

# Воспалительные заболевания кишечника

**Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова**

**г. Москва**

**к.м.н. доцент Л.А.Конькова**

# Колиты

## Воспалительные заболевания кишечника

- Язвенный колит
- Болезнь Крона
- Недифференцируемый неспецифический колит

## Хронический колит (с известной этиологией)

- Ишемический
- Инфекционный (Shigella, Salmonella, Yersinia и др.)
- Паразитарный (амебиаз и др.)
- Медикаментозно индуцированный колит

(слабительные, НПВП)

- Антибиотик-ассоциированный колит
- Лучевой, химический и др.

## Микроскопические колиты

- Коллагеновый колит
- Лимфоцитарный колит

# **Воспалительные заболевания кишечника:**

◆ **Язвенный колит**

◆ **Болезнь Крона**

# Воспалительные заболевания кишечника

- Группа хронических болезней, характеризующихся деструктивным неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки.
- Этиология неизвестна.
- Патология индустриально развитых стран и городского населения: соотношение «город:село» 5:1

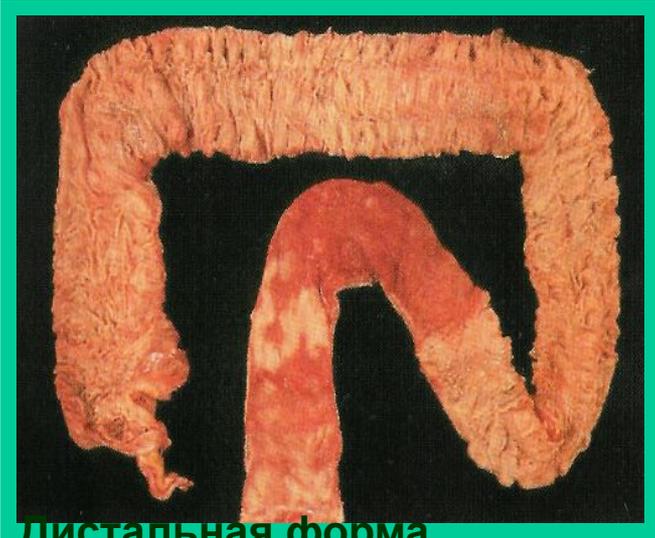
# История

- Гиппократ, 4-3 век до н.э. – «незаразная диарея»
- **S.Wilks** и **W.Moxon**, **1875** г. – первое описание язвенного колита
- **B.Crohn** и соавт., **1932** г. – описали несколько случаев воспалительного заболевания терминального отдела подвздошной кишки.

ЯК и БК являются аутоиммунными заболеваниями. При наличии генетической предрасположенности организма и воздействии одного или нескольких триггерных факторов запускается каскад механизмов, направленный против собственных антигенов.

Общие патофизиологические механизмы развития воспаления формируют **сходную клиническую и эндоскопическую картину** при ЯК и БК. В то же время имеется и ряд принципиальных различий.

# Эпидемиология ВЗК



Дистальная форма  
язвенного  
колита

**Частота возникновения ЯК** (первичная заболеваемость) в среднем 8 -10 случаев в год на 100 000 населения.

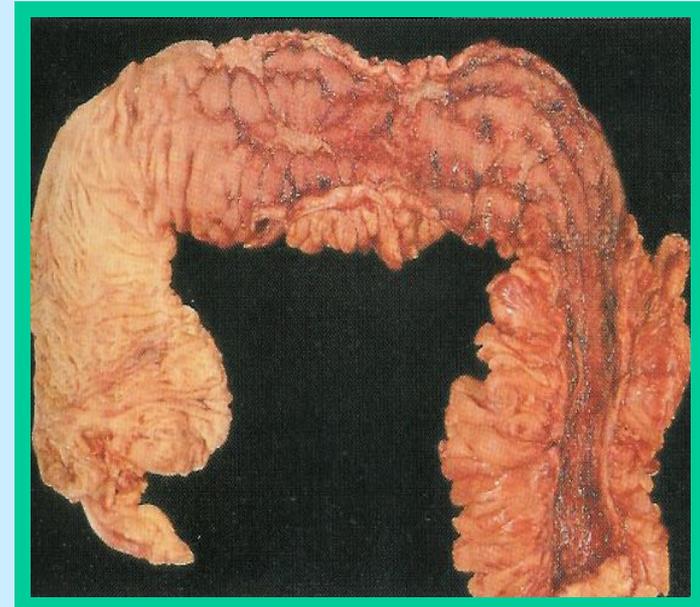
**Распространенность ЯК** (численность больных) – 40 - 117 больных на 100 000 жителей.

Начало в возрасте 20-40 лет

**Частота возникновения БК** 2-4 случая в год на 100 000 населения.

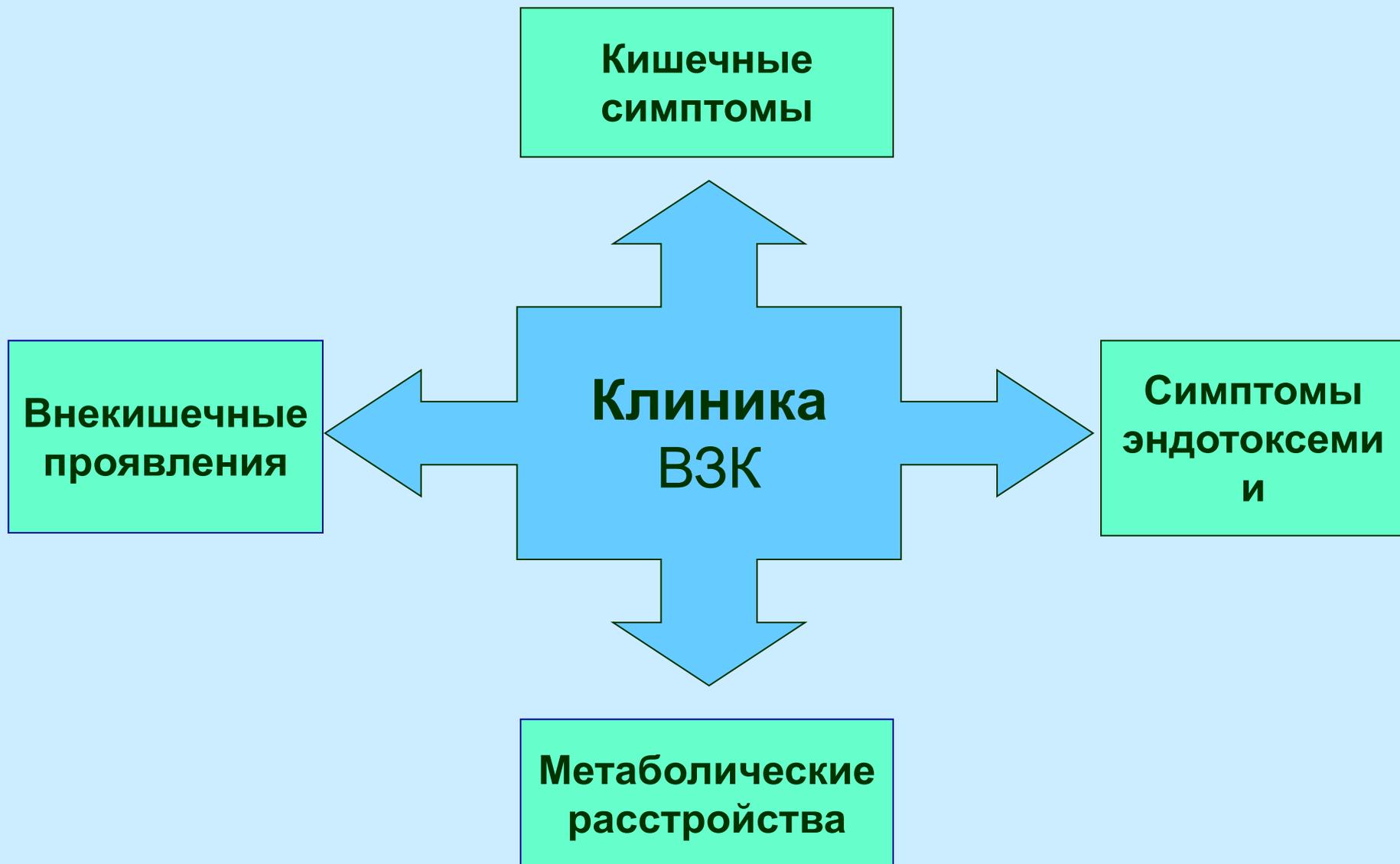
**Распространенность БК**- 30-50 больных на 100 000 жителей.

У большинства - начало между 15-35 годами жизни, второй пик повышенной заболеваемости – после 60 лет



Б. Крона с поражением толстой  
кишки (левосторонний колит)

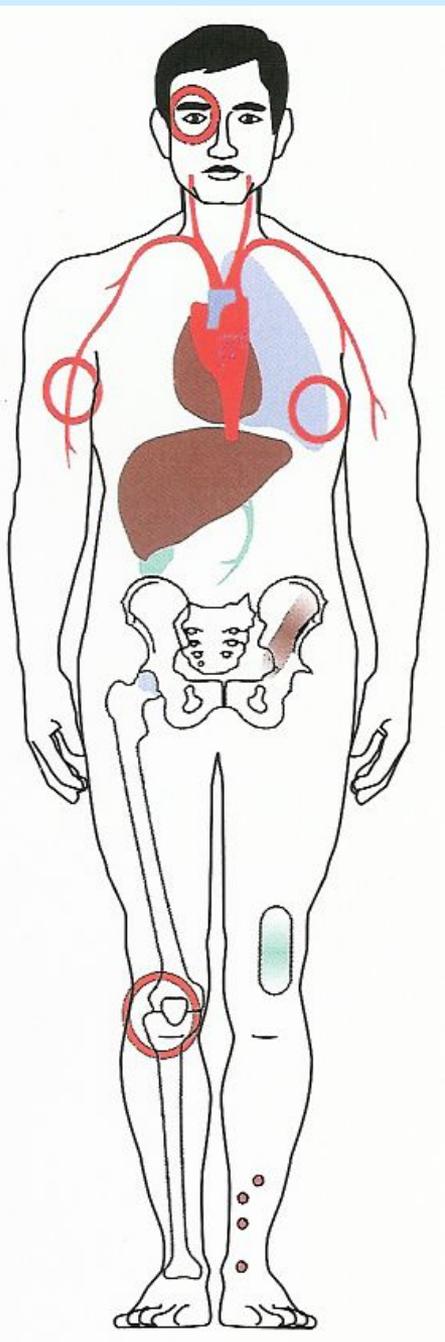
# Клинические симптомы ВЗК



# Кишечные симптомы ВЗК

- Примесь крови в стуле – у 95% больных ЯК – от прожилок до профузных кровотечений
- Диарея – у 65% ВЗК – от 2 до 8 и более раз/сут, объем стула до 800 мл/сут
- Тенезмы
- Боль в животе

# Внекишечные проявления ВЗК



1. Суставы: артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит
2. Кожа: узловатая эритема, пиодермия, трофические язвы
3. Глаза: эписклерит, ирит, увеит, язва роговицы
4. Печень: жировой гепатоз, ЖКБ, первичный склерозирующий холангит, аутоиммунный гепатит
5. Другие: анемия, язвы желудка, панкреатит, стоматит, тромбозы, тромбоэмболии (состояние гиперкоагуляции), остеопороз и др.

# Узловатая эритема



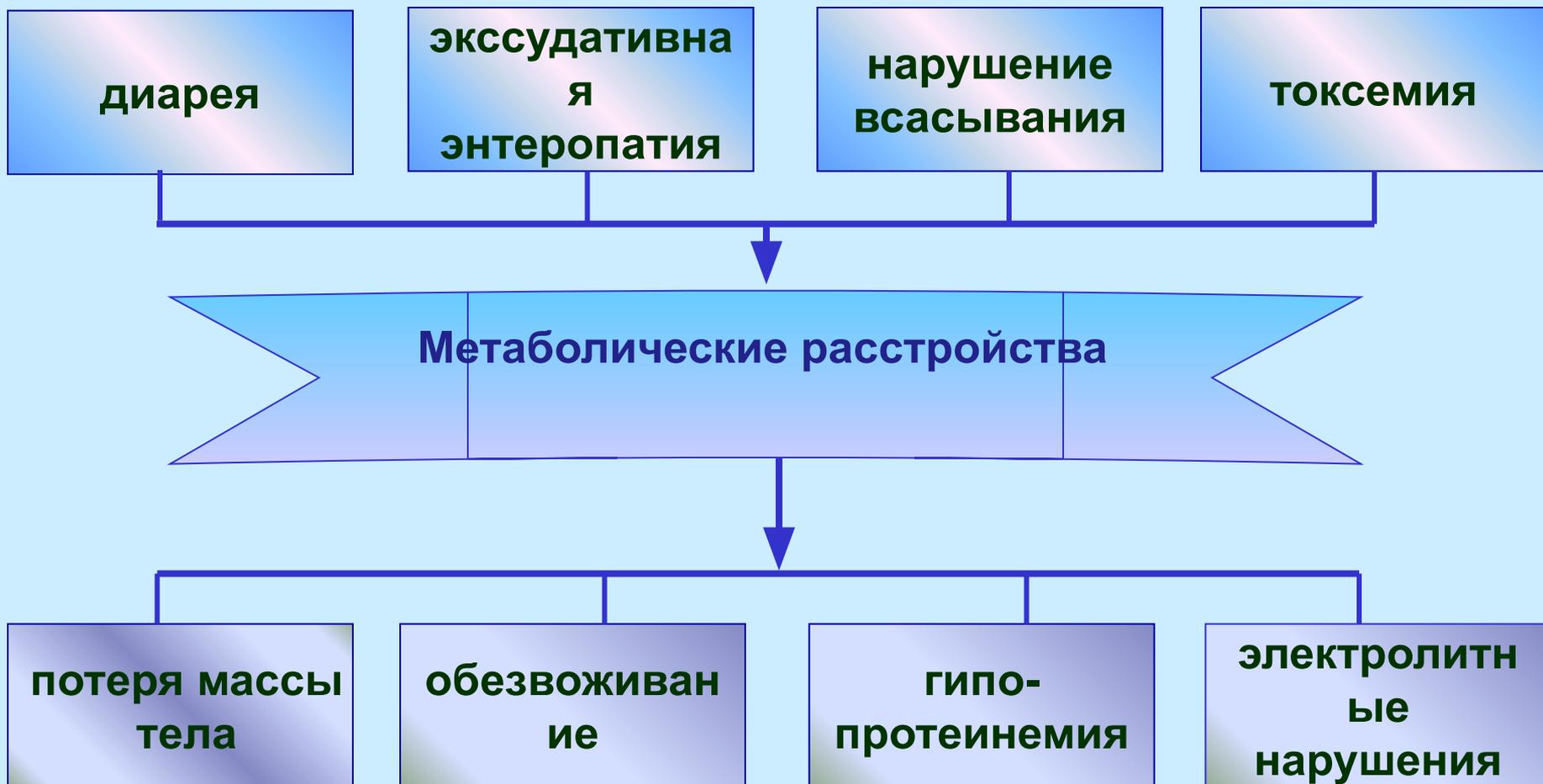
Рисунок 1. Узловатая эритема

# Клинические проявления эндотоксемии



Тяжесть эндотоксемии зависит от степени микробных нарушений в кишечнике

# Метаболические расстройства



# Язвенный колит

- неспецифическое диффузное воспалительно-язвенное поражение слизистой оболочки толстой кишки.
- Изменения первоначально возникают в прямой кишке, в дальнейшем распространяются последовательно в проксимальном направлении и примерно в 10% случаев захватывают всю толстую кишку.
- Прекращения рецидивов удается достичь после тотальной колэктомии.



# Классификация язвенного колита

## ***По распространенности патологического процесса:***

- дистальный (проктит и проктосигмоидит) 30-50%
- левосторонний 30-50%
- субтотальный колит
- тотальный (панколит) 15-20%

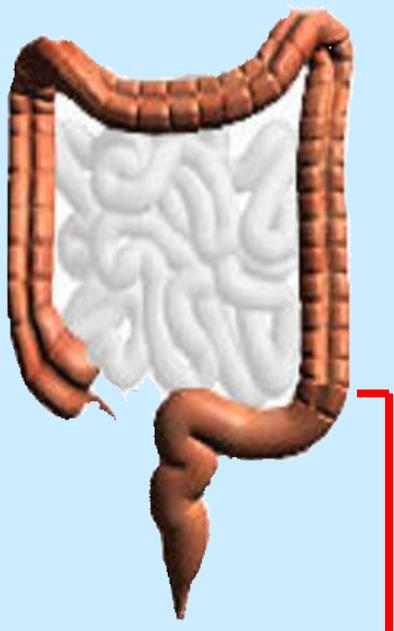
## ***По тяжести клинических проявлений:***

- легкая форма
- среднетяжелая форма
- тяжелая форма

## ***По характеру течения:***

- острое (типичное и фульминантное)
- хроническое: рецидивирующее или непрерывное

# Распространенность поражения при язвенном колите



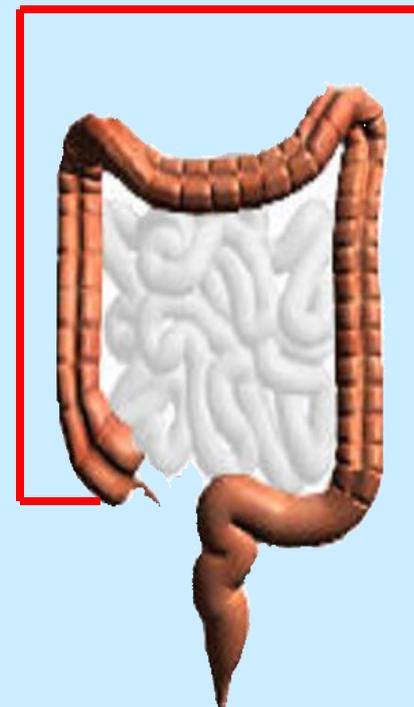
Дистальный



Левосторонний



Субтотальный



Тотальный

## Характер течения (форма) ЯК

- Острая форма - первая атака болезни длительностью до 6 месяцев (фульминантная (5%) и с постепенным началом)
- Хроническое рецидивирующее течение (85%)
- Хроническое непрерывное течение - с отсутствием ремиссии на фоне адекватного лечения (10%)

# Классификация ЯК по степени тяжести (Truelove, Witts 1955)

Симптомы	Легкая ст	Тяжелая ст.
Диарея	< 4 раз/сут с незначительной примесью крови	> 6 раз/сут с примесью крови
Лихорадка	отсутствует	Средняя вечерняя температура > 38 °
Анемия СОЭ	Умеренная < 30 мм/час	Hb < 100 г/л > 50 мм/час
Тахикардия	отсутствует	> 90 в мин

Легкое течение: умеренно выраженные кишечные симптомы, объем стула не превышает 300 мл. Отсутствуют признаки токсемии, метаболические расстройства.

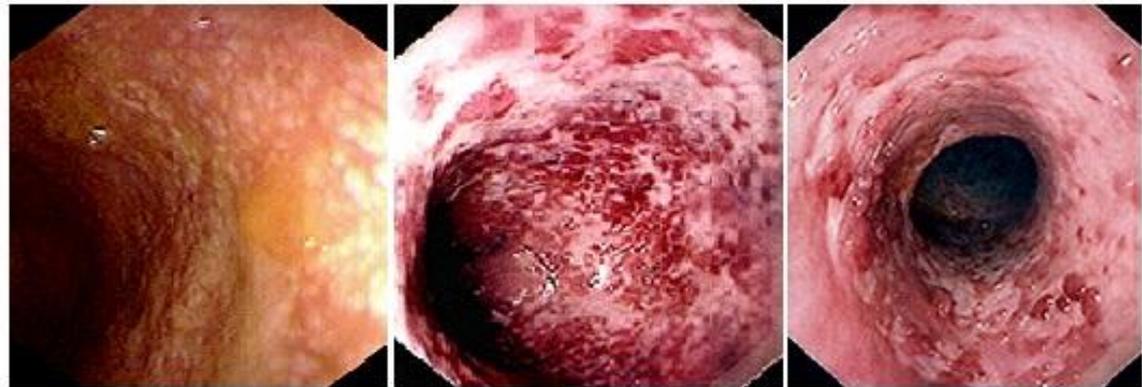
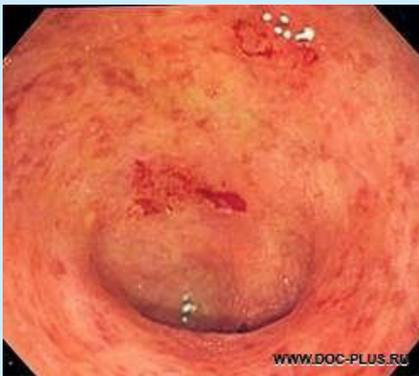
Тяжелое течение: профузная кровавая диарея, суточный объем стула 700-1000 мл, анемия, симптомы воспалительной интоксикации, прогрессирующий синдром мальабсорбции.

# Диагностика ЯК

- Признаки воспаления при эндоскопическом, рентгенологическом и морфологическом исследованиях
- Лабораторная диагностика (лейкоцитоз, СОЭ, IgG, СРБ, анемия и др.)
- Исключение инфекционной этиологии (выявление возбудителя при биопсии или мазке слизистой)

# Эндоскопические признаки ЯК

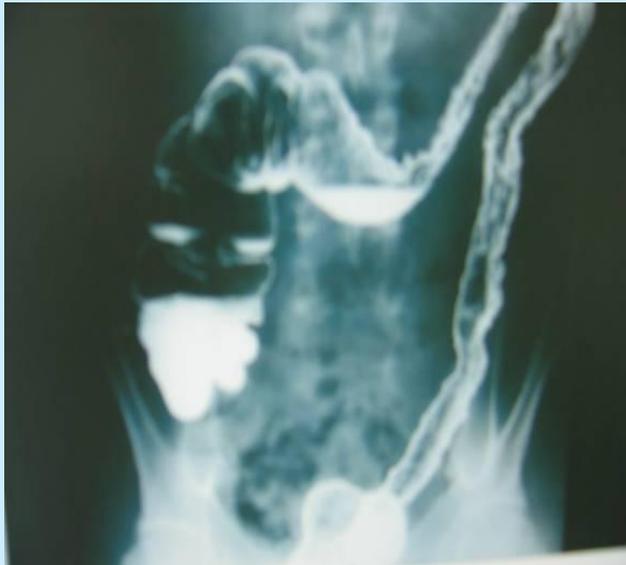
- Активная стадия: гиперемия слизистой и утрата сосудистого рисунка, ранимость, кровоточивость, зернистость\* слизистой, эрозии и язвы, псевдополипы.
- Неактивная стадия: бледная атрофичная слизистая с единичными псевдополипами



эндоскопическая картина при язвенном колите

\* *Рассеивающие свет грануляции на поверхности слизистой*

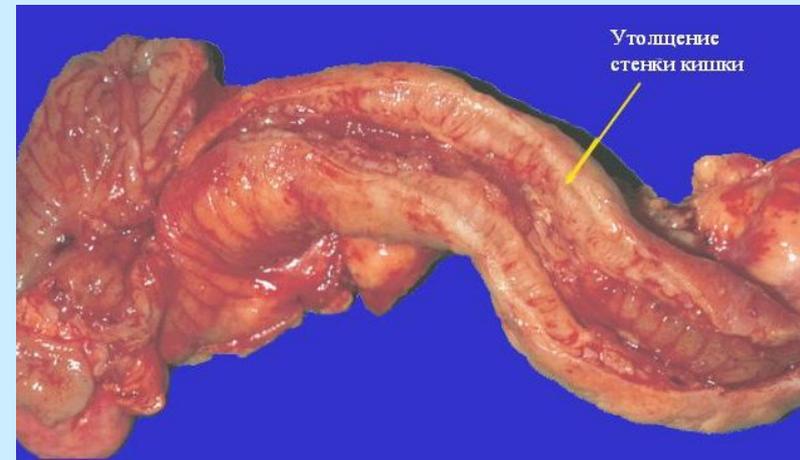
# Рентгенологические изменения при ЯК



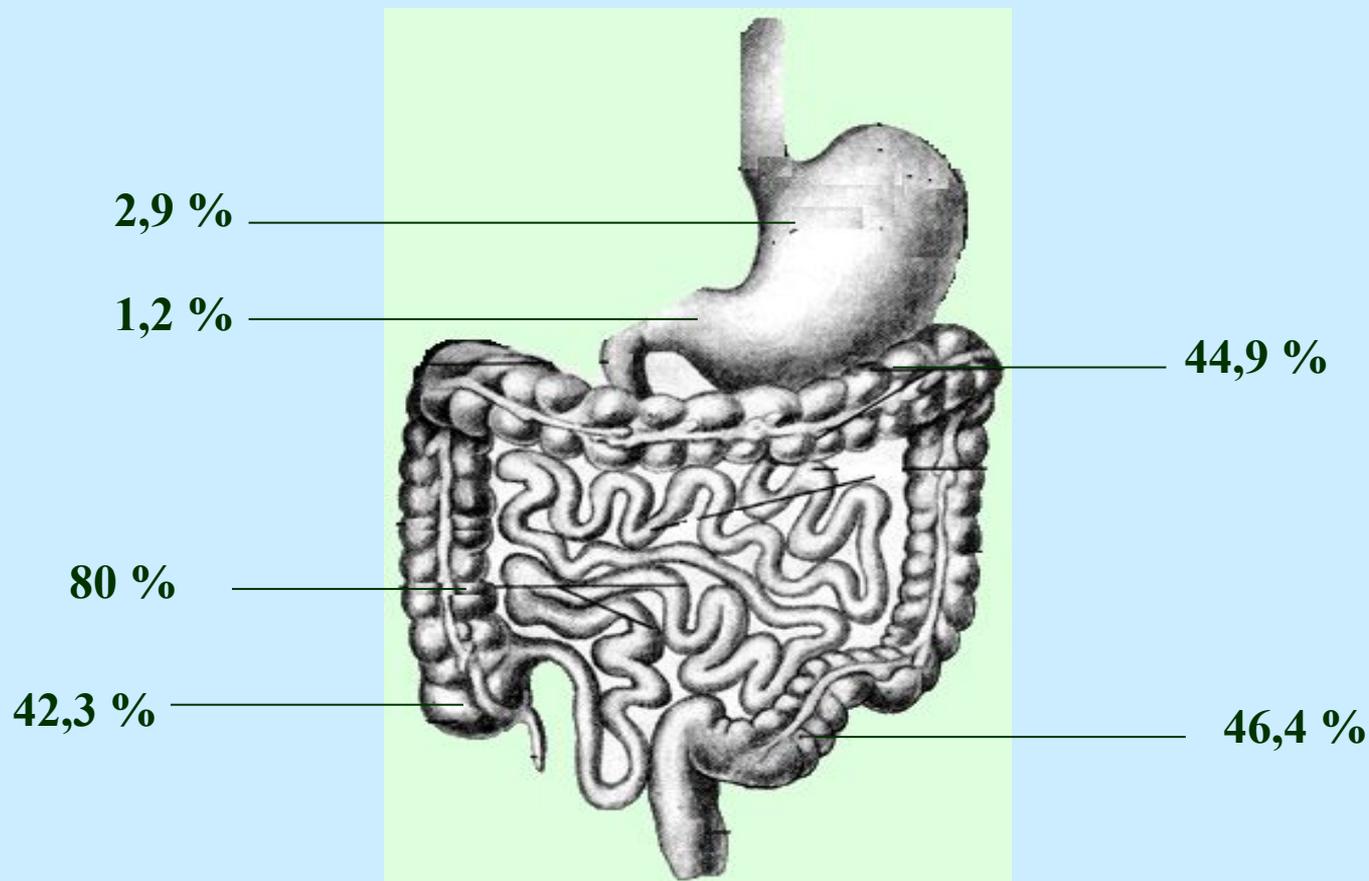
- Признаки изъязвлений и «пуговчатых» язв
- Псевдополипы
- Потеря гаустрации – феномен «садового шланга»

# Болезнь Крона

- неспецифическое, сегментарное, трансмуральное воспаление, возникающее в любом отделе ЖКТ
- Поражение чаще в дистальном отделе подвздошной кишки
- Следствием трансмурального характера воспаления является образование свищей и абсцессов
- Полное излечение при применении лекарственной терапии или хирургических методов в настоящее время невозможно



# Локализация при болезни Крона



## Кишечная симптоматика

- Боли в животе, особенно после еды (болезненность и резистентность при пальпации)
- Диарея
- Лихорадка
- Пальпируемое уплотнение кишки
- Анальные трещины, парапроктит

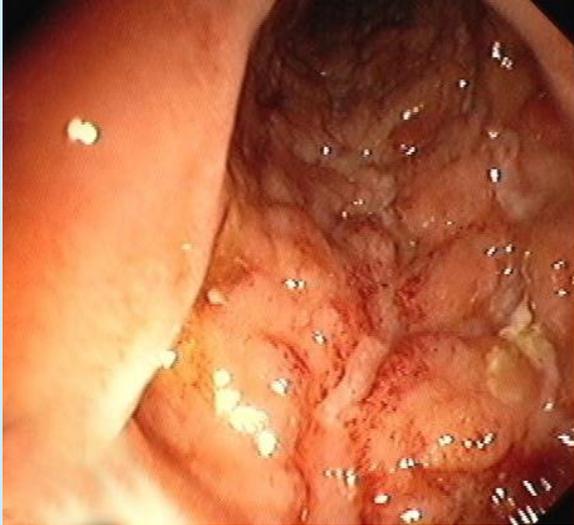
## Внекишечная симптоматика

- Анемия, лихорадка
- Астения, слабость
- Потеря массы тела
- Поражение кожи, суставов, глаз и др.
- Вторичная аменорея
- У детей – задержка роста

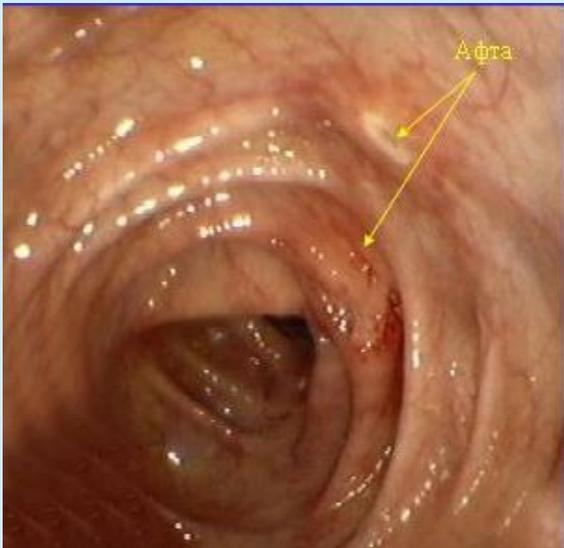
# Диагностика БК

- Признаки асимметричного, очагового, трансмурального и гранулематозного воспаления при эндоскопическом, рентгенологическом и морфологическом исследованиях.
- Лабораторная диагностика (лейкоцитоз, СОЭ, СРБ, титр антител, признаки анемии).
- Бактериологические и серологические исследования необходимы для исключения острых кишечных инфекций.

# Эндоскопические признаки болезни Крона



- Преимущественно поражение подвздошной кишки
- Дискретность (сегментарность поражения)
- «Булыжная мостовая»

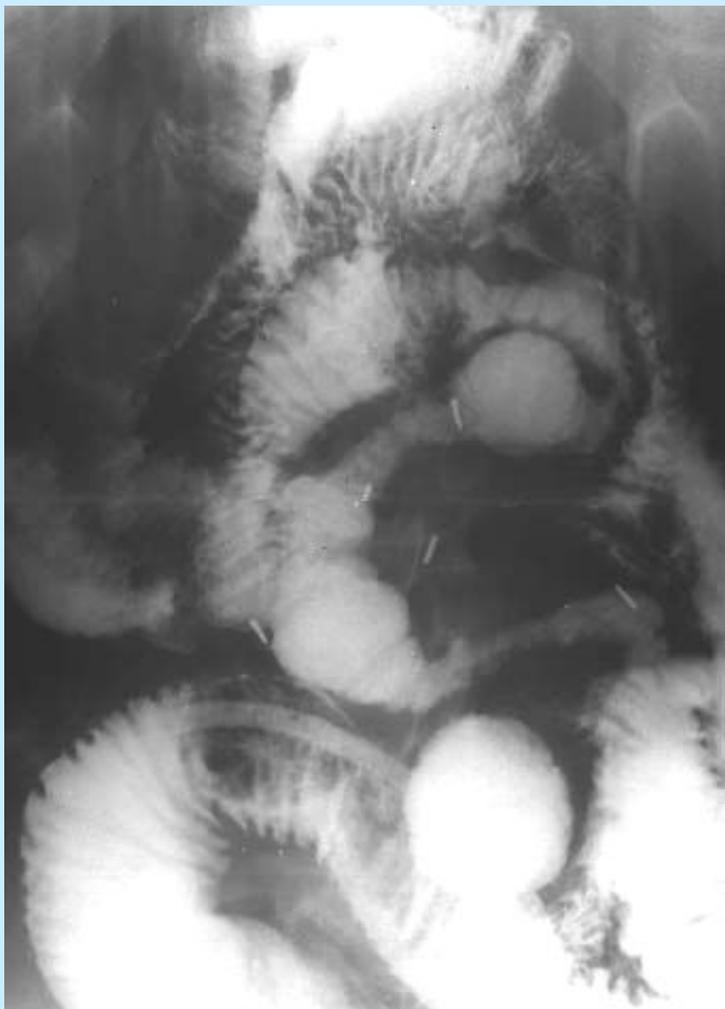


- Продольные язвы, глубокие трещины, афты

# Дифференциальный диагноз БК

- Язвенный колит
- Туберкулез кишечника
- Опухоли тонкой и толстой кишки
- Ишемический, лучевой колит
- Дивертикулез кишечника
- Бактериальные (иерсиниоз) и паразитарные инфекции (амебиаз)
- Синдром мальабсорбции (хронический панкреатит, целиакия, лактазная недостаточность)
- Поражения, обусловленные приемом медикаментов (слабительные, НПВП)
- СРК

## Рентгенологические признаки болезни Крона



Болезнь Крона тонкой кишки:  
чередование неизменного  
рельефа с участками сужения и  
отсутствия характерного рельефа  
СО тонкой кишки



Ирригоскопия у пациента с длительным  
анамнезом болезни Крона: диффузное  
сужение левой половины ободочной кишки



# Кишечные осложнения ВЗК

1. Кишечное кровотечение.
2. Перфорация в свободную брюшную полость.
3. Инфильтраты и абсцессы в брюшной полости.
4. Кишечная непроходимость (стриктуры и обструкции).
5. Фистулы (неестественные отверстия) и заболевания перианальной области.
6. Токсический мегаколон.
7. Малигнизация.



# Перфорация

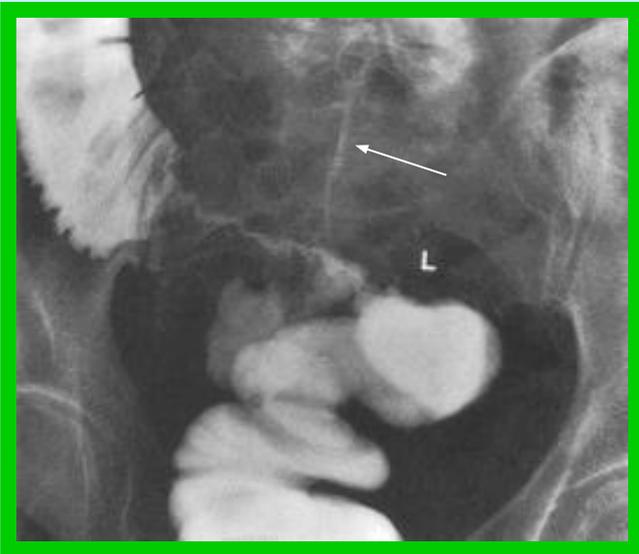
Диагностические признаки свободной перфорации в брюшную полость:

- 1) внезапное ухудшение состояния
- 2) наличие свободного воздуха в брюшной полости при рентгенологическом исслед.

Операционный материал:  
рядом расположенные  
перфоративные отверстия

Причины:

- 1) тяжелое течение ЯК (токсический мегаколон, высокие дозы стероидных гормонов)
- 2) могут быть первым проявлением болезни Крона



Свищ между тонкой кишкой и сигмовидной кишкой



Коловагинальный свищ

## Свищи

Свищи образуются в результате распространения трансмурального воспаления или язвы на прилегающие ткани.

При болезни Крона частота свищей – 40%, при тяжелом течении, стенозах, после операции

При язвенном колите у 3-4% больных развиваются прямокишечно-влагалищные свищи

### Классификация свищей

- 1. Внутренние свищи**  
кишечно-кишечные  
кишечно-пузырные
- 2. Наружные свищи**  
кишечно-кожные (самопроизвольные, послеоперационные)
- 3. Периаанальные свищи**  
прямокишечно-влагалищные  
свищи заднего прохода

# Абсцессы

**Абсцессы** (внутрибрюшинные, ретроперитонеальные, органные) связаны со свищами, предшествующей перфорацией, несостоятельностью анастомозов.

Клинические проявления внутренних абсцессов часто стерты.

Для диагностики используют УЗИ, КТ, эндосонографию, сцинтиграфию с мечеными лейкоцитами.

Абсцесс и фистула



# Токсический мегаколон

**острая дилатация толстой кишки** (d 5 - 16 см, в среднем 9 см) – следствие тяжелого трансмурального воспаления с образованием глубоких язв, приводящих к параличу гладкомышечных клеток

## Клинические признаки тяжелой интоксикации

### **Основные:**

- лихорадка  $> 38,6^{\circ}$
- тахикардия  $> 120$  в мин
- лейкоцитоз  $> 10 \times 10^9/\text{л}$

### **Дополнительные**

- дефицит жидкости
- электролитные нарушения
- гипоальбуминемия
- спутанность сознания
- снижение АД



## Факторы риска возникновения токсического мегаколон:

- ✓ диагностические манипуляции (бариевая клизма при рентгенологическом исследовании, инсуффляция воздуха при колоноскопии)
- ✓ прием препаратов, замедляющих перистальтику (лоперамид, кодеин)
- ✓ суперинфекции (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии, амебы)
- ✓ псевдомембранозный колит



# Карциномы

## Факторы риска

Ректальная карцинома



**при ЯК:**

1. Длительность заболевания > 8-10 лет;
2. Распространенная форма заболевания
3. Молодой возраст начала заболевания
4. Ассоциация ЯК с первичным склерозирующим холангитом

**при болезни Крона:**

1. Поражение всего толстого кишечника.
2. Поражение тонкого кишечника.

**Риск развития рака толстой кишки от начала заболевания:  
через 8-10 лет - 10-16%,  
через 20 лет - 25%**

# Трудности дифференциальной диагностики при ВЗК

- ❑ Однотипный характер кишечных и внекишечных осложнений при ЯК и БК
- ❑ Недостаточная информативность гистологического исследования биоптата

## Цели лечения при ВЗК

- Индукция ремиссии
- Поддержание ремиссии
- Предотвращение осложнений
- Выбор оптимального времени операции

# Медикаментозная ТЕРАПИЯ ЯК и БК



## Болезнь Крона

## ЯК

**Аминосалицилаты**

**+**

**+**

**Кортикостероиды**

**+**

**+**

**Цитостатики**

**+**

**+**

**Антибиотики**

**+**

**при осложнениях**

**Инфликсимаб**

**+**

**-**

## Базисные лекарственные препараты

- Препараты **5-аминосалициловой кислоты** – используются в лечении легких и среднетяжелых форм заболевания для достижения ремиссии и как поддерживающая противорецидивная терапия в стадии ремиссии:
- Сульфасалазин - 4-6 г/сут 4-8 недель, затем 2 г/сут в течение 1 года после острой атаки ЯК.
- Месалазин - 3-4 г/сут, поддерживающая доза – 1,0-1,5 г/сут (ректально в клизмах или свечах по 500 мг 2-4 р/сут)

# Показания к применению глюкокортикоидов

1. Острые тяжелые и среднетяжелые формы ЯК при наличии внекишечных осложнений
2. Тотальные или левосторонние формы ЯК 3-4 степени активности
3. Отсутствие эффекта от препаратов 5-АСК при хронических формах ЯК
4. Обострения БК, за исключением легких случаев, поддающихся лечению препаратами 5-АСК

# Показания к применению иммунодепрессантов: гормональная зависимость и резистентность

## 1. Особенности лечения азатиоприном

- Суточная доза 2-3 мг/кг (не более 150 мг)
- Начало терапевтического эффекта через 12 недель
- Длительность лечения не менее 12 месяцев

## 2. Особенности лечения метотрексатом

- Доза 25-30 мг 1 раз в неделю
- Начало терапевтического эффекта через 3-4 недели
- Длительность активной фазы – 12-16 недель
- поддерживающей фазы - 12 - 16 месяцев (доза – 7,5 мг/нед)

*(назначают при отсутствии эффекта от азатиоприна)*

## 3. Циклоспорин А (Сандиммун-Неорал)

- Доза 4 мг/кг/сут. в/в
- В последующем – перорально 1-6 мес.

## **Ремикейд (Инфликсимаб) – моноклональный иммуноглобулин, связывающий фактор некроза опухоли (TNF $\alpha$ ).**

Показан для лечения активной формы тяжелой степени, в случаях неэффективности глюкокортикоидов и иммунодепрессантов.

- Первоначальная доза – 5 мг/кг
- Затем препарат вводят в той же дозе через 2 и 6 нед после 1-го введения
- Далее каждые 8 недель

# Дополнительная и симптоматическая терапия

- Коррекция метаболических нарушений (плазма, альбумин, растворы аминокислот, электролитов, витаминов, препаратов железа, гемотрансфузии)
- Антибактериальная терапия
- Пробиотики, полиферментные препараты
- Антидиарейные препараты – смекта, антациды
- Цитопротекторы – коллоидный висмут (вяжущее, энтеросептическое, антитоксическое)
- Плазмаферез, гемосорбция, УФО аутокрови, ГБО

# Висмута трикалия дицитрат Улькавис®

- ❑ **Обволакивающий эффект:**
  - снижение гипермоторики (антидиарейное действие),
  - уменьшение висцеральной гиперчувствительности.
  
- ❑ **Нормализация микробиоты (уменьшение бродильных процессов):**
  - угнетение патогенной и условно-патогенной микрофлоры: кишечной палочки, сальмонелл, шигелл, кампилобактеров, йерсиний, клостридий, клебсиелл, ротавирусов
  
- ❑ **Противовоспалительное действие**

## Антибиотики

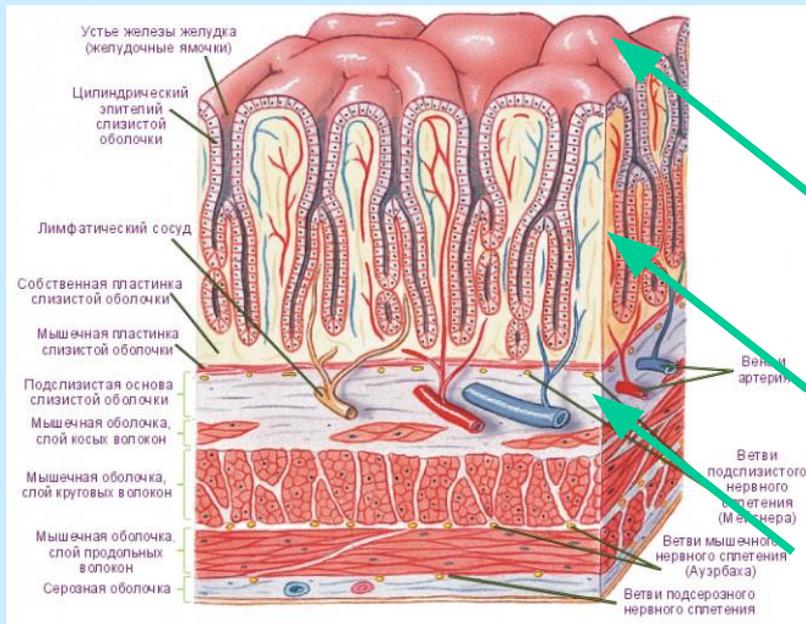
Показания: абсцессы, инфильтраты, парапроктит

При болезни Крона входят в базисную схему лечения

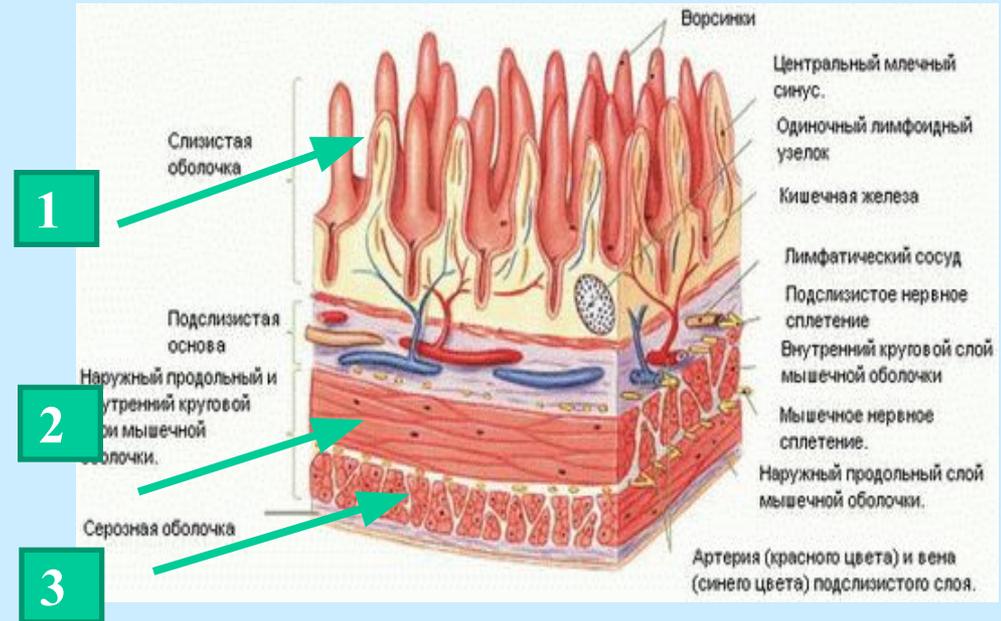
- 1я линия - метронидазол 1,0-1,5 г/сут +  
ципрофлоксацин в/в 500 мг/сут 10-14 дн
- 2я линия - цефалоспорины в/в 7-10 дн

# СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА КАК ЖЕЛУДКА, ТАК И КИШЕЧНИКА, ОБЛАДАЕТ ТРЕМЯ ЕСТЕСТВЕННЫМИ УРОВНЯМИ ЗАЩИТЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ АГРЕССИВНЫХ ФАКТОРОВ

## Структура слизистой оболочки желудка



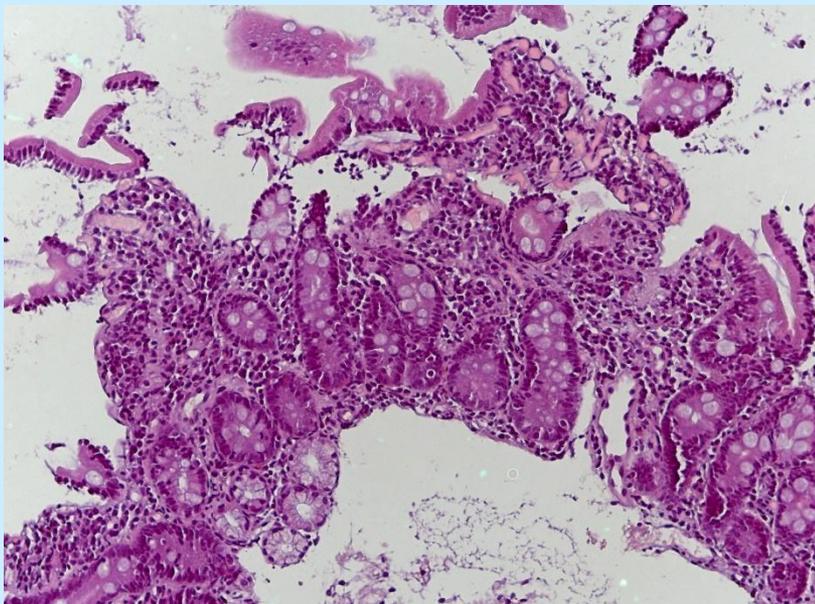
## Структура слизистой оболочки кишечника



1. Презэпителиальная: слой слизи, покрывающей эпителий
2. Эпителиальная:
  - Плотные контакты клеток
  - Высокая скорость регенерации
3. Постэпителиальная:
  - Активное кровоснабжение для быстрой регенерации клеток

# РЕБАГИТ восстанавливает слизистую оболочку кишечника у больных с энтеропатиями

А.И. Парфенов, «Функциональные заболевания кишечника. На пути к нозологическому диагнозу», научная сессия МОСКОВСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА имени А.С.Логина



Микроэрозии у пациента с энтеропатией



Восстановление структуры слизистой оболочки после 3-х месячного курса лечения Ребагитом

# ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ РЕБАГИТА

Показать меню

-  0,54%  
Всего 0,54% побочных эффектов, среди которых нет тяжелых и жизнеугрожающих
-  Даже тройная доза\* является БЕЗОПАСНОЙ
-  ДОКАЗАНА БЕЗОПАСНОСТЬ непрерывного приема в течение года

\*300 мг 3 раза в сутки

# Показания к оперативному лечению при ЯК

## Осложнения язвенного колита

- Кишечное кровотечение
- Токсическая дилатация ободочной кишки
- Перфорация толстой кишки

## Неэффективность консервативной терапии

- Гормональная резистентность
- Гормональная зависимость

## Малигнизация (колоректальный рак) на фоне ЯК

Частота колэктомий при фульминантной форме ЯК - 20-37%

# Показания к оперативному лечению при БК

(тотальная колэктомия, резекция кишки, стриктуропластика, дренирование абсцесса)

- перфорация, абсцесс
- кишечная непроходимость
- тяжелое кровотечение
- токсический мегаколон
- кишечно-пузырные свищи
- фульминантная форма БК, рефрактерная к терапии