуются с нормальными.

Классификация болезни Крона

Клинические стадии течения:

- 1 – Острая
- 2 - Язвенная (энтерит)
- 3 - Стенозирование (кишечная непроходимость)
- 4 – Инфильтративно-фистулезная

Клинические формы:

- 1 - Молниеносная
- 2 -Острая
- 3 -Первично-хроническая
- 4 -Хроническая рецидивирующая

Анатомические формы

- 1 – язвенная
- 2 – склеротическая
- 3 - свищевая

Клинические проявления - общие

- Лихорадка
- Диарея (с кровью)
- Боли в животе
- Потеря массы тела

Клиническая картина
тесно связана с
локализацией, активностью
процесса и с
осложнениями.



Болезнь Крона

ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- Часто – тяжелая диарея (стул до 10-12 р/сут, тенезмы, кровь при поражении нисходящей и сигмовидной кишок)
- Коликообразные боли после еды и перед дефекацией
- Постоянные боли, усиливающиеся при движениях, дефекации, клизмах в боковых и нижних отделах живота (спаечный процесс)
- Пальпаторная болезненность, иногда опухолевидное образование

Болезнь Крона

ТОНКОКИШЕЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- Частое выявление афтозных язв
- Постбульбарные язвы, плохо заживающие, ассоциированные с увеличенной СОЭ, м. б. связаны с болезнью Крона
- Коликообразные боли в животе с локальной болезненностью при пальпации
- Системные проявления
- Мальабсорбция – только при обширном поражении кишки или ее резекции
- Пальпируемое опухолевидное образование

Болезнь Крона

перианальная локализация

- Часто возникает при сочетанном поражении дистального отдела тонкой и проксимального – толстой кишок.
- Характерны полиповидные кожные разрастания.
- Системные проявления отсутствуют.
- Могут возникать анальные и ректальные стенозы (запоры).

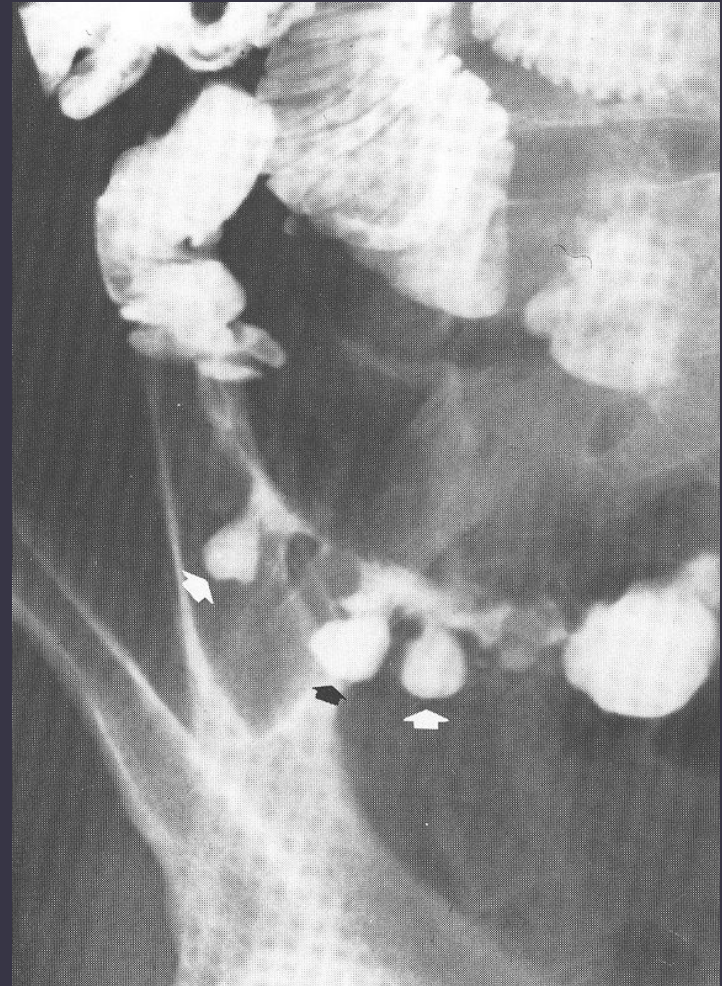
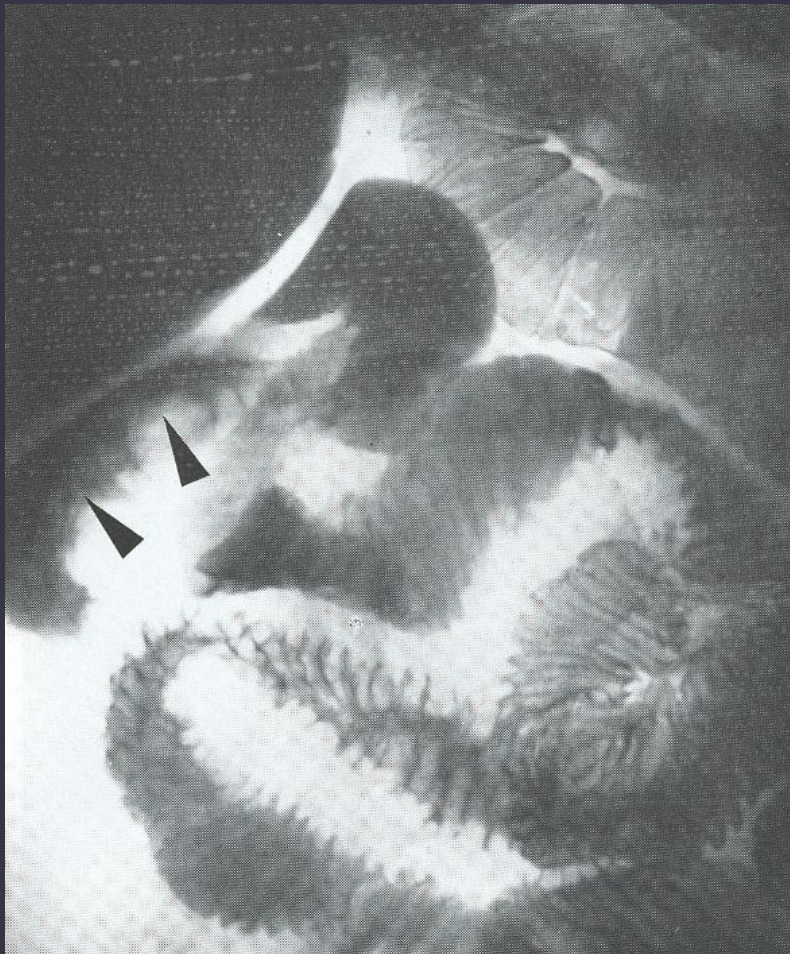
Установление диагноза БК

- Анамнез заболевания;
- Физикальный осмотр;
- Осмотр перианальной области (пальцевое исследование прямой кишки, ретроманоскопия)
- Обзорная рентгенография брюшной полости;
- Тотальная колоноскопия с илеоскопией;
- ФГДС;
- Биопсия с зоны поражения;
- УЗИ;
- Трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и анального канала;
- Анализ кала, ОАК, ОАМ;

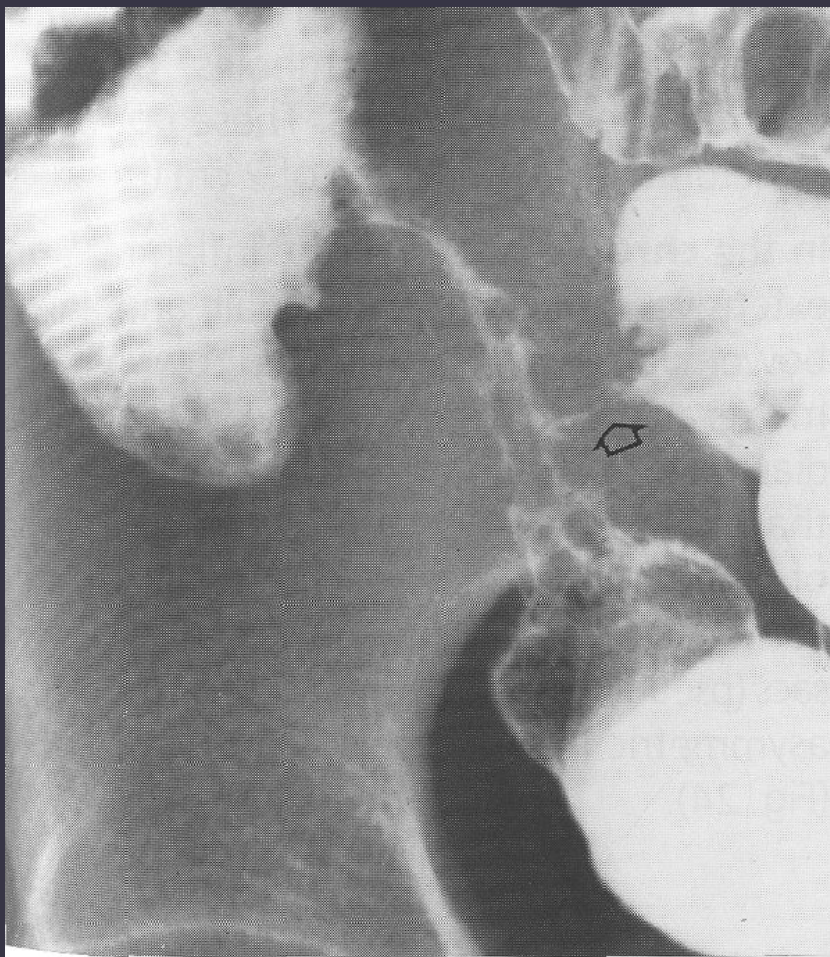
Рентгенологическая картина при болезни Крона

- «Наждачная бумага»
- Глубокие продольные язвы
- Рельеф «булыжной мостовой»
- Сегментарное укорочение кишки
- Сегментарная потеря гаустрации
- Псевдодивертикулы
- Стриктуры
- Фистулы

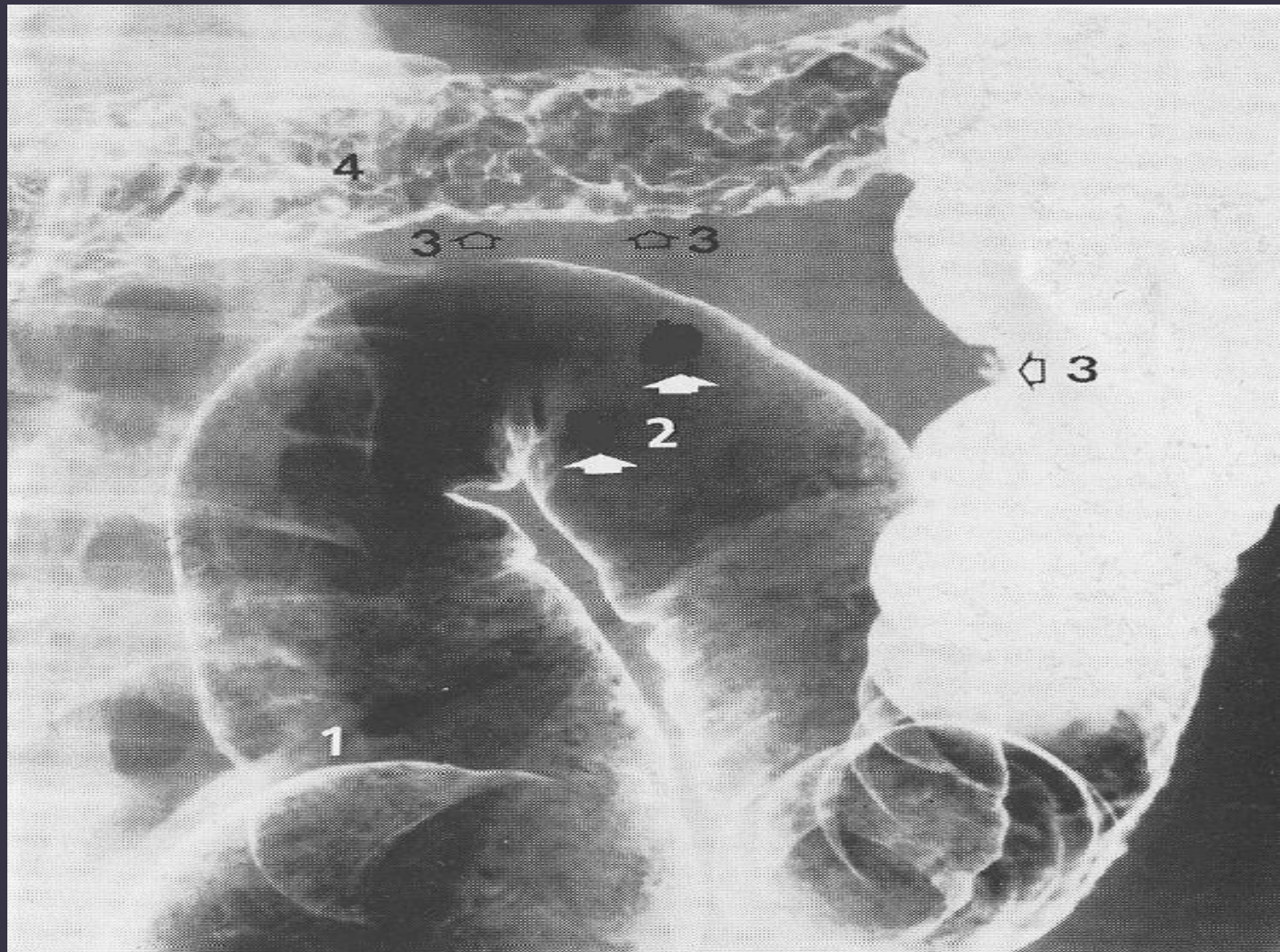
Б. Крона: лимфоидные фолликулы (слева), псевдодивертикулы и стеноз (справа)



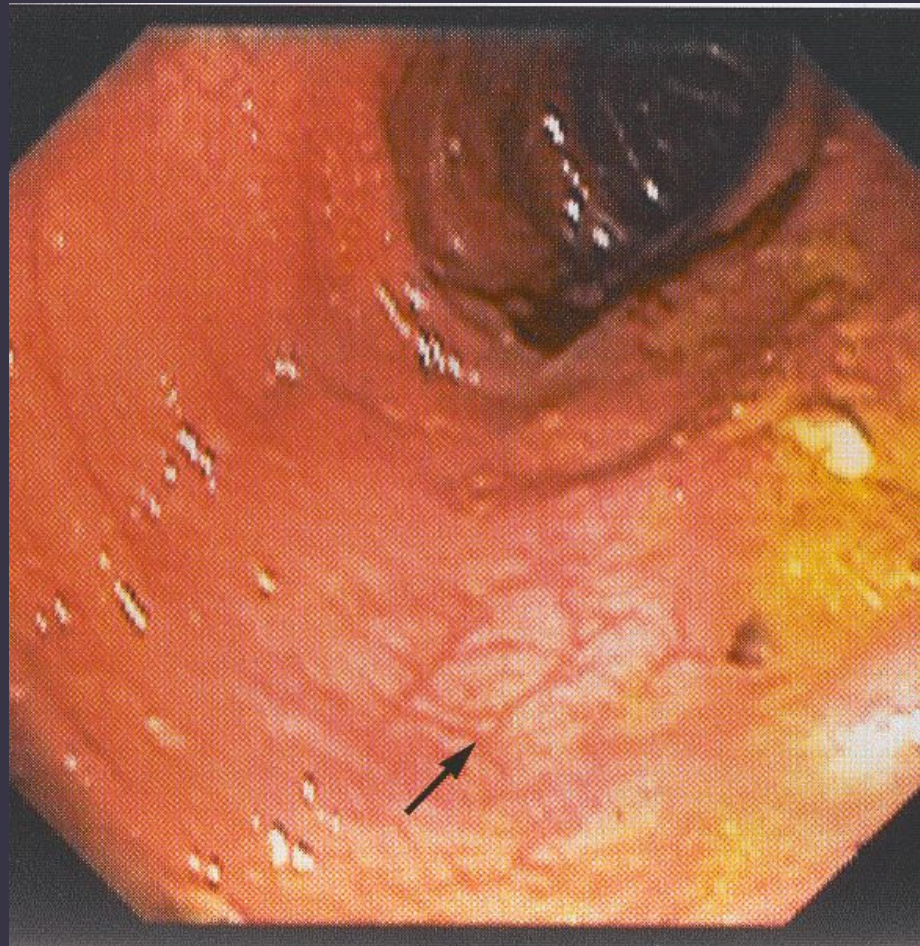
Болезнь Крона - фистулы



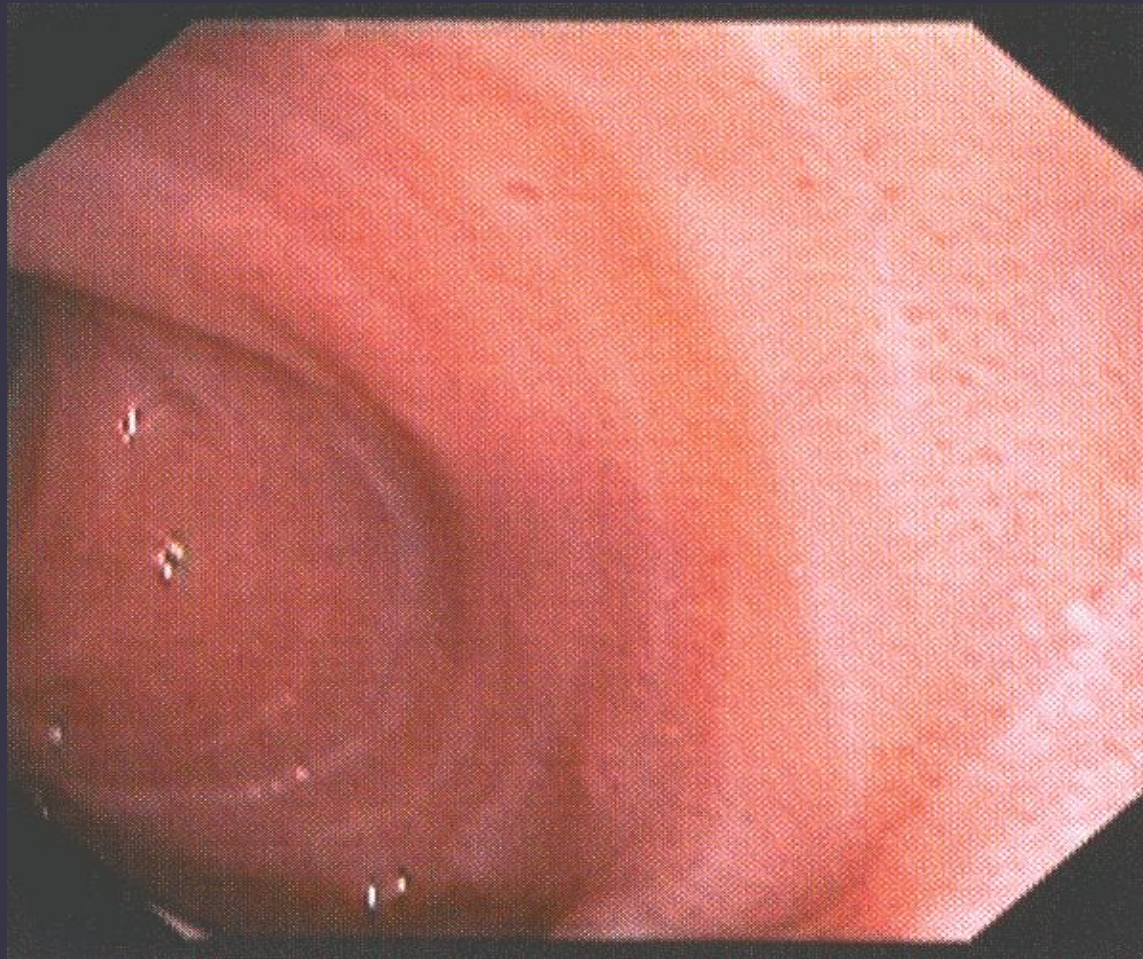
Болезнь Крона: нормальная слизистая (1), афты (2), язвы (3), "бульжная мостовая" (4)



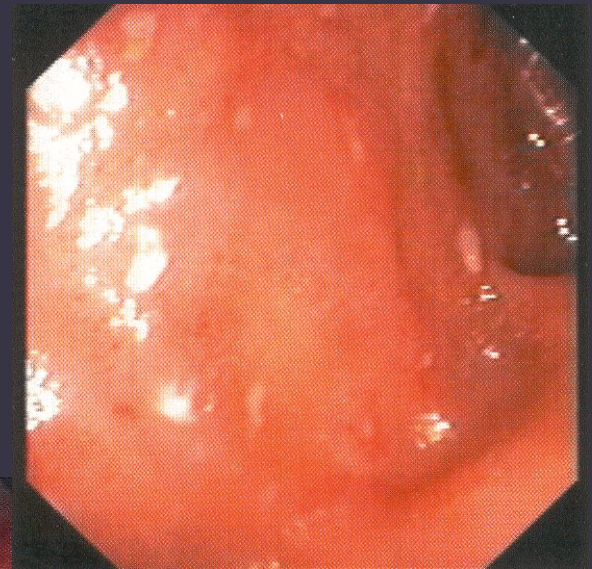
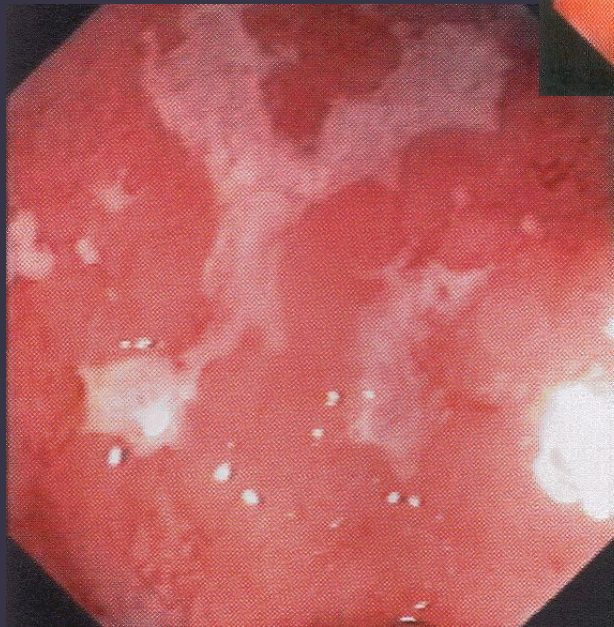
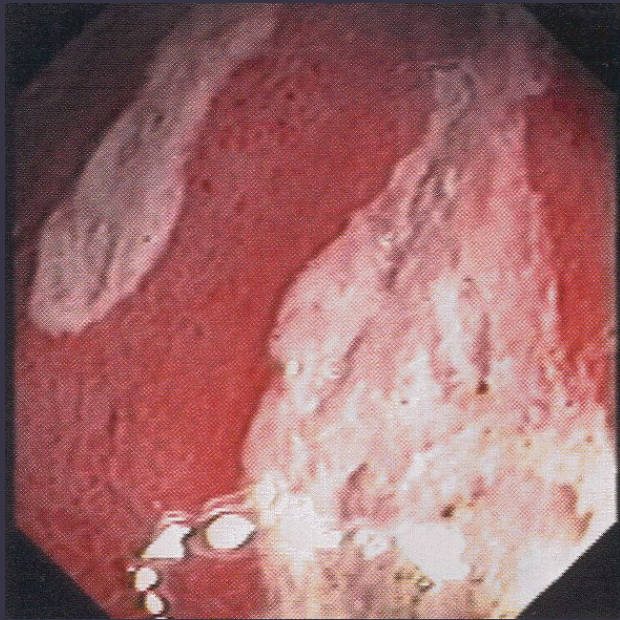
Ассимметричное поражение при болезни Крона



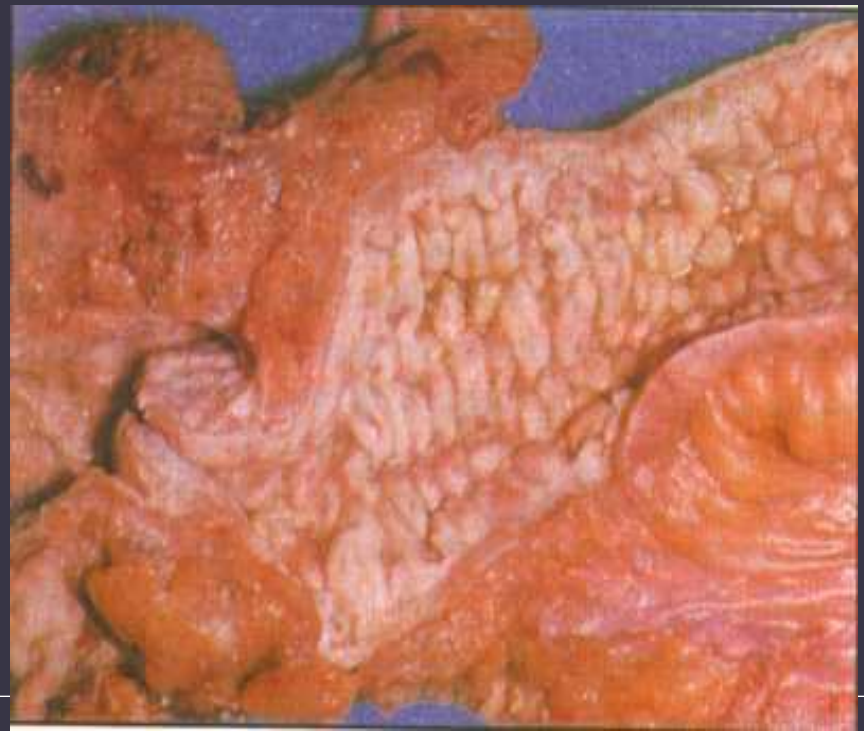
Фаза ремиссии при болезни Крона



Эндоскопическая картина при болезни Крона



«Булжжная мостовая» при болезни Крона



Дифференциальный диагноз БК проводят с:

- Язвенный колит;
- ОКИ;
- Глистные инвазии;
- Парозитозы;
- Антибиотико-ассоциированные поражения кишечника;
- Туберкулез кишечника;
- Системный васкулит;
- Неоплазия тонкой/толстой кишки;
- Дивертикулит;
- Солитарная язва прямой кишки;
- Ишемический колит;
- Актиномикоз;
- СРК;
- Лучевые поражения кишечника;

Осложнения болезни Крона

- Стриктуры
- Внутрибрюшные и тазовые абсцессы
- Свищи
- Перфорация кишки
- Карцинома
- Тонкокишечная обструкция
- Редко – токсическая дилатация, массивное ректальное кровотечение

Лечение болезни Крона

Средства для индукции ремиссии:

- ГКС (системные-преднизолон, топические-будесонид),
- Биологические препараты: инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол, а/б, 5-аминосалициловая к-та.

Средства для поддержания ремиссии:

5-АСК; иммуносупрессоры: азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат, инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол.

Лечение болезни Крона

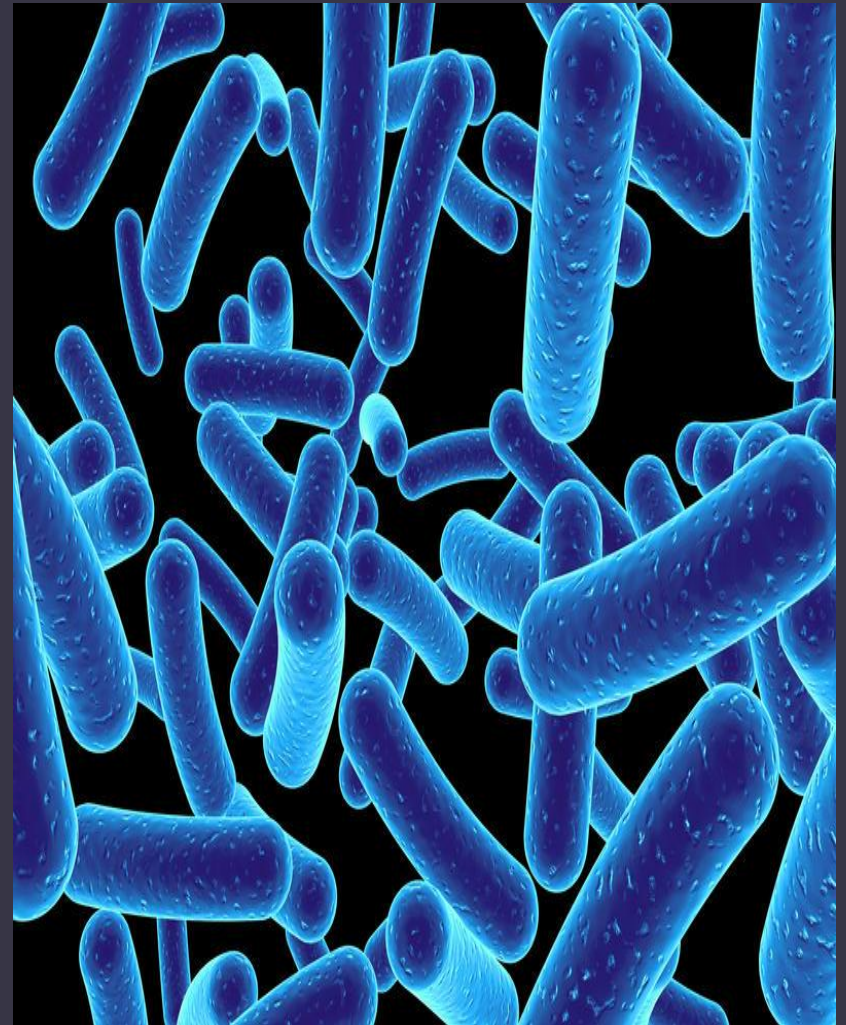
- Метронидазол 10-20 мг/кг/сутки не более 10 дней при свищах
- Тяжелое течение заболевания (температура, рвота, ЧСС более 90 в мин., альбумин менее 35 г\л, СРБ, СОЭ, лейкоцитоз) – стероиды в\в капельно, коррекция баланса, отсутствие эффекта - операция
- Альтернативные препараты: ремикейд (инфликсимаб) 10-20 мг/кг в/в кап., неорал, азатиоприн, метотрексат

Язвенный колит

- Хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит иммунное воспаление слизистой оболочки толстой кишки с изъязвлением, нагноением, геморрагиями и исходом в склеротическую деформацию стенки.
- В процесс обязательно вовлекается прямая кишка, преимущественно поражаются левые отделы толстой кишки. Воспаление носит диффузный характер.

Этиология:

1. Иммунные нарушения.
2. Генетические факторы.
3. Неидентифицированная инфекция.
4. Пищевая аллергия.
5. Хронические или острые стрессы.



Патологоанатомическая характеристика НЯК

- 1 – начинается НЯК с поражения прямой кишки и распространяется в проксимальном направлении, возможно тотальное поражение (ретроградный илеит)
- 2 – НЯК всегда начинается со слизистой оболочки: гиперемия, отек, мелкие язвы, эрозии, сливающиеся иногда в обширные язвенные поля. Обнаруживаются псевдополипы – разрастания грануляционной ткани у края язвы – улавливаются при ирригоскопии
- 3 – поражение носит диффузный характер
- 4 – одновременно с деструкцией слизистой оболочки наблюдаются дистрофические изменения ганглиозных клеток стенки кишки

Клинические проявления

- Диарея
- Кровь в кале
- Ночная дефекация
- Тенезмы (при проктитах и проктосигмоидитах)
- Лихорадка
- Потеря массы тела
- Анемия
- Внекишечные симптомы

Классификация НЯК

I По стадии заболевания:

- Острая (менее 6 мес от дебюта)
- Хроническая (непрерывная) нет более 6 месяцев ремиссии
- Хроническая (рецидивирующая) ремиссия более 6 месяцев
- Латентная

II По степени тяжести:

- Легкая (прямая и сигмовидная кишка, дефекация до 4 раз в сутки)
- Средняя (дефекация до 4 – 8 раз в сутки)
- Тяжелая (дефекация до 4 – 8 раз в сутки;
температура выше 38°C;
анемия и т.п)

II По локализации

1 Проктит (только прямая кишка)

2 Левосторонний колит (вкл. проктосигмоидит)

3 Тотальный колит:

- Субтотальный
- Тотальный (с ретроградным илеитом)

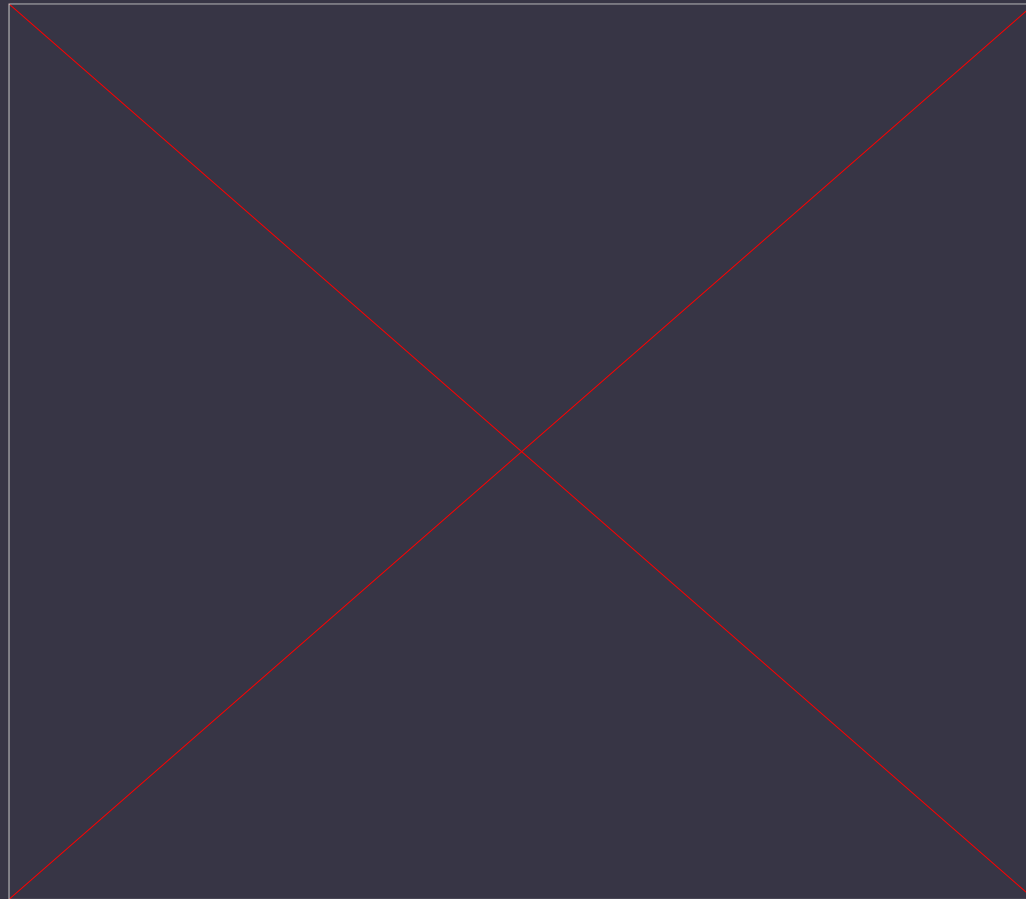
I V Специфические осложнения:

- Артриты
- Склерозирующий хилангит и ЖКБ
- Узловая эритема, дерматит
- Нейродермит
- Конъюнктивит
- Сакроилеит

V Хирургические осложнения:

- Свищи
- Перфорация
- Кровотечения
- Стриктуры
- Рак толстой кишки
- Токсич. дилатация (мегаколон)

Узловая эритема



Клиника НЯК

Клиника зависит от формы НЯК

1 – острая и молниеносная формы – самые тяжелые, поражение носит тотальный характер. Частота: острая – 16%, молниеносная – 5 - 10%. Заболевание разворачивается бурно: изнуряющие поносы с кровью и гноем, глубокая интоксикация, тошнота, рвота, заторможенность вплоть до сумеречного сознания, температура до 39 гр., одышка, акроцианоз, тахикардия, гиповолемия, гипотония.

Местно – отек стенок заднепроходного канал, обострение геморроя, образование трещин, свищей, развитие острой токсической дилатации, перфорация кишки, со стороны кожи и слизистой – пиодермия, стоматиты, увеиты, поражение суставов

2 – хронический рецидивирующий НЯК – характеризуется периодами обострения и ремиссий до 6 месяцев. Рецидив протекает как острая форма НЯК

3 – хронический непрерывный НЯК – намного тяжелее, чем рецидивирующий. При нем на фоне постоянных признаков текущего процесса, характеризующихся в основном учащенным жидким стулом с небольшой примесью крови до 6 – 10 раз в сутки, отмечаются периоды ухудшения. Длится годами.

4 – латентная – менее тяжелая

ДИАГНОСТИКА – полное проктологическое обследование.

Дифференцировать: амёбная дизентерия, аллергический колит, болезнь Крона, геморрой, псевдомембранозный колит.

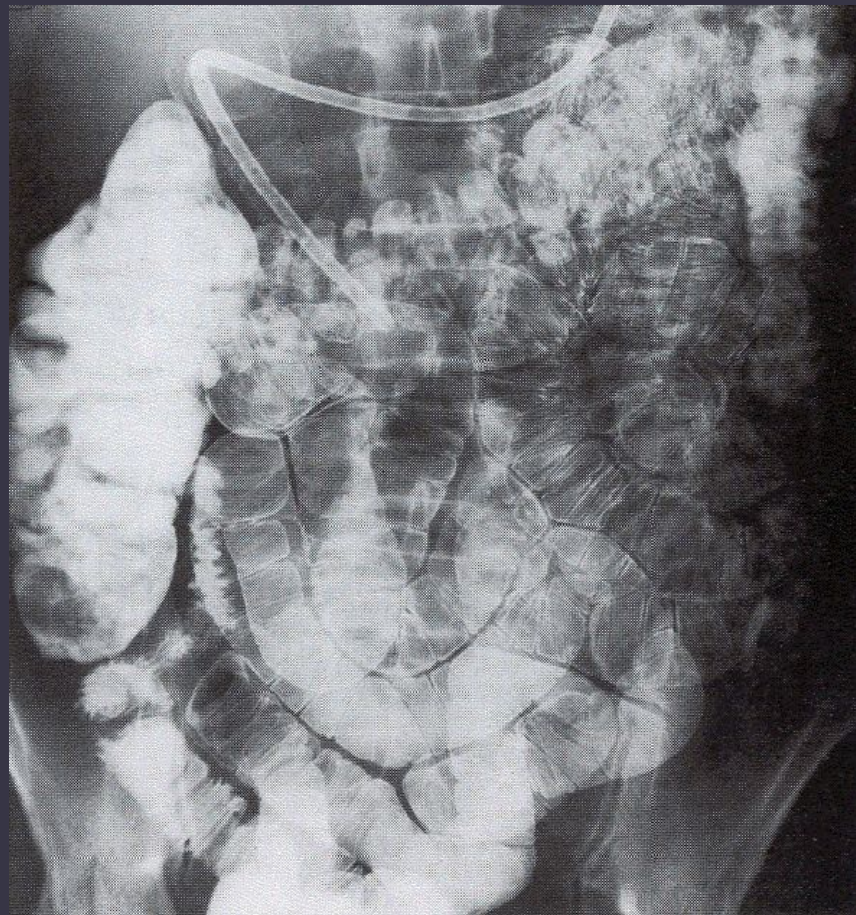
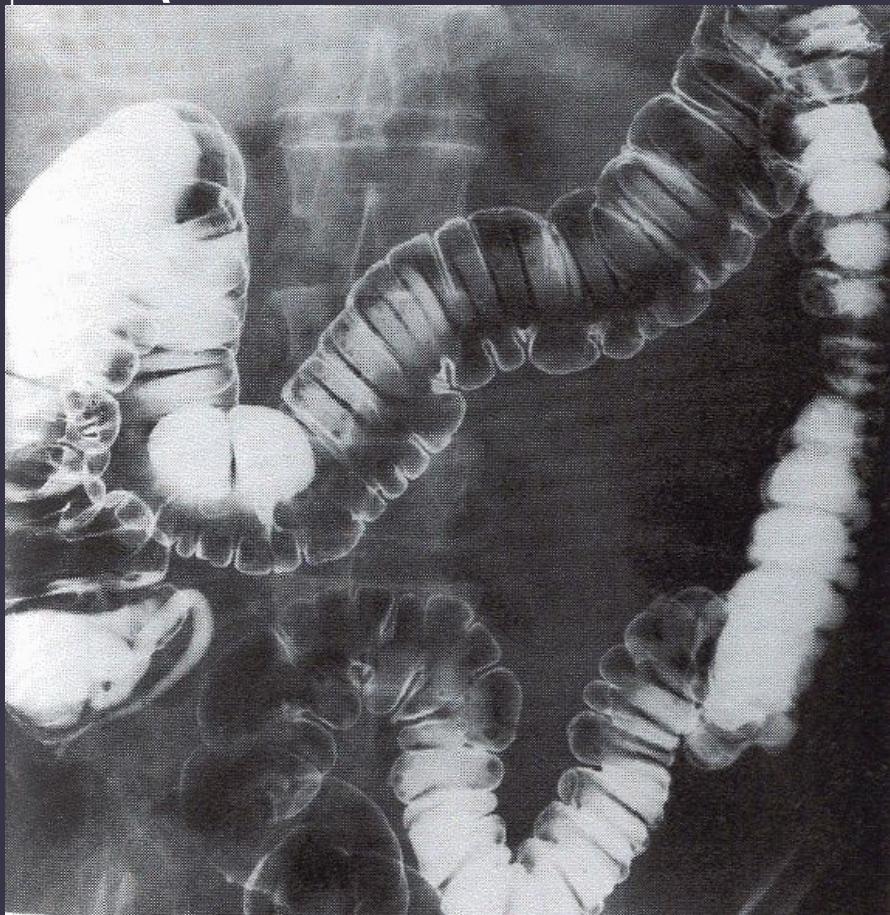
Диагностика ЯК

- ОАК
- БХ крови
- Копрологическое исследование (посев кала)
- Ректороманоскопия
- Колоноскопия с биопсией
- Ирригоскопия
- КТ (с 3Д реконструкцией)
- Определение калпротектина (белок более 60%)

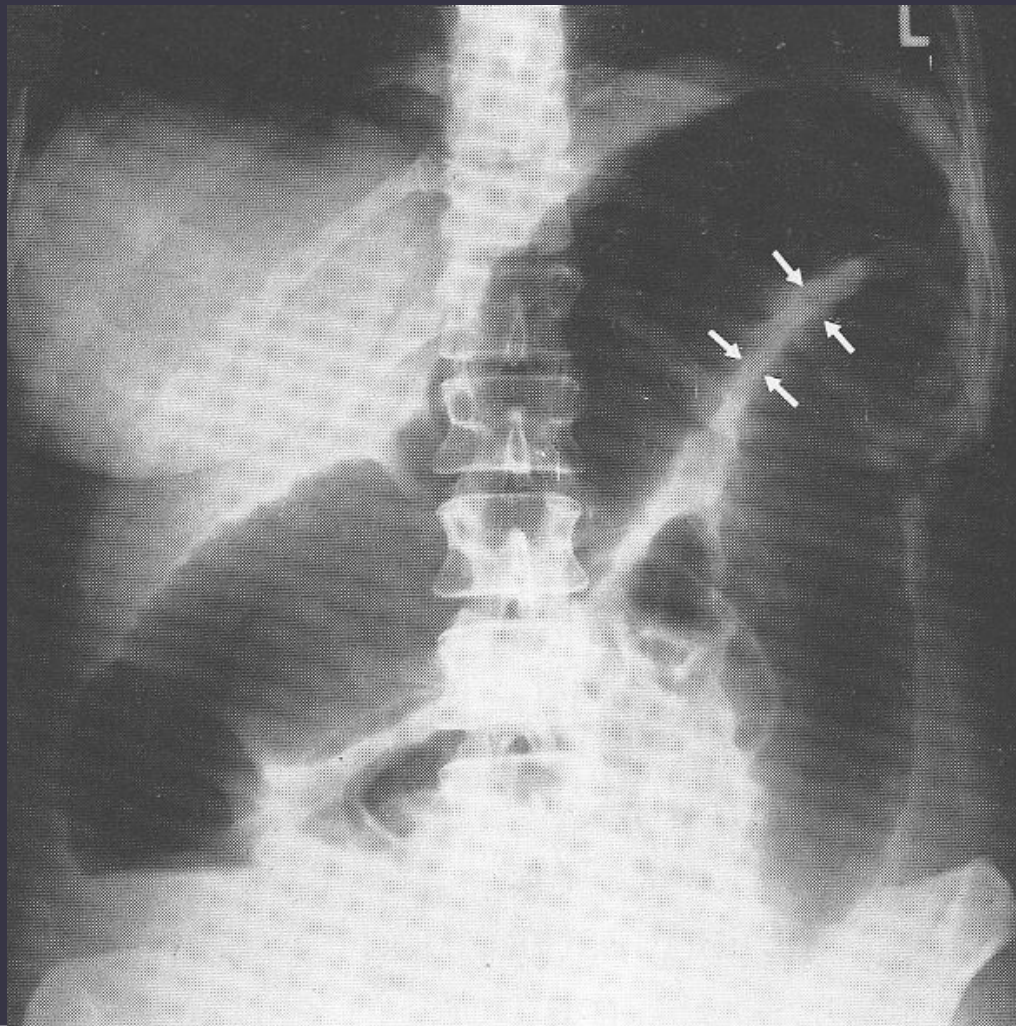
Рентгенологическая картина НЯКа:

- Отек, неровность и «зернистость» СО
- Изъязвления и язвы «запонки»
- Псевдополипоз
- Утолщение кишечной стенки
- Отсутствие гаустрации
- Укорочение кишки

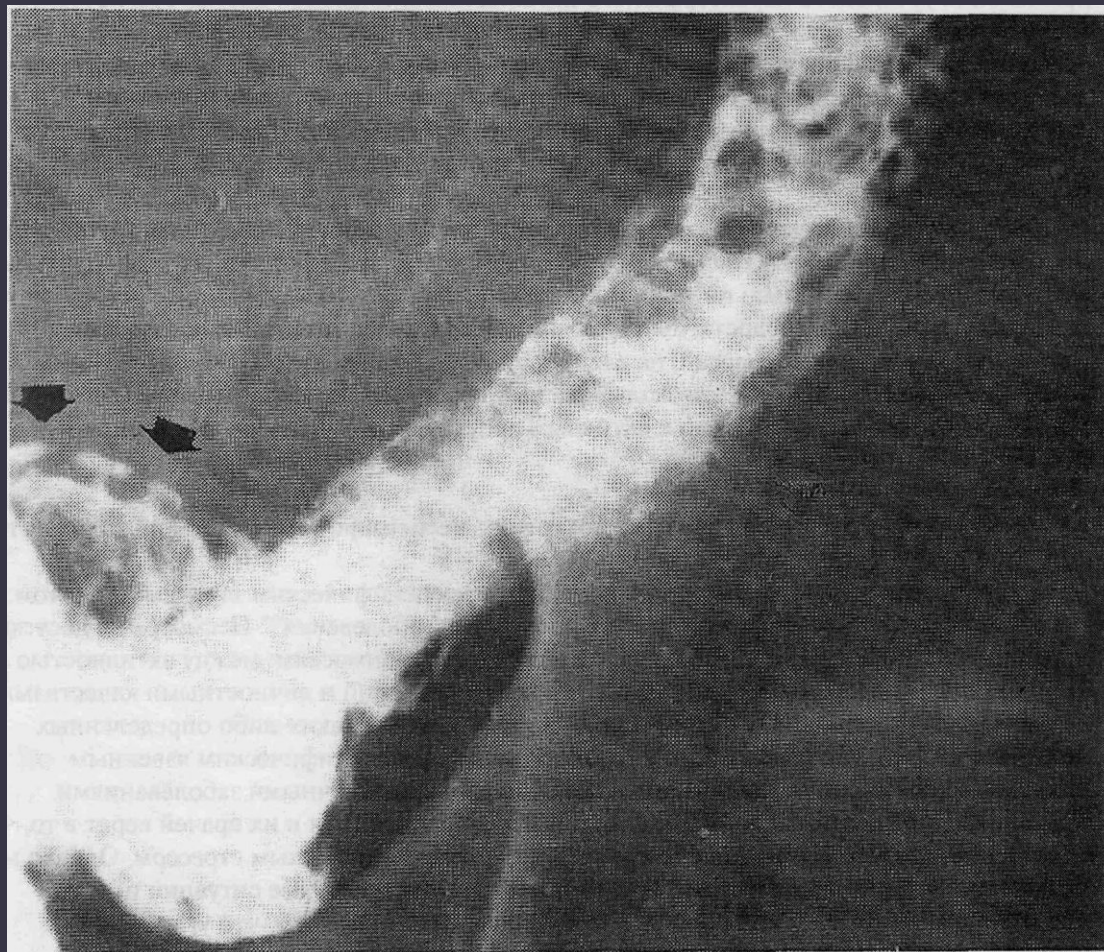
Нормальная ирригоскопия и рентгеноскопия тонкой кишки (метод Селлинка)



Обзорная рентгенограмма брюшной полости у больного с НЯКом



Язвы «запонки» при НЯКе



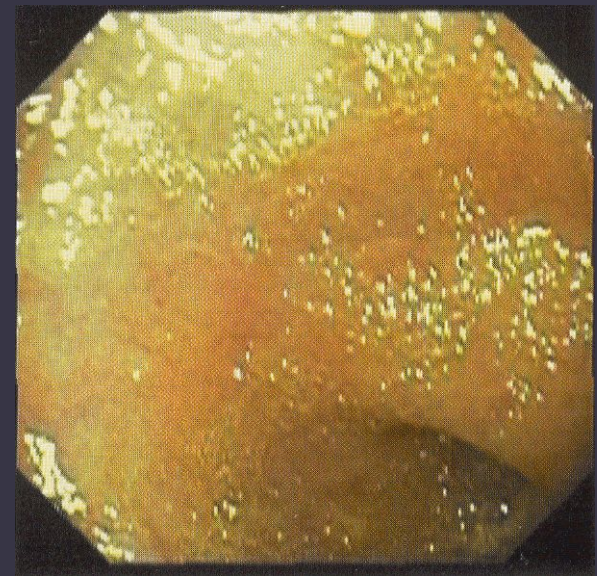
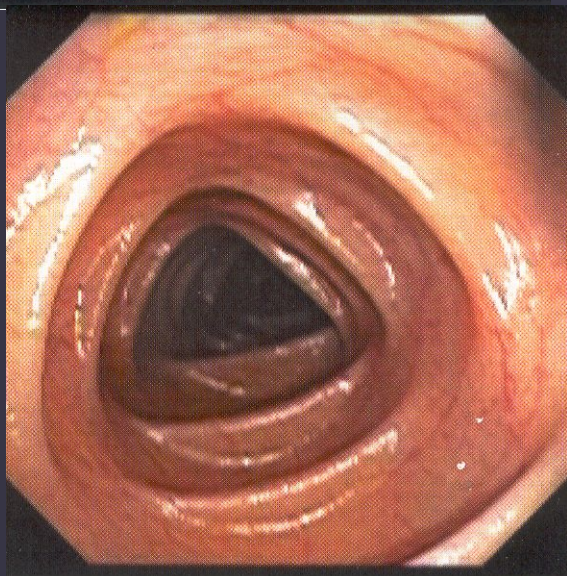
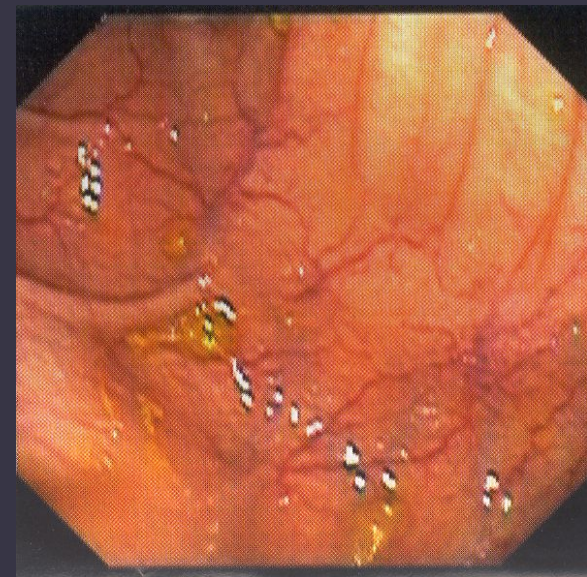
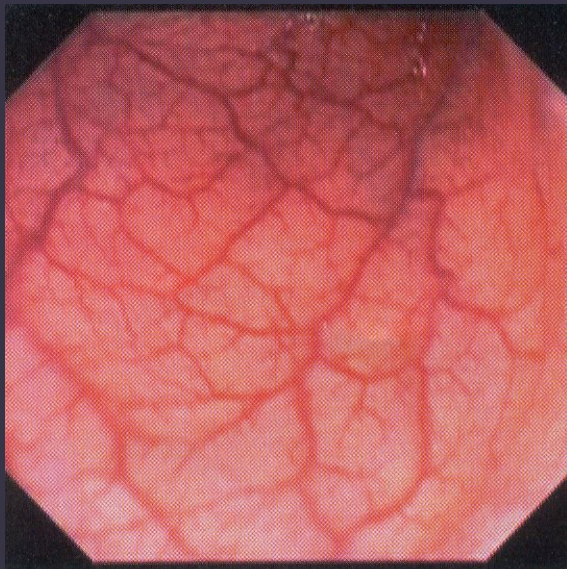
НЯК – активная фаза и фаза ремиссии



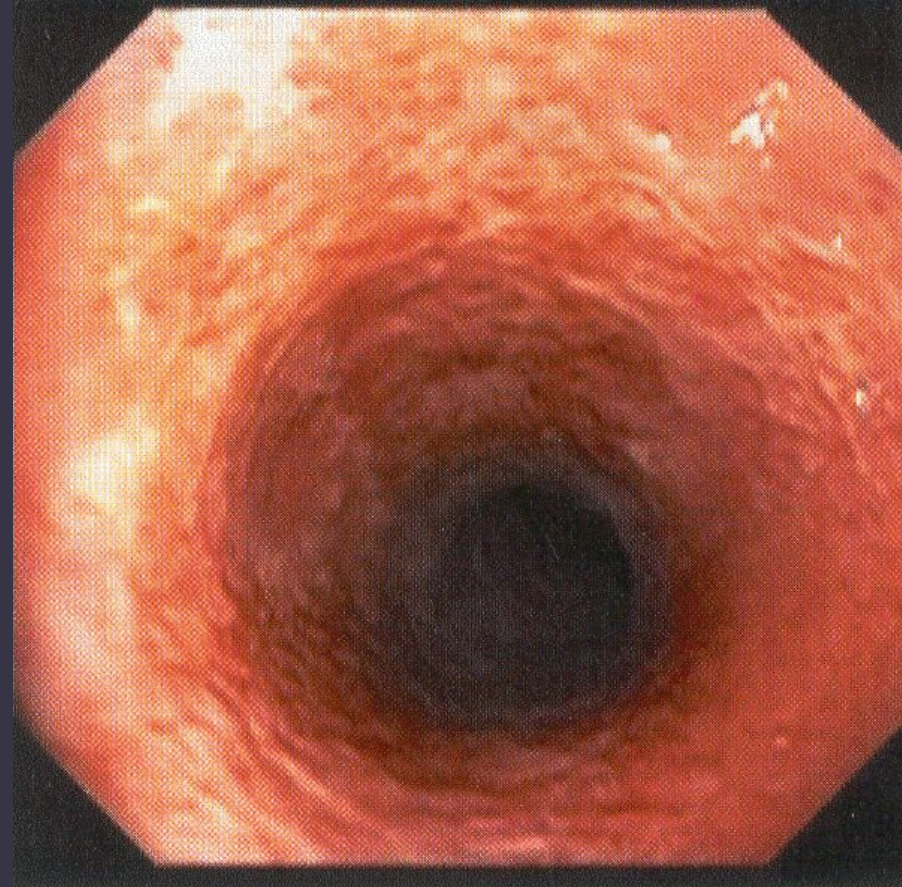
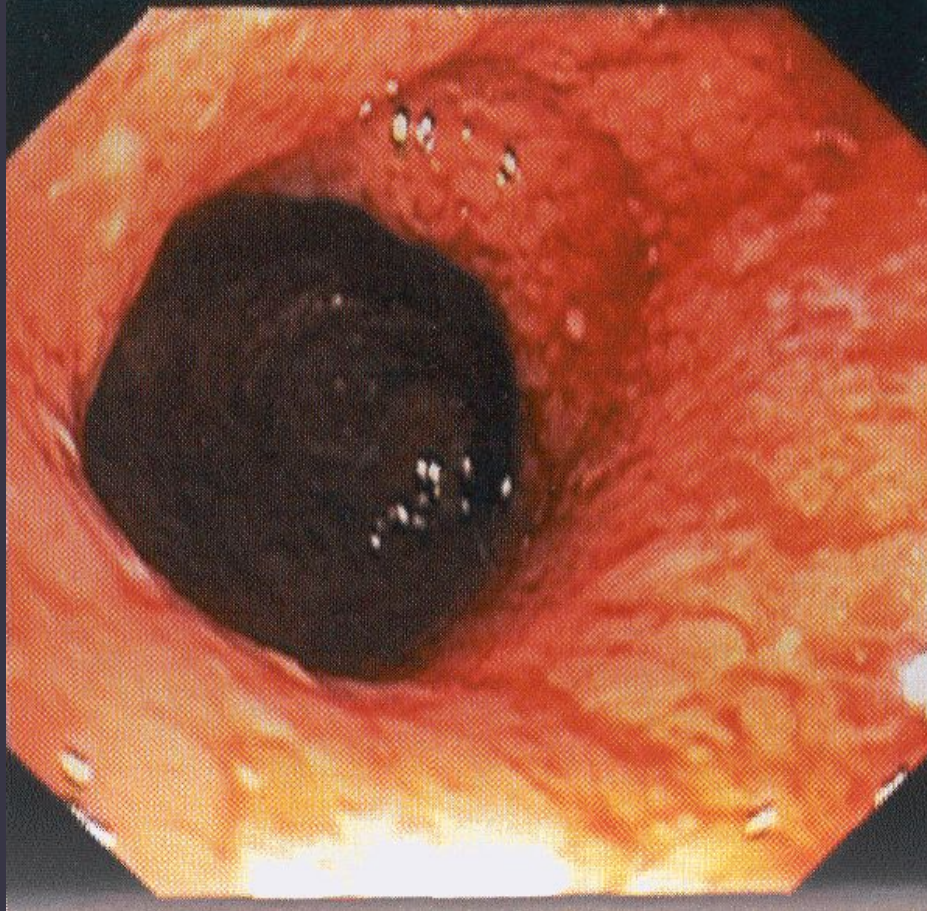
Эндоскопическая картина НЯКа:

- Плоские эрозии и язвы, покрытые фибрином
- Тусклая, отечная слизистая оболочка
- Контактная кровоточивость
- Псевдополипы
- Спазм ректосигмоидного угла
- Микроскопически – грануляционная ткань в дне язв

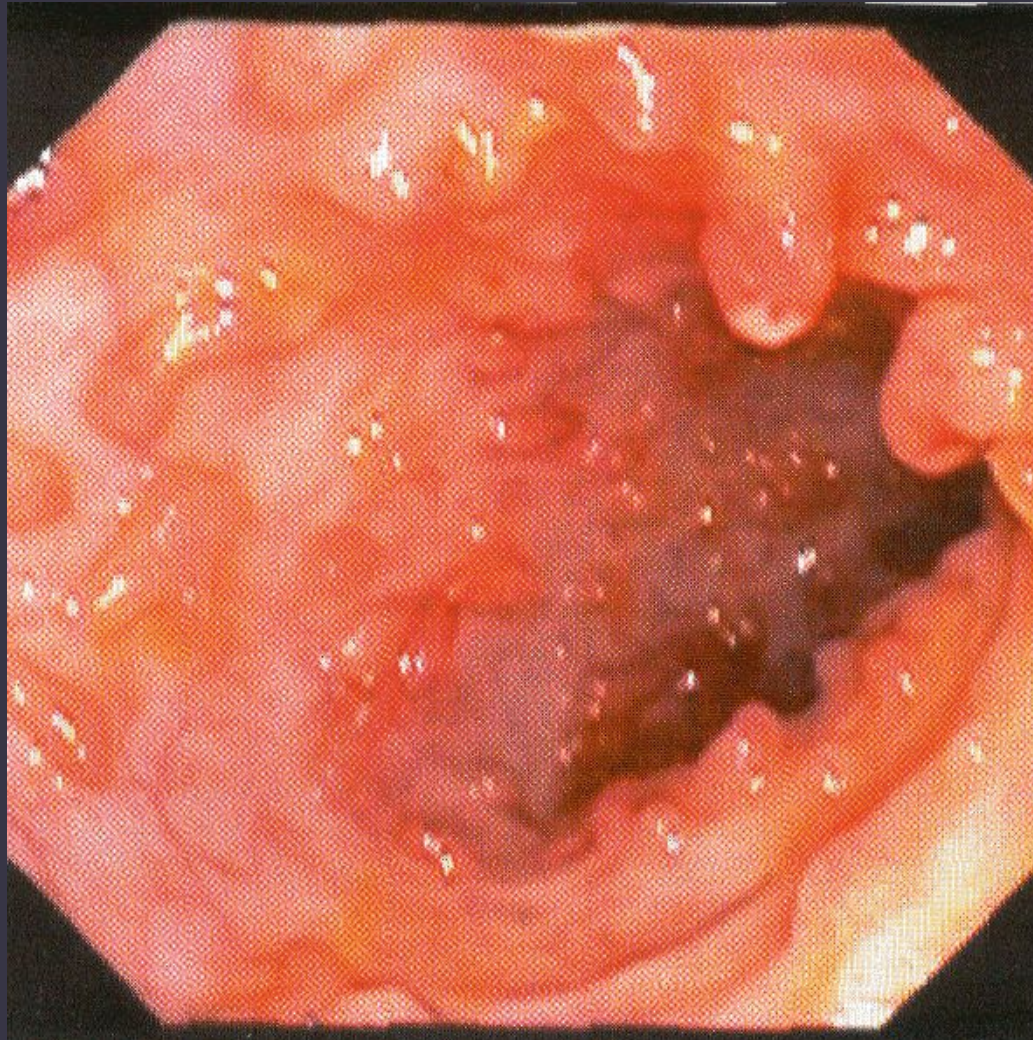
Нормальная слизистая толстой и тонкой (справа) кишки



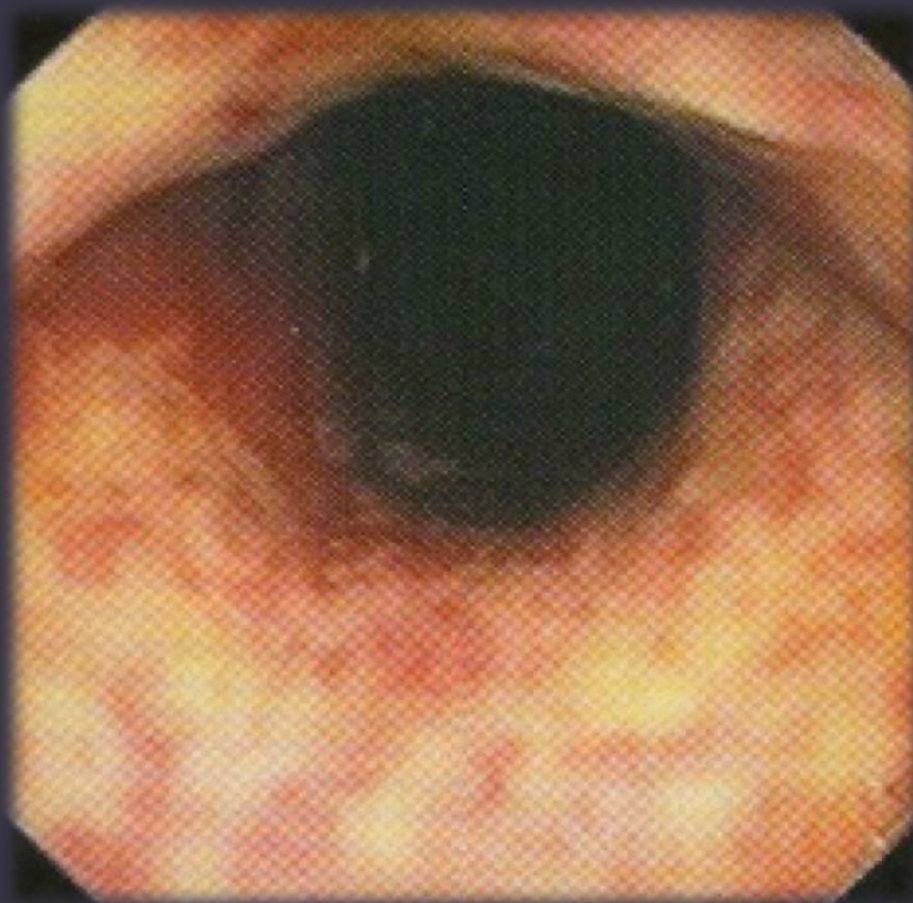
НЯК – фаза обострения с кровотечением и фаза ремиссии



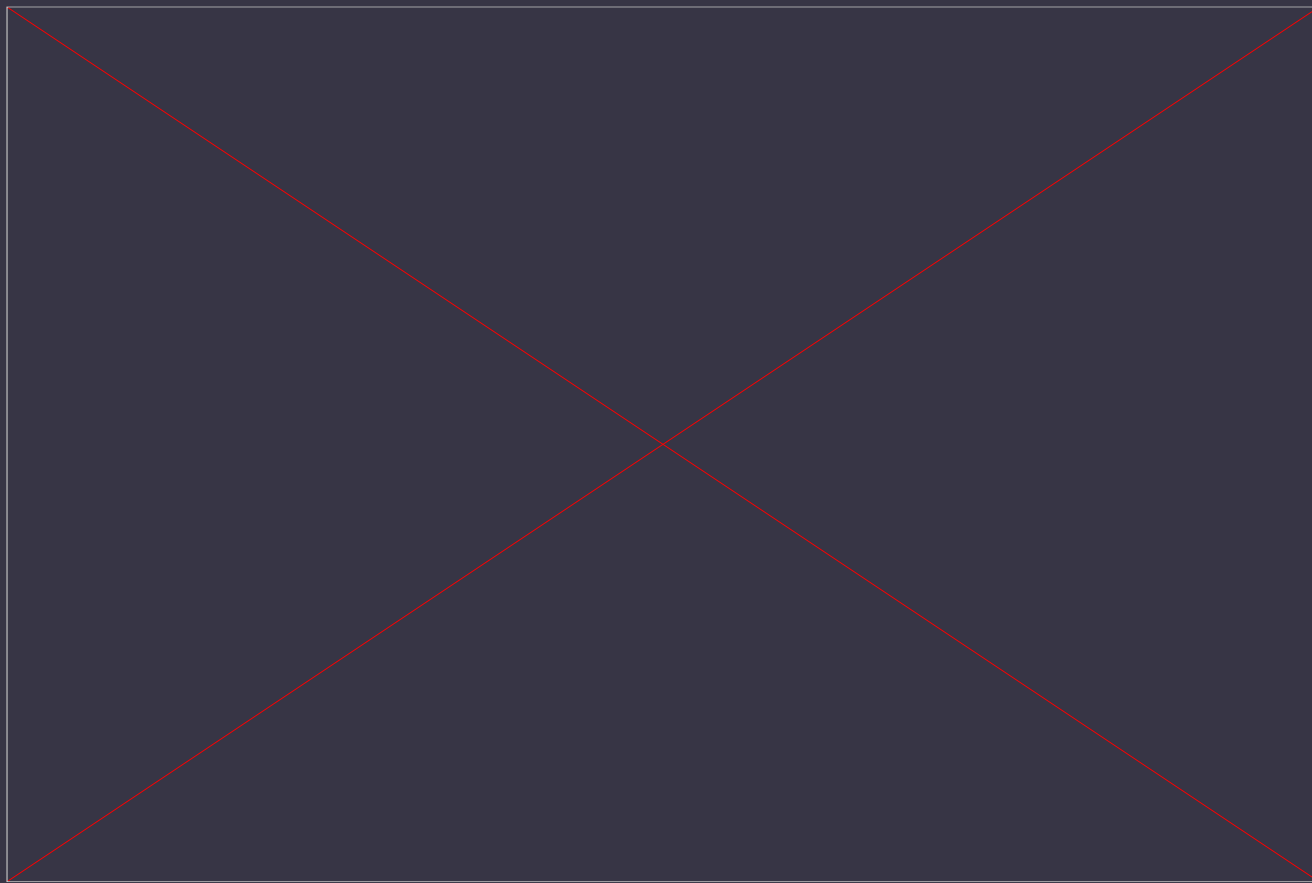
Псевдополипы при НЯКе



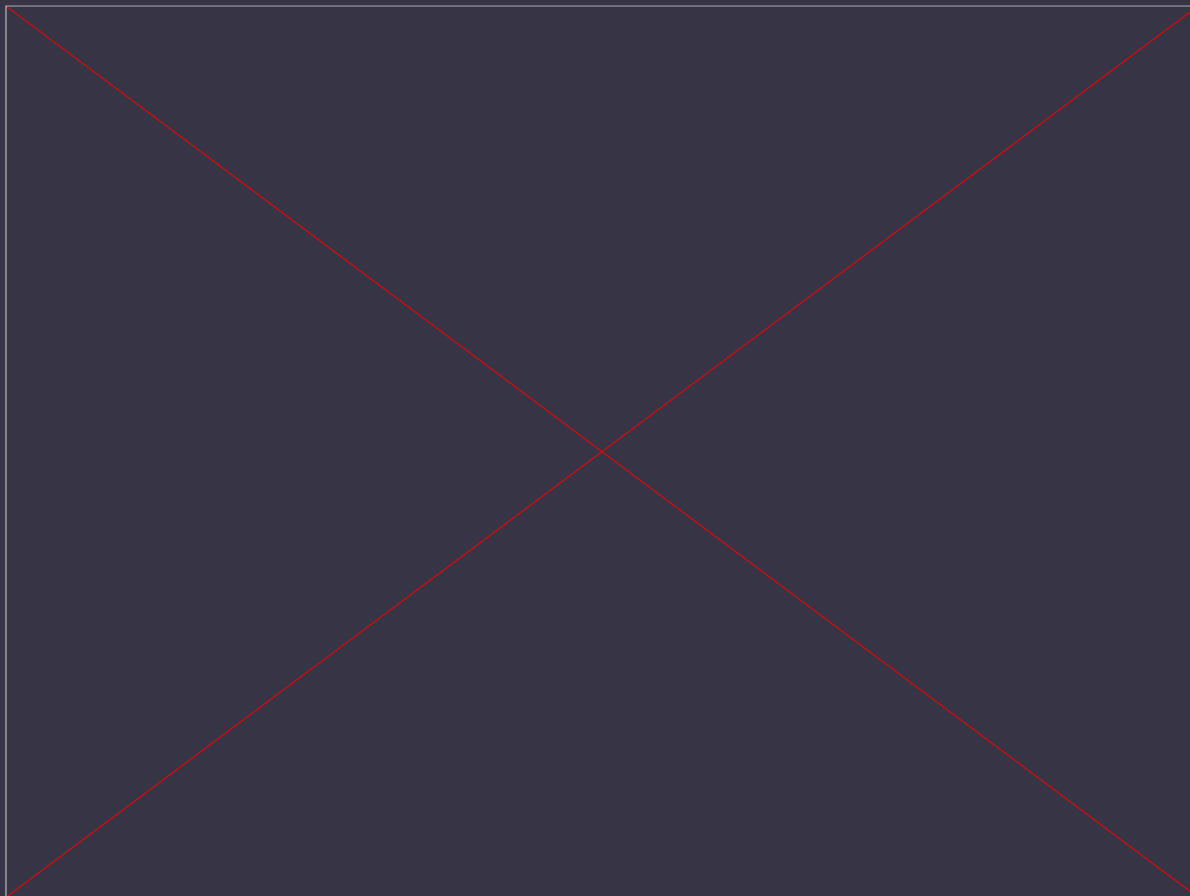
Фаза затухающего обострения при НЯКе



Водопроводная труба



Токсический мегаколон



Осложнения НЯКа

- Дилатация толстой кишки:
 - 1 степень до 10 см
 - 2 степень 10-14 см
 - 3 степень более 14 см
- Перфорация (редко, только при острой форме, напряжение мышц брюшной полости, интоксикация, тахикардия)
- Кровотечение
- Рак толстой кишки (высокая степень злокачественности, множественная локализация)
- Стриктуры (клиника кишечной непроходимости)

СРК

Синдром раздраженного кишечника – это функциональное желудочно-кишечное нарушение, которое сопровождается болевым синдромом в животе и/или нарушением дефекации.

В основе:

- Нервно-психический фактор
- Нарушение двигательной функции кишечника
- Характер пищевого рациона
- «постинфекционные» СРК

«Красные флаги» дифференциальной диагностики СРК от органической патологии

- Первые симптомы СРК в пожилом возрасте
- Отягощенный анамнез по онкологии или ВЗК
- Лихорадка
- Примесь свежей крови в кале
- Возникновение кишечных расстройств в ночное время
- Потеря массы тела
- Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- Стеаторея, полифекалия

Дифференциальная диагностика ЯК и БК



Лечение дистальной формы НЯК – колита и проктита

- Пероральные препараты: сульфасалазин 4-6 г/день (4 приема), месалазин (2-4.8 г в 3 приема)
- Свечи: месалазин 500 мг 2 раза в день или 1000 мг, гидрокортизон 100 мг
- Клизмы: месалазин 4 г., гидрокортизон 100 мг, также в пене, будесонид 2 мг в клизме. Наиболее эффективен месалазин. 5-АСК лучше назначать местно и внутрь.
- Резистентность к терапии – преднизолон внутрь 40-60 мг или ремикейд 5 мг/кг по схеме.

Поддержание ремиссии при дистальной форме НЯК

- Свечи с месалазином, клизмы (можно даже 1 раз в 3 дня на ночь).
- Комбинация с приемом внутрь – 1.6 г
- Сульфасалазин – 2 г
- При неэффективности – азатиоприн, инфликсимаб.

Лечение легкой и средне-тяжелой формы

- Сульфасалазин 4-6 г., месалазин 4.8 г. в сутки (низкие дозы мало эффективны).
- При рефрактерности, тяжелых симптомах – комбинируем с ГКС с топической терапией. ГКС – преднизолон 40-60 мг в день до достижения эффекта, снижаем по 5-10 мг в неделю до 20 мг, далее 2.5 мг в неделю. Можно заменить на будесонид 6- 9 (18) мг в сутки.

Лечение тяжелого НЯК

- Рефрактерность к максимальной дозе ГКС, аминосалицилатов, топического лечения – ремикейд 5 мг/кг
- В/в стероиды на 3-5 дней (300 мг гидрокортизона, 60 мг метилпреднизолона), при неэффективности – колэктомия или в/в циклоспорин А, также можно ремикейд (эффективность последнего не изучена).
- Ремиссия значительно дольше при добавлении азатиоприна.



Изменения в клинических рекомендациях по диагностике и лечению больных ВЗК.

Спецвыпуск No 4/2017 «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Item	Material	Quantity	Unit	Description	Remarks
1	Concrete	100	m ³	For foundation	
2	Reinforcement	100	kg	For foundation	
3	Brick	100	nos	For wall	
4	Plaster	100	m ²	For wall	
5	Paint	100	kg	For wall	
6	Labour	100	man-days	For foundation	
7	Labour	100	man-days	For wall	
8	Labour	100	man-days	For plaster	
9	Labour	100	man-days	For paint	
10	Labour	100	man-days	For foundation	
11	Labour	100	man-days	For wall	
12	Labour	100	man-days	For plaster	
13	Labour	100	man-days	For paint	
14	Labour	100	man-days	For foundation	
15	Labour	100	man-days	For wall	
16	Labour	100	man-days	For plaster	
17	Labour	100	man-days	For paint	
18	Labour	100	man-days	For foundation	
19	Labour	100	man-days	For wall	
20	Labour	100	man-days	For plaster	
21	Labour	100	man-days	For paint	
22	Labour	100	man-days	For foundation	
23	Labour	100	man-days	For wall	
24	Labour	100	man-days	For plaster	
25	Labour	100	man-days	For paint	
26	Labour	100	man-days	For foundation	
27	Labour	100	man-days	For wall	
28	Labour	100	man-days	For plaster	
29	Labour	100	man-days	For paint	
30	Labour	100	man-days	For foundation	
31	Labour	100	man-days	For wall	
32	Labour	100	man-days	For plaster	
33	Labour	100	man-days	For paint	
34	Labour	100	man-days	For foundation	
35	Labour	100	man-days	For wall	
36	Labour	100	man-days	For plaster	
37	Labour	100	man-days	For paint	
38	Labour	100	man-days	For foundation	
39	Labour	100	man-days	For wall	
40	Labour	100	man-days	For plaster	
41	Labour	100	man-days	For paint	
42	Labour	100	man-days	For foundation	
43	Labour	100	man-days	For wall	
44	Labour	100	man-days	For plaster	
45	Labour	100	man-days	For paint	
46	Labour	100	man-days	For foundation	
47	Labour	100	man-days	For wall	
48	Labour	100	man-days	For plaster	
49	Labour	100	man-days	For paint	
50	Labour	100	man-days	For foundation	

Показания к хирургическому лечению НЯКа

- Выраженная кровопотеря
- Перфорация
- Документированная карцинома/подозрение на нее
- Тяжелый колит с или без дилатации без эффекта от максимально возможной медикаментозной терапии

Спасибо за внимание!

