

Пропедевтика внутренних болезней



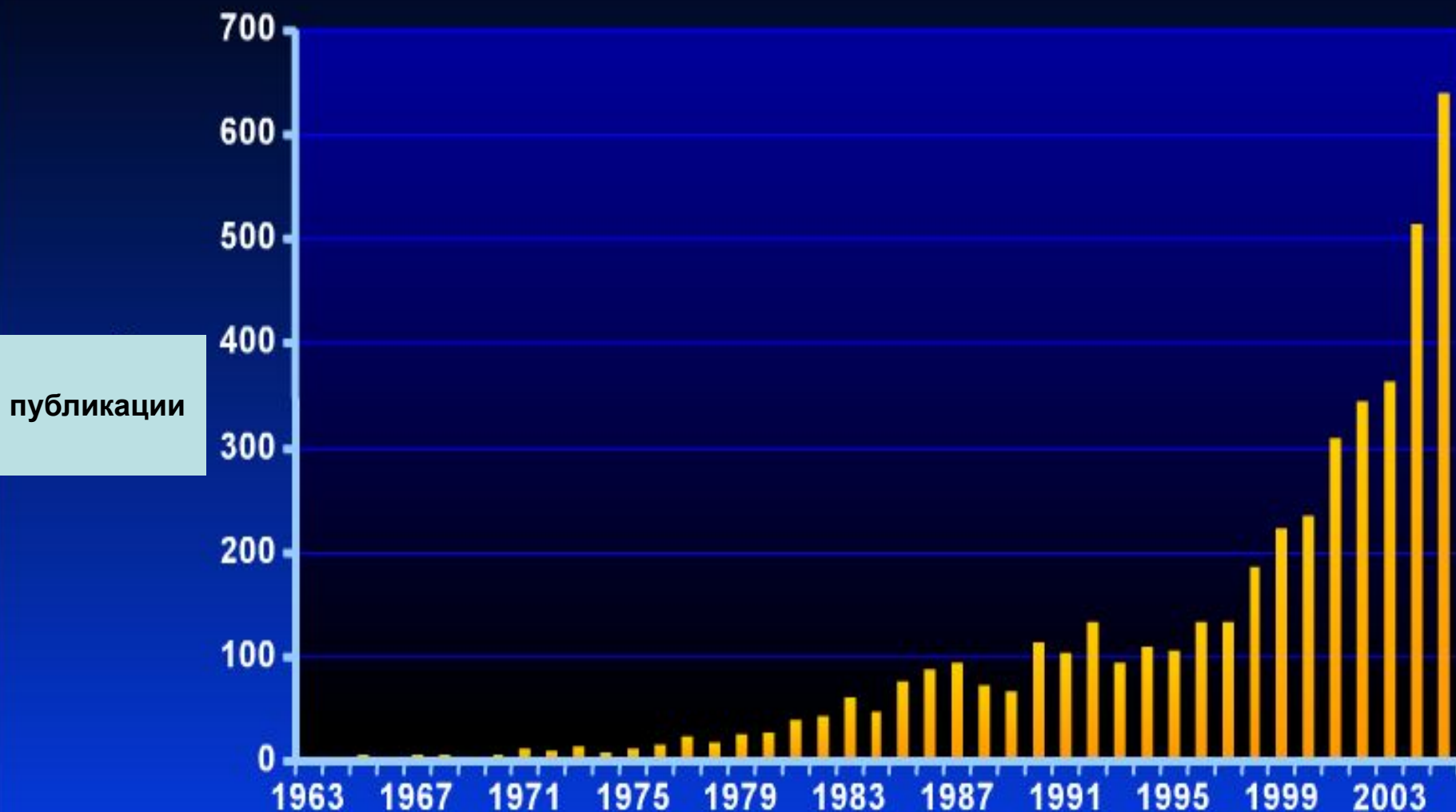
Патология кишечника: избранные вопросы

Синдром раздраженного кишечника

определение

Совокупность функциональных кишечных нарушений продолжительностью не менее 12 недель на протяжении последних 12 месяцев, проявляющаяся болью и/или дискомфортом в животе, которая проходит после дефекации, сопровождается изменениями частоты и консистенции стула и сочетается на протяжении 25% времени заболевания не менее чем с 2 стойкими нарушениями функции кишечника.

Цитирование публикаций по проблеме СРК в системе Medline



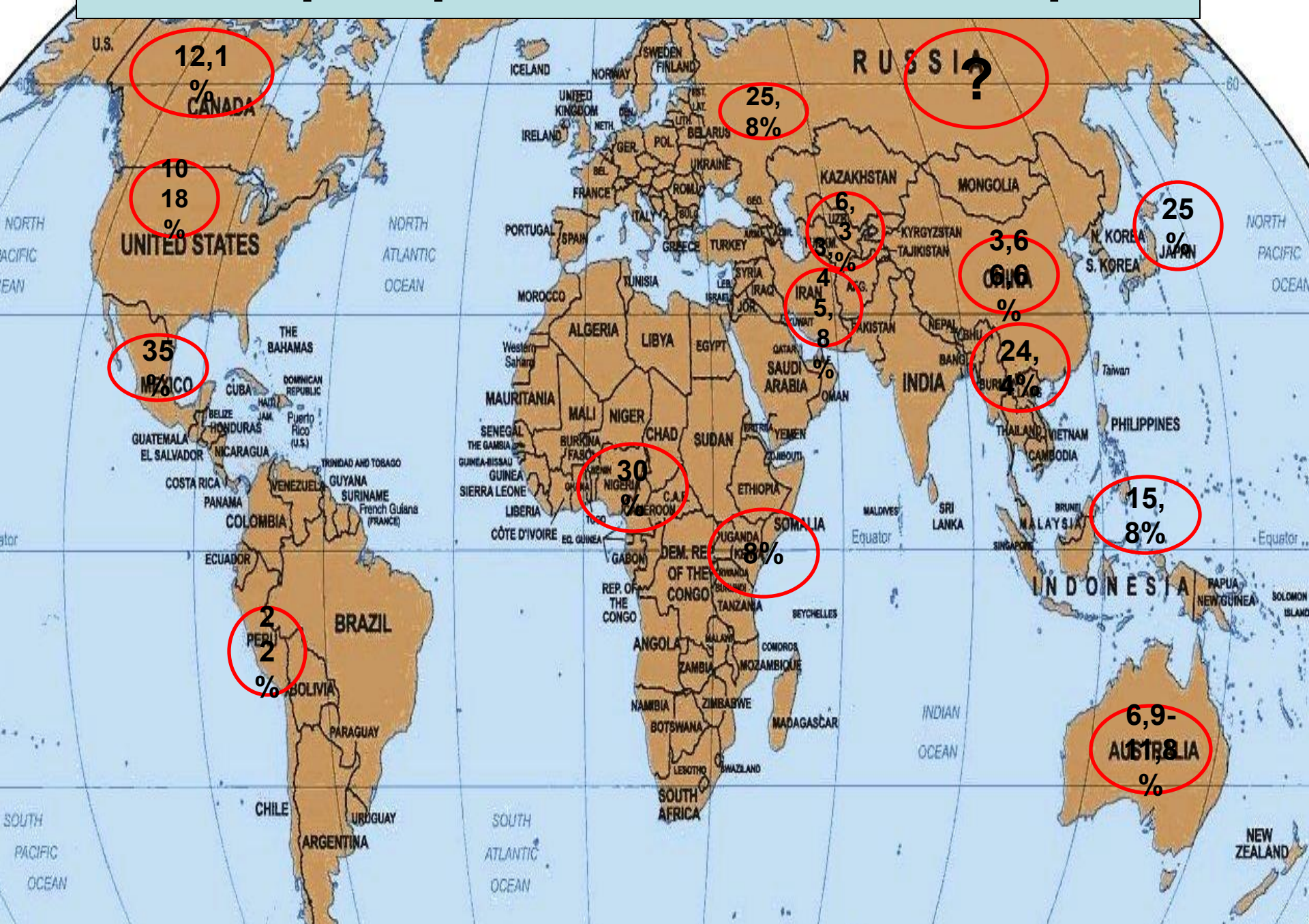
История Римских критериев



Критерии диагностики СРК

Римские критерии II (1999)	Римские критерии III (2006, DDW, Los Angeles, May 20-25) www.romecriteria.org
2. Облегчение при дефекации и / или 3. Начало, связанное с изменением частоты стула и / или 4 Начало, связанное с изменением консистенции кала 5. Исключены Симптомы «тревоги» («красные флаги») 6. Ревизия диагноза по результатам первичного курса лечения	1. рецидивирующая боль в животе или дискомфорт, по крайней мере 3 дня в месяц, связанные с 2 или более симптомами, в течение 12 недель за предшествующие 6 месяцев

Распространенность СРК в мире





Механизмы развития СРК

- Анормальная моторика кишечника
- Анормальное висцеральное восприятие
- Психологический дистресс - синдром
- Факторы, действующие в просвете кишки, вызывающие раздражение:
 - лактоза и другие сахара
 - желчные кислоты, жирные кислоты с короткой цепью, пищевые аллергены
- Гинекологические заболевания ?
- Перенесенные инфекционные заболевания?



Роль психосоциальных факторов

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ УХУДШАЮТ ПЕРЕНОСИМОСТЬ СРК:

- РАННИЕ БРАКИ С ПЛОХИМИ БЫТОВЫМИ УСЛОВИЯМИ
- СМЕРТЬ ИЛИ РАЗВОД
- ПСИХОТРАВМЫ
- ОСКОРБЛЕНИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ



ПАЦИЕНТЫ СРК, ОБРАЩАЮЩИЕСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ

ПАЦИЕНТЫ СРК, НЕ ОБРАЩАЮЩИЕСЯ

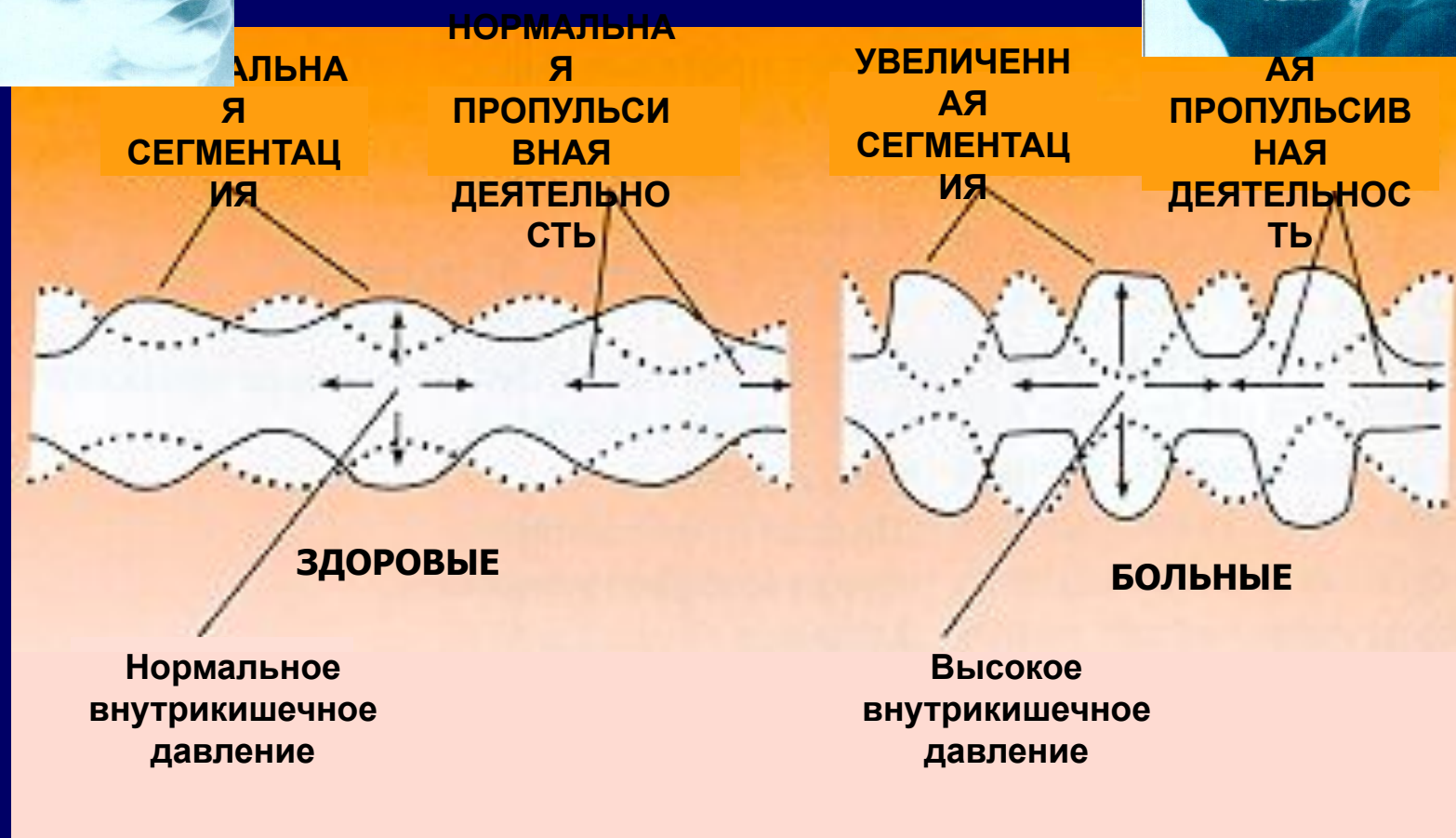


ЗДОРОВЫЕ ЛЮДИ



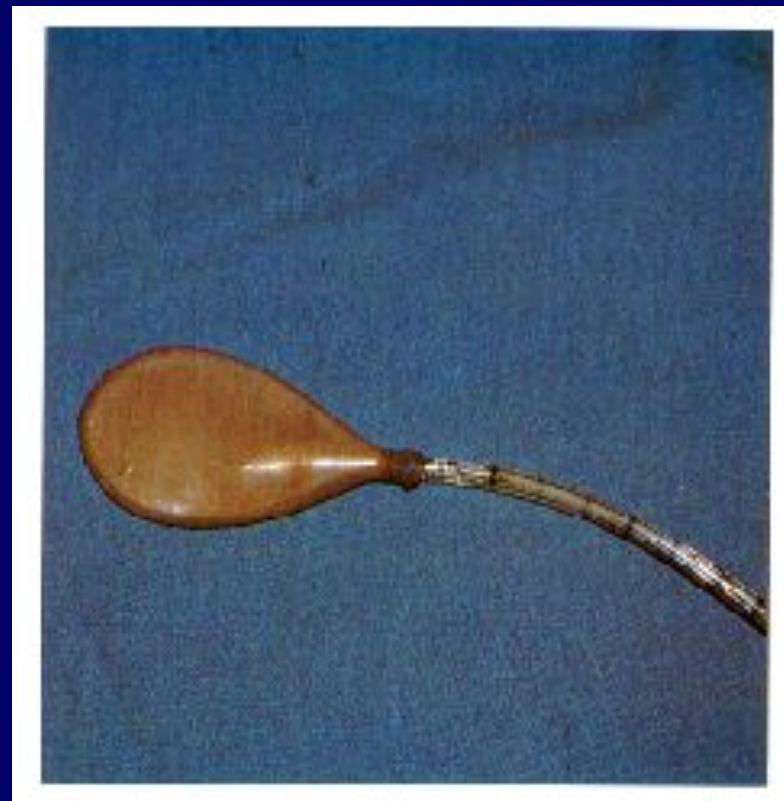
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТ СРК per se , НО УСУГУБЛЯЮТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ, ГИПЕРБОЛИЗИРУЮТ ИХ ОЩУЩЕНИЯ, УЧАЩАЮТ ВИЗИТЫ К ВРАЧУ, ПРИВОДЯТ К ПОИСКУ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ, А, ИНОГДА, ДАЖЕ НЕ НУЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Моторика толстой кишки у здоровых и больных СРК





Манометрия толстой кишки. Исследование висцерального восприятия



Болевая чувствительность толстой кишки в ответ на растяжение баллоном





Факторы, вызывающие обострение СРК

- Стресс
- Желудочно-кишечные инфекции
- Прием антибиотиков
- Пищевые факторы
- Оперативные вмешательства в брюшной полости (особенно на тазовых органах)



Классификация СРК

(F. Weber и R.M. McCallum ,1992)

ЗАПОРЫ

**Вариант, проте-
кающий преиму-
щественно с за-
порами**

ДИАРЕЯ

**Вариант, проте-
кающий преиму-
щественно с
диареей**

БОЛЬ ВЗДУТИЕ

**Вариант, проте-
кающий преиму-
щественно с
болями в животе и
метеоризмом ей**



Абдоминальная боль

Обязательная составная часть СРК

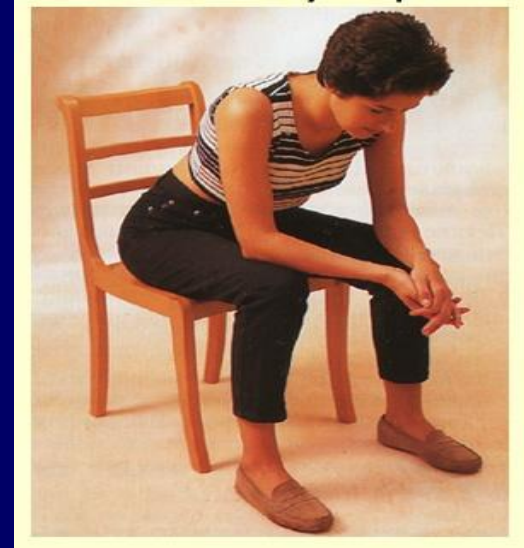
Интенсивность: от легкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интенсивной постоянной и даже нестерпимой, имитирующей картину кишечной колики

Характерно появление боли сразу после еды, что сопровождается вздутием живота, усилением перистальтики, урчанием, диареей или урежением стула.

Боли стихают после дефекации и прохождения газов, не беспокоят по ночам



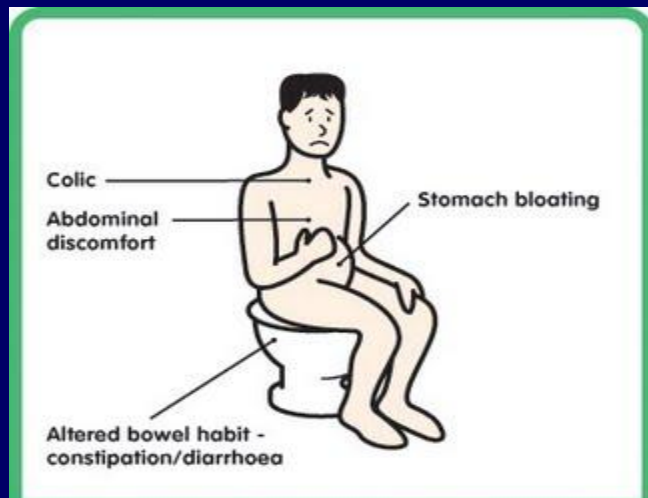
Поза кучера



СРК вариант с запорами

Чаще всего стул бывает "овечьим", т.е. состоящим из мелких плотных фрагментов, "пробкообразным" - т.е. первые порции кала более плотные, чем последующие, может быть также стул в виде карандаша - узкие длинные ленты.

В стуле может быть примесь слизи. Могут возникать так называемые запорные поносы - жидкий стул после нескольких дней его задержки.



at a glance

**Irritable Bowel Syndrome
(IBS)**

СРК вариант с диареей

Таблица 1. Клинические различия между диареей при СРК и диареей при органических заболеваниях

Отличительные признаки	Диарея при СРК	Диарея при органических заболеваниях
Возраст	Чаще 30–40 лет	Любой
Пол	Чаще у женщин	Половые различия могут отсутствовать
Продолжительность заболевания	Значительная (годы)	Может быть различной
Масса кала	< 200 г в сутки	Может быть различной (в т.ч. и > 200 г в сутки)
Частота дефекации	2–4 в сутки	Может быть различной (в т.ч. и > 2–4 в сутки)
Зависимость дефекации от времени суток	В утренние часы	В любое время
Примесь крови в кале	Нет	Может быть
Примесь гноя в кале	Нет	Может быть
«Симптомы тревоги»		
– лихорадка	Нет	Может быть
– немотивированное похудание	Нет	Может быть
– анемия и повышение СОЭ	Нет	Может быть
Сопутствующие вегетативные нарушения	Характерны	Возможны

СРК: особенности анамнеза

- Появление симптомов СРК чаще всего связывают с возрастом от 16 до 30 лет
- СРК является заболеванием, протекающим в течение длительного периода жизни
- В начале заболевания больные СРК отмечают наличие интермиттирующей симптоматики с периодами нормальной деятельности кишечника, а обострения - ассоциируются ими со стрессорными периодами в жизни



Диагностика: общие положения

- **В большинстве случаев отсутствие патогномоничных симптомов**
- **Многообразие клинических проявлений**
- **Сочетание в 30-40% СРК с симптомами функциональной диспепсии**
- **Уменьшение симптоматики в ночное время**
- **Несоответствие между многообразием жалоб и хорошим общим состоянием больных, их нередко цветущим видом**



Особенности СРК

- 1. симптомы неврологических и вегетативных расстройств - мигрень, боли в поясничной области, ком в горле, сонливость, бессонница, различные виды дизурии, дисменорея, импотенция и др., (50% больных)
- 2. симптомы сопутствующих функциональных заболеваний органов пищеварения - тяжесть в эпигастрии, тошнота, отрыжка, рвота, боли в правом подреберье и др., (80% пациентов)
- 3. признаки психопатологических расстройств, чаще такие как депрессия, синдром тревоги, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия и др. (15 - 30% больных)

Классификация СРК (D.A.Drossman,1997)

Тяжесть проявлений СРК

	Легкая	Средняя	Тяжелая
Постоянство симптомов	0	+	+++
Нарушения физиологии кишки	+	++	+++
Психо-социальные проблемы	0	+	+++
Распознавание стресса	+++	+	0
Частота обращений	+	++	+++

Симптомы “тревоги”, исключающие диагноз СРК

Жалобы и анамнез, физикальное обследование

- немотивированная потеря массы тела
- ночная симптоматика
- постоянные интенсивные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ
- начало в пожилом возрасте, ККР у родственников
- лихорадка
- изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.)

Лабораторные показатели:

кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, СОЭ, изменения в БАК



Подозрение на ВЗК

- ▶ Диарея > 4 недель
- ▶ >2 раз в день стул
- ▶ Стул жидкий кашицеобразный
- ▶ Боль в животе
- ▶ Кровь в стуле



Эпидемиология

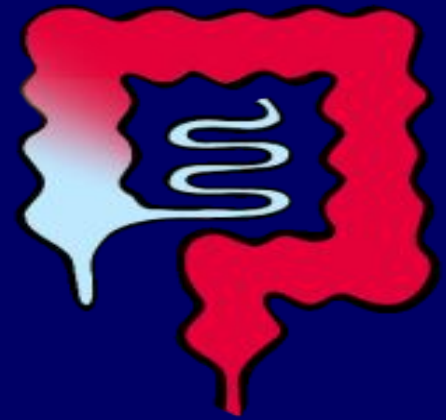
Распространенность

Болезнь Крона	10 – 70 на 100,000 населения
Язвенный колит	20 – 130 на 100,000 населения

Заболеваемость

Болезнь Крона	0.5 – 6.3 на 100,000 /в год
Язвенный колит	1.3 – 15.1 на 100,000 /в год

Рекомендации OMGE



ЯК – хроническое воспалительное заболевание неясного происхождения, характеризующееся клинически-рецидивирующим течением с периодами кровавой диареи и патоморфологически-диффузным воспалительным процессом в стенке толстой кишки. Воспаление имеет проксимальную распространенность от rectum и ограничено ректальной и толстокишечной слизистой.



Язвенный колит: общие положения

- Причина заболевания – неизвестна
- Основной фактор риска – семейная предрасположенность (частота развития ВЗК у родственников 1 степени в 30-100 раз выше, чем в популяции)
- Гены, связанные с ЯК – не установлены
- Триггеры заболевания – возможно бактерии и пищевые аллергены
- Частота заболевания выше у некурящих
- Начало болезни - 2 и 3 десятилетие жизни
- Встречается во всех национальностях и этнических группах (чаще белые расы, евреи)



Этиология

Инфекция
(вирусы, бактерии, грибы)

Язвенный колит
Вирусы (герпес)
Бактерии – кишечная палочка

Болезнь Крона
Вирус кори
Паратуберкуле
з

**Генетические
факторы**

Семейная
предрасположенность

**Пищевые
факторы**

Сахара, молоко

**Язвенный
КОЛИТ**

**Болезнь
Крона**

Иммунная система

Дисрегуляция
аутоиммунного
процесса

**Психологические
факторы**





Клиника язвенного колита

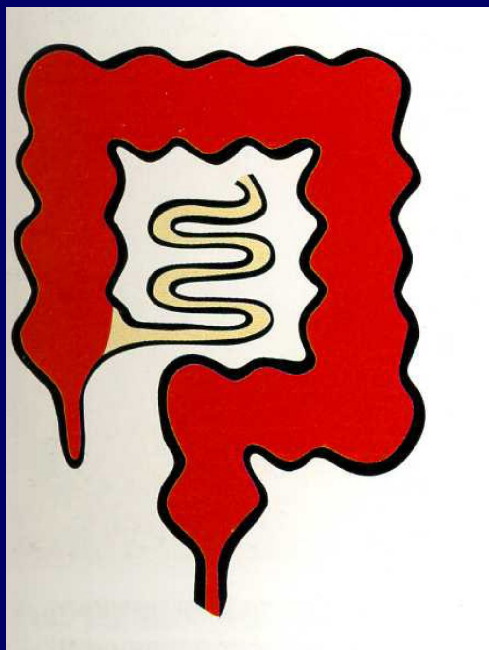
- Кровавая диарея
- Слизь в стуле
- Тенезмы
- Боли в животе
- Боли в суставах
- Слабость
- Анорексия
- Лихорадка



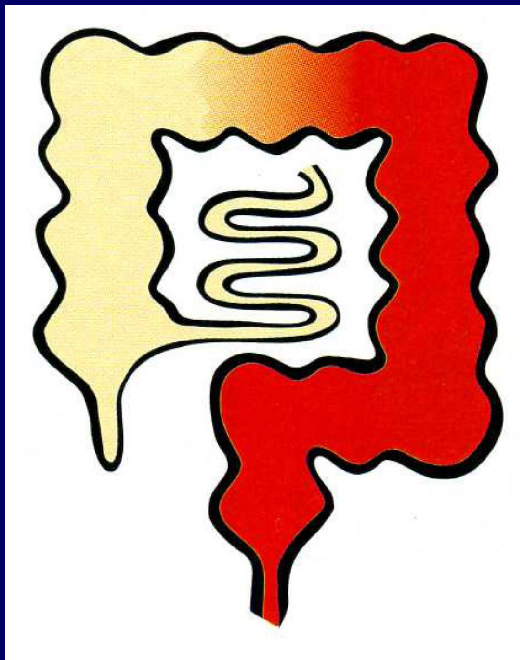
Воспаление средней степени



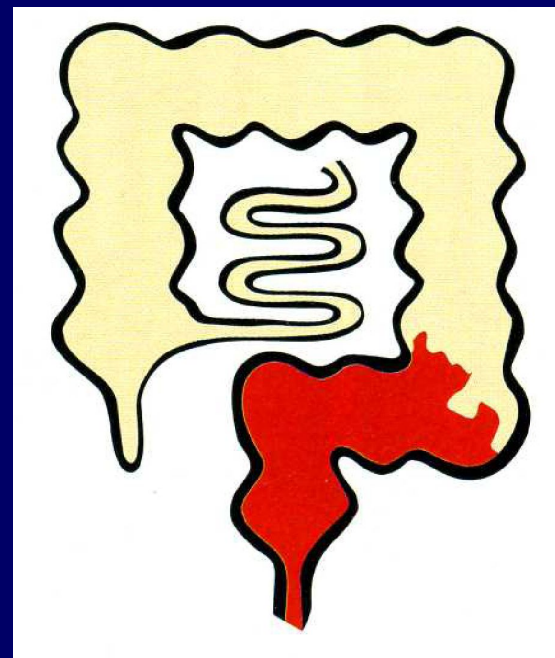
Распространенность поражения при язвенном колите



Тотальный
колит
18%



Левосторонний
колит
28%



Проктосигмоидит
54%



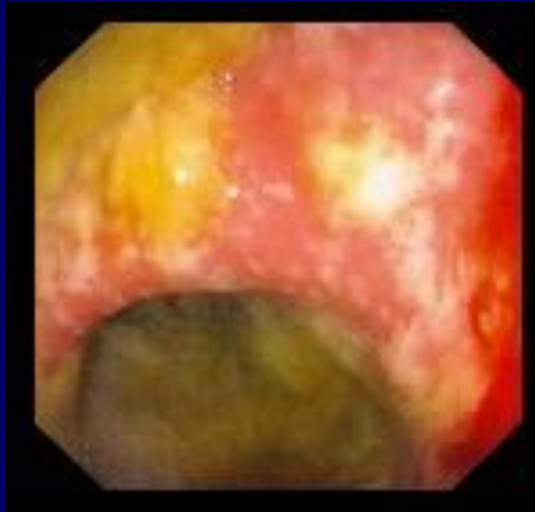
Степень тяжести язвенного колита

Признак	Легкая	Средняя	Тяжелая
Частота стула	<6	>6	>10
Кровь в стуле	Незначительно	Умеренно	Значительно
Температура	N	< 38	> 38
Гемоглобин г/л	>100	< 100	< 80
СОЭ мм/час	< 20	20-30	> 30
Альбумин г/л	N	> 30	< 30

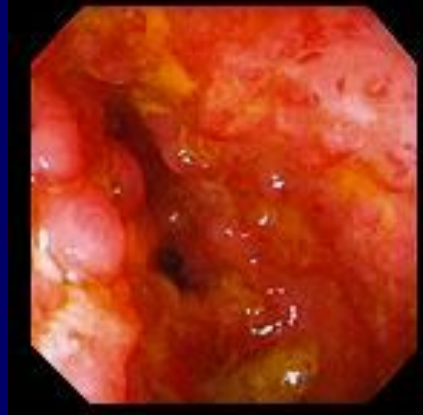


Классификация ЯК по тяжести клинических проявлений (активность болезни)

- Легкая форма
- Среднетяжелая форма
- Тяжелая форма



Классификация ЯК по характеру течения



- **Острое**
- Типичное (первая атака): диагноз может быть поставлен только в течение 6 мес. от начала заболевания
- Острая фульминантная (молниеносная)
- **Хроническое**
- Рецидивирующее (повторяющиеся обострения, чаще сезонного характера)
- Непрерывное течение (затянувшееся обострение более 6 мес. при условии адекватного лечения)



Внекишечные проявления язвенного колита

- ПСХ
- Холангиокарцинома
- Поражения кожи
- Артриты
- Поражения глаз

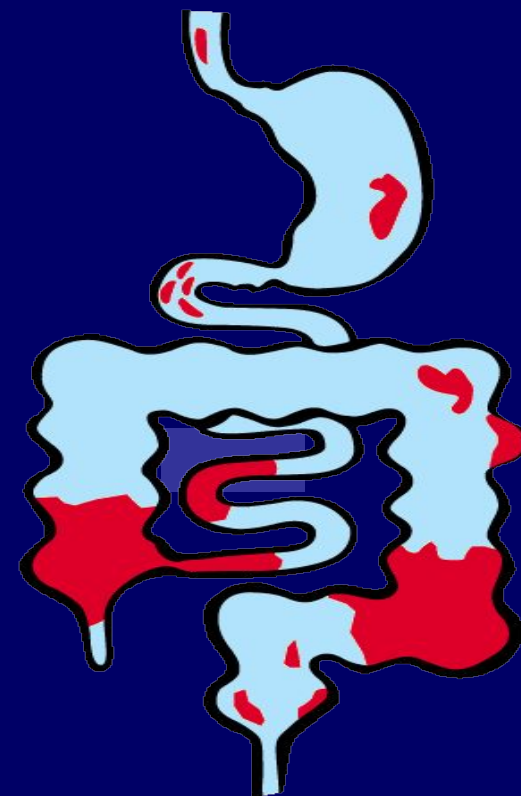
Болезнь Крона

Подострое или хроническое воспаление ЖКТ (от полости рта до ануса):

- Спастические боли в животе
- Потеря веса
- Диарея
- Лихорадка

Морфологическая картина:

локальное воспаление с микроэрозиями, трещинами, язвами, гранулемами, воспалительной инфильтрацией и лимфоангиэктазиями





Распространенность поражения при болезни Крона

Пищевод,
желудок,
12-п.к.
3 – 5 %

Тонкая и
толстая
кишка
40 – 55 %

Вовлечение
прямой кишки
11 – 26 %



Только
тонкая
кишка
25 – 30 %

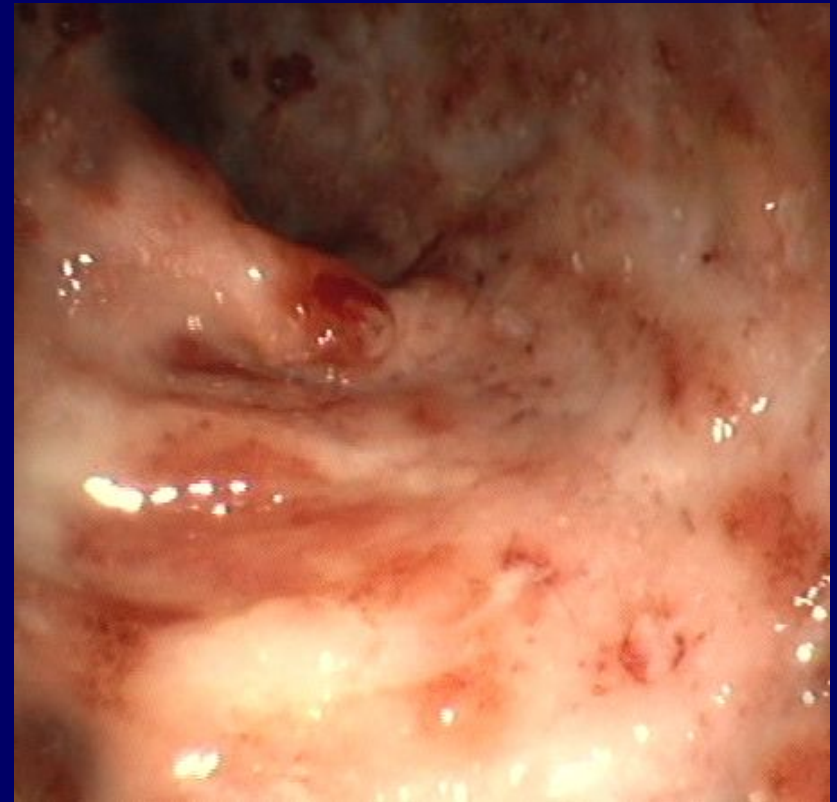
Только
толстая
кишка
20 – 25 %

Аноректальные проявления
(анальные свищи, трещины,
перипроктит, абсцессы и др.) 30 – 40 %



Клиника болезни Крона

- Боли в животе
- Диарея
- Похудание
- Лихорадка
- Артралгии
- Анемия
- Свищи
- Кровотечение



Выраженное воспаление



Варианты болезни Крона

- Клинический вариант:
 - Стенозирование
 - Воспаление
 - Образование свищей
- По распространенности:
 - Локализованная (< 100 см)
 - Распространенная (> 100 см)



Внекишечные проявления болезни Крона

Частые:

- Афтозные язвы
- Узловатая эритема
- Сакроилеит
- Артриты
- Конъюнктивит
- Ирит
- Эписклерит
- Остеопороз
- ЖКБ
- Дефицит питания

Редкие:

- Гангренозная пиодермия
- ПСХ
- ЖДП
- МКБ
- Амилоидоз
- Остеомаляция



Внекишечные проявления болезни Крона



Сакроилеит

Сакроилеит



Иридоциклит



Гангренозная пиодермия

Критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones

- 1. Поражение от полости рта до анального канала: хроническое гранулематозное поражение СО губ или щек, пилородуоденальное поражение
- 2. Прерывистый характер поражения
- 3. Трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи
- 4. Фиброз: стриктуры
- 5. Лимфоидная ткань (гистология): афтозные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления
- 6. Муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления СО толстой кишки
- 7. Гранулемы
- Достоверный диагноз БК устанавливают при наличии как минимум 3 относительных критериев (от 1 до 6), а при выявлении гранулемы - еще одного относительного критерия (от 1 до 6).



Диагностика ВЗК

Язвенный колит

Болезнь Крона

Первичная
диагностика

Колоноскопия

Колоноскопия

Рентген тонкой кишки

Рентген тонкой кишки

Гастроскопия

СОЭ, Лейк., СРП, K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} , ЩФ, γ -ГТ, АСТ, АЛТ,
тромбоциты, вит. А, B_{12} , кал: патогенная флора

Наблюдение:

Сигмоскопия

Ультразвук

(Колоноскопия) (КТ)

(Ультразвук, КТ)

СОЭ, лейкоц., СРП



Симптомы ВЗК

	Язвенный колит	Болезнь Крона
Кровотечение	80 %	22 %
Диарея	90 %	73 %
Боль в животе	47 %	77 %
Свищи	0 %	16 %
Потеря веса	5 %	54 %
Лихорадка	1 %	35 %
Анемия	40 %	27 %
Артралгии	38 %	29 %
Иридоциклит, увеит	11 %	10 %