

**НЕСПЕЦИФІЧНИЙ
ВИРАЗКОВИЙ
КОЛІТ**

Виразковий коліт

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

ЕТІОЛОГІЯ

(до теперішнього часу не існує єдиної думки про причини виникнення і механізми розвитку НВК)

1. 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).

2. МІКРОБНИЙ ФАКТОР

(висока ступінь імунізації хворих НЯК 0 - антигеном *Esherichia Coli* 014; *E. Coli* володіє ВИСОКОЮ

адгезивною здатністю до епітеліальних клітин слизової оболонки, і може ініціювати їх руйнування; позитивна дія пробіотиків, що містять *Esherichia coli* - штам Nissle 1917)

3. ПОРУШЕННЯ ПРОНИКНОСТІ КИШКОВОГО БАР'ЄРУ

4. Фактори навколишнього середовища

нікотин: у злісних курців НВК зустрічається рідше, ніж у некурящих;
лікарські препарати: НПЗП; нераціональне харчування:
значне зростає даної патології у

краї

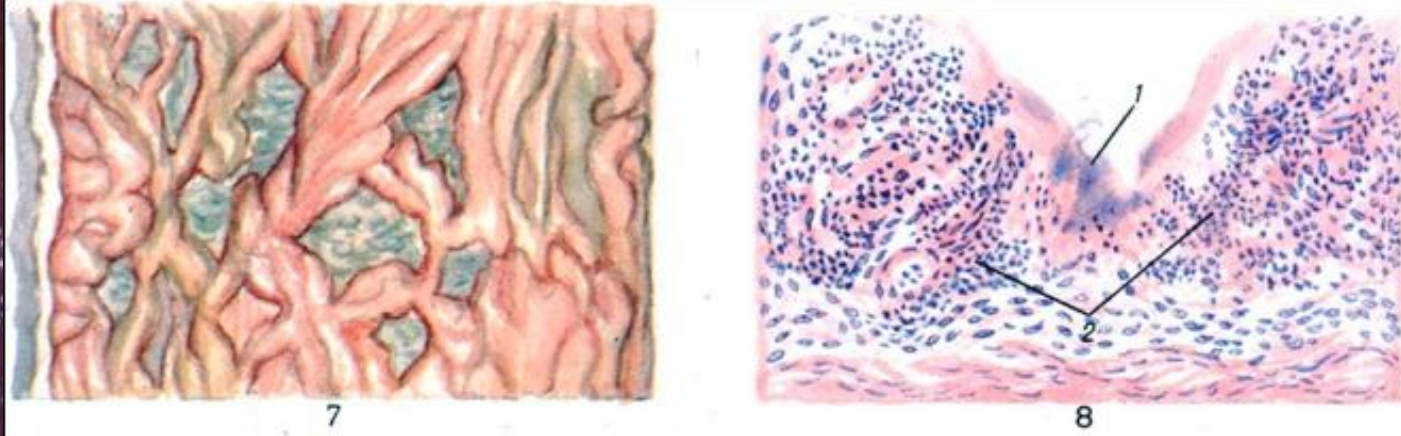


st

ПАТОГЕНЕЗ



ПАТОМОРФОЛОГІЯ



Мікропрепарат слизової оболонки товстого кишечника при виразковому коліті: 1 — глибокий некроз слизової болонки з утворенням виразки, дно якої вкрите фібрином, 2 - густа інфільтрація поліморфно-ядерними лейкоцитами в найближчих до виразки відділах слизової оболонки.

КЛАСИФІКАЦІЯ

По локалізації:

- Неспецифічний виразковий проктит і проктосигмоїдит
- Неспецифічний виразковий коліт лівобічний
- Неспецифічний виразковий тотальний коліт
- Неспецифічний виразковий коліт регіонарний

За перебігом:

- Гострий неспецифічний виразковий коліт
- Хронічний неспецифічний виразковий коліт
- Рецидивуючий неспецифічний виразковий коліт

По тяжкості :

- Легка форма

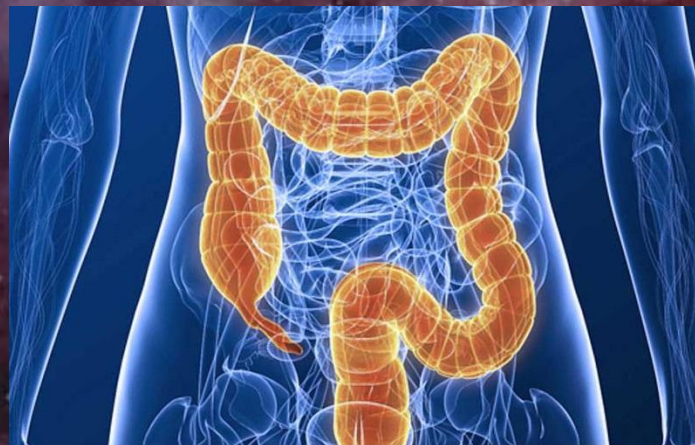
стілець кашкоподібний <5 разів на добу, незначна домішка крові і слизу в калі, відсутність лихоманки, тахікардії, анемії, задовільний загальний стан

- Середньої тяжкості

рідкий стілець 5-8 разів на добу домішка крові і слизу в калі, помірна лихоманка, тахікардія, анемія, задовільний загальний стан

- Важка форма

важка діарея (> 8 разів на добу); значна домішка крові, слизу і гною в калових масах; лихоманка більше 380С, тахікардія, анемія (гемоглобін <90 г/л), загальний стан тяжкий або дуже тяжкий.



По ендоскопічній картині виділяють чотири ступеня активності запалення в кишці

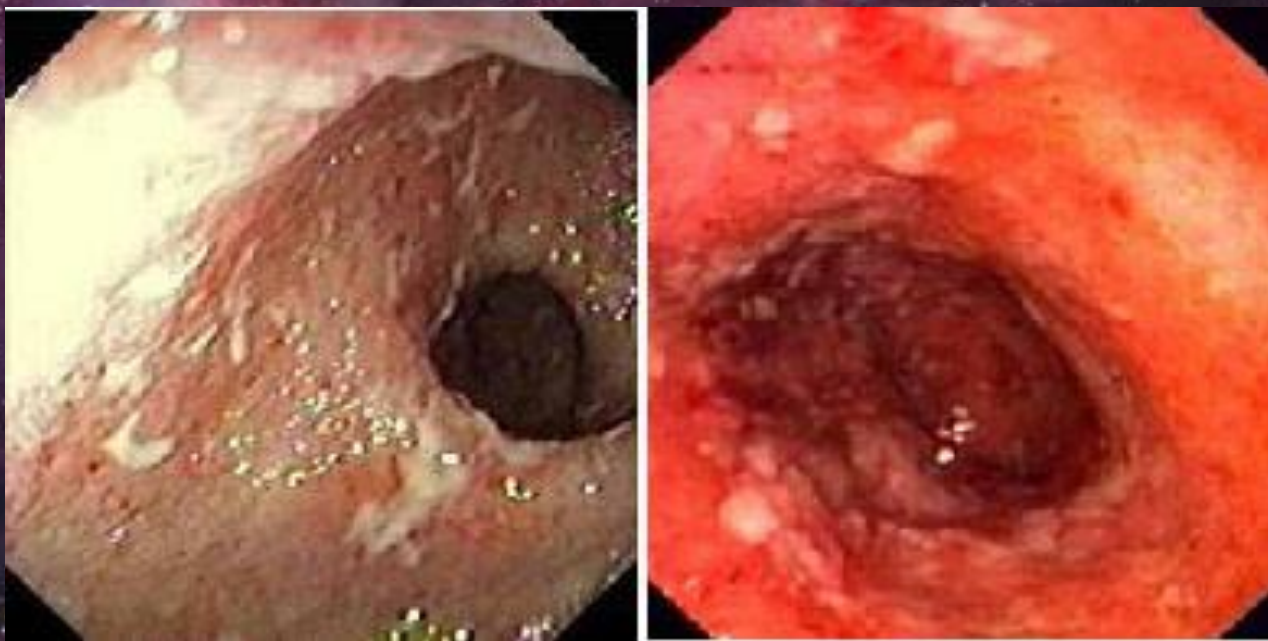
- I ступінь (мінімальний) характеризується набряком слизової оболонки, гіперемією, відсутністю судинного малюнка, легкою контактною кровоточивістю, дрібноточковими геморагіями.



- 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

- **Рідкі випорожнення з домішкою слизу, крові, гною**

(Частота випорожнень 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)

- **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)

Позакишкові прояви при НВК

| Орган, тканина | Характеристика ураження |
|--------------------------------------|--|
| Шкіра 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 півки 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 відмічається 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

1. Токсична дилатація товстої кишки розвивається в 3-5% випадків.
2. Перфорація товстої кишки виникає приблизно в 3-5% випадків і часто призводить до смерті (72-100%).
3. Стрикттури прямої чи ободової кишки (3-19% випадків).
4. Кишкова кровотеча (1-6% випадків).
5. Періанальна ускладнення (4-30% випадків): парапроктити, нориці, тріщини, перианальне подразнення шкіри.
6. Рак товстої кишки. НВК вважається передраковим захворюванням.
7. Запальні поліпи. Виявляють менш ніж у половини хворих з НВК.

ДІАГНОСТИКА

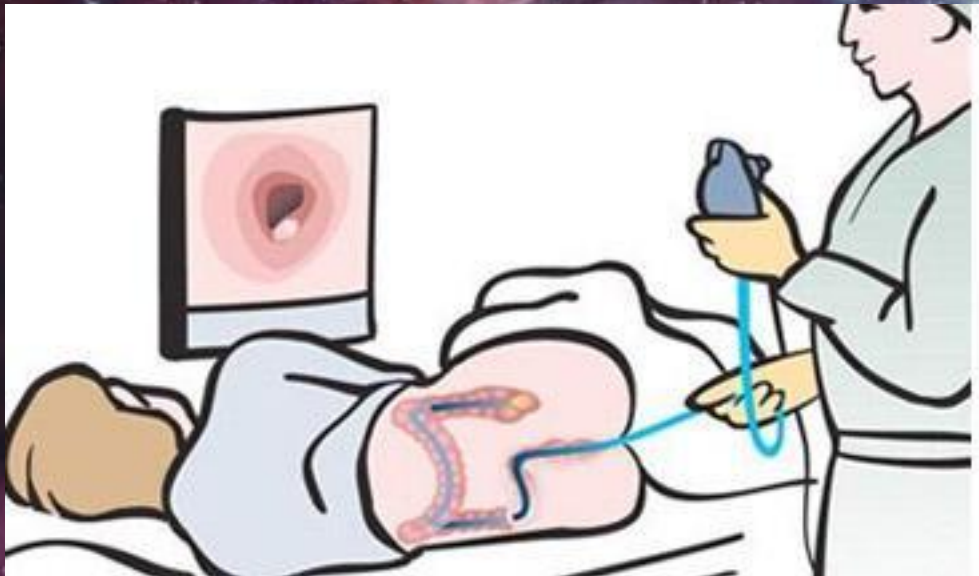
1. При пальцевому дослідженні прямої кишки можна виявити: перианальні абсцеси, нориці прямої кишки, тріщини анального проходу, спазм сфінктера, горбистість і потовщення слизової оболонки, ригідність стінки, наявність крові, слизу і гною.



2. Ендоскопічне дослідження товстої кишки

Ректороманоскопія та колоноскопія

Наявність слизу, крові, гною, зміни слизової - гіперемія , набряк, ерозії, виразки. відсутність гаустрації. Колоноскопія дозволяє оцінити протяжність і тяжкість ураження, особливо при підозрі на наявність малігнізації.



3. Рентгенологічні методи дослідження

- **1. Рентгенологічне дослідження ОЧП**

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. Іригоскопія**

Є одним із основних діагностичних методів НВК, але у фазі загострення хвороби вона протипоказана.

До ранніх рентгенологічних проявів НВК включають: гіперкінезію, спазм окремих сегментів кишки, помірне потовщення, нечіткість контурів складок слизової оболонки, «зернисту» слизову оболонку, пізніше зникають гаустри, стають зубчастими контури кишки



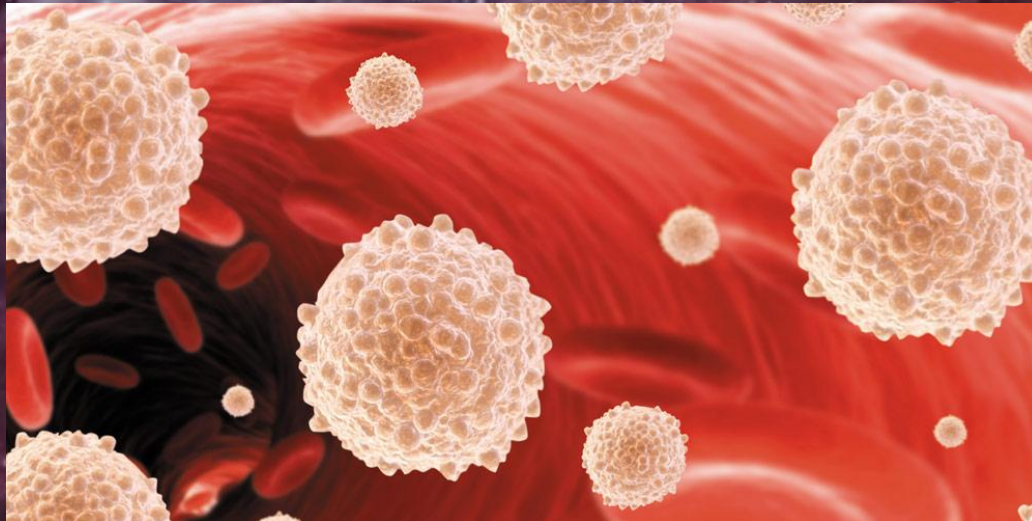
При тяжкому перебігу хвороби виявляють:

- Плямистість малюнка рельєфу слизової оболонки.
- Ригідність стінки.
- Відсутність (деформація) гаустр.
- Нечіткість, нерівність контурів.
- Нерівномірне звуження або вкорочення кишки.
- Множинні дефекти наповнення (псевдополіпоз).



4. Лабораторні методи

У пацієнтів із виразковим колітом виявлять анемію та лейкоцитоз різного ступеню, гіпо- та диспротеїнемію. Тяжкий перебіг хвороби супроводжується гіпокаліємією, зниженням концентрації бікарбонатів в результаті втрати солей і рідини через кишківник.



5. Мікробіологічне дослідження

При першому виявленні захворювання. Виконуються мазки і посіви калу для виключення коліту інфекційної, вірусної, паразитарної етіології.

Характерні: зміни облігатної мікрофлори, зниження позитивних виявлень *Lactobacillus bifidus* до 61% (у здорових до 98%), різке зростання молочнокислих, кишкових, паличок і ентерококів; значні зміни у складі мікробів факультативної групи - зростання патогенних стафілококів, протей. Обов'язковим є визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків.

6. Патоморфологічне дослідження

В основному спостерігається ураження слизової оболонки, виразки проникають до підслизового шару, рідше до м'язового шару. Їхні краї рівні, підриті. У частині випадків у збережених ділянках слизової оболонки виникає надлишкова регенерація залозистого епітелію з утворенням псевдополипов. Характерною є наявність "крипт-абсцесів".

*Ендоскопічні стадії захворювання було представлено вище

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

Диференціальна діагностика повинна проводитися з цілою низкою нозологічних форм, що включають інфекційні, функціональні та злоякісні хвороби, найбільш часто із хворобою Крона. Перша атака виразкового коліту може протікати під маскою гострої дизентерії



ЛІКУВАННЯ

Основні принципи фармакотерапії:

- дієтичне харчування
- препарати 5-аміносаліцилової кислоти
- глюкокортикоїди (за показаннями)
- антибактеріальна терапія
- 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 НВК включає:

- препарати 5-аміносаліцилової кислоти,
- глюкокортикоїди,
- антибактеріальні препарати 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 перитоне
4. Карцинома.



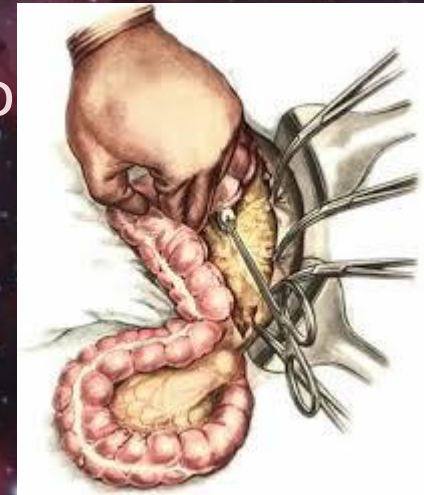
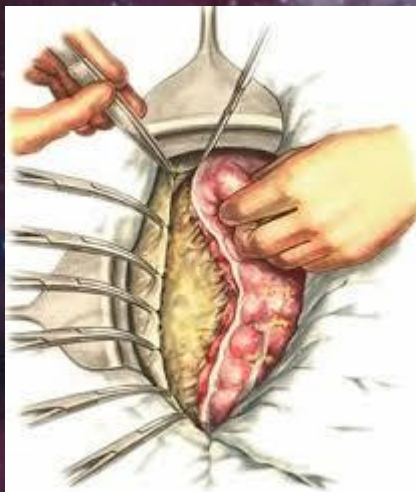
Відносні:

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.

ВИДИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Колпроктектомія - 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,



стан

що

ного

- Колектомія, комбінована з черевно-анальною резекцією прямої кишки - при наявності раку в ободової кишці.
- Колектомію, комбінована з черевно-промежинною екстирпацією прямої кишки - при раку прямої кишки.

Операцію при цьому завершують накладанням постійної одностовбурової ілеостоми за Бруком



Дякую



за увагу!