

Неспецифический язвенный колит —
воспалительное заболевание
кишечника неизвестной этиологии,
характеризующееся гнойно-
геморрагическим воспалением
слизистой оболочки толстой кишки.

Распространенность:
40-117 человек на 100000.

Заболеваемость:
4-20 человек на 100000 в год

Этиология.

1. Воздействие экзогенных факторов (стресс, курение, медикаменты, питание).
2. Аутоиммунная теория.
3. Микрофлора.
3. Дисбаланс иммунной системы желудочно-кишечного тракта.

Классификация неспецифического язвенного колита.

По течению:

1. Фульминантная форма.
2. Острая форма.
3. Хроническая рецидивирующая форма
(ремиссии более 6 мес.)
4. Хроническая непрерывная форма
(ремиссия менее 6 мес.)

Классификация неспецифического язвенного колита.

По локализации:

1. Дистальная форма (проктит или проктосигмоидит).
2. Левосторонняя форма.
3. Тотальный или субтотальный колит.

Классификация неспецифического язвенного колита.

По степени тяжести:

1. Легкая.
2. Средней тяжести.
3. Тяжелая.

Критерии тяжести НЯК (Truelove, Witts, 1955).

| показатель | Легкое обострение | Тяжелое обострение |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Диарея (в сутки) | < 4 | >6 |
| Примесь крови в стуле | незначительная, периодически | часто |
| температура | нормальная | >37,5 |
| пульс | норма | >90 |
| гемаглобин | умеренная анемия | <75 г/л |
| СОЭ | <30 | >30 |

Клиническая картина.

1. Геморрагический синдром.
2. Диарейный синдром (учащенное опорожнение кишки, тенезмы, стул в ночное время).
3. Боли в животе.
4. Интоксикация (лихорадка, тахикардия, снижение массы тела).

Внекишечные проявления.

- А. 1. Поражения печени (первичный склерозирующий холангит, холангиоцеллюлярная карцинома, аутоиммунный гепатит, жировая дистрофия печени).
2. Поражения кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, кожный васкулит, афтозный стоматит).
3. Поражения глаз (склерит, эписклерит, иридоциклит).
4. Поражения суставов (артриты, сакроилеит, спондилит). 5. Васкулиты. 6. Поражения почек.
7. Поражения нервной системы.
- В. 1. Холангиогенная диарея и ЖКБ.
2. Гипероскалурия. 3. Синдром мальабсорбции.

Диагностика НЯК

1. Жалобы и анамнез, наружный осмотр промежности, осмотр и пальпация живота, пальцевое исследование прямой кишки.
2. ОАК, б/химия крови.
3. Бактериологическое исследование кала. Серологическое исследование. Кал на кальпротектин.
4. Ректороманоскопия, биопсия.
5. Сигмоскопия, фиброколоноскопия, ФГС.
6. Обзорная Р-графия брюшной полости.
Ирригоскопия.
7. Ультразвуковое исследование.
8. КТГ, ЯМР.
9. Лапароскопия.

Эндоскопические симптомы НЯК.

1. Отек, гиперемия слизистой.
2. Зернистость слизистой.
3. Отсутствие сосудистого рисунка.
4. Контактная и спонтанная кровоточивость.
5. Петехиальные кровоизлияния в слизистой.
6. Множественные мелкие поверхностные эрозии и язвы.
7. Фибринозный налет, наличие в просвете кишки слизи, крови, гноя.
8. Псевдополипоз.
9. Поражение прямой кишки всегда, отсутствие поражений подвздошной кишки.
10. Диффузность поражения.

Степени активности воспаления:

1. Минимальная активность (1 степень).
2. Умеренная активность (2 степень).
3. Выраженная активность (3 степень).
4. Резко выраженная активность (4 степень).

Степени активности воспаления:



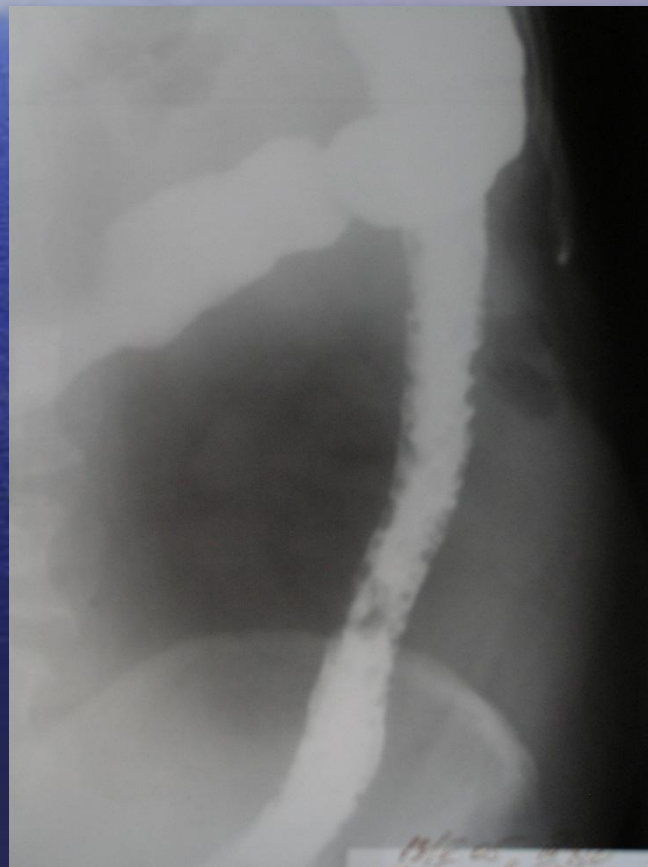
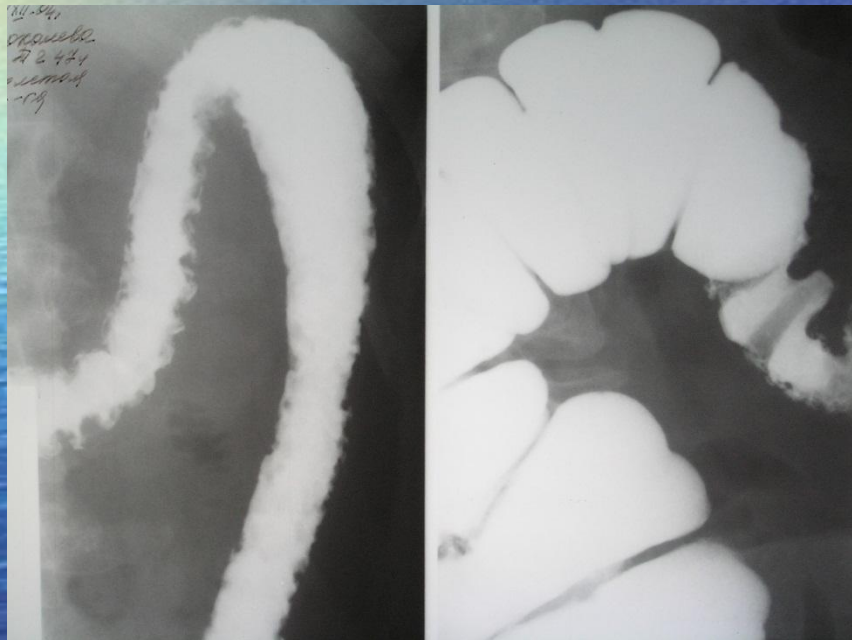
Рентгенологические признаки НЯК

1. Отсутствие гаустраций.
2. Сглаженность контуров кишки.
3. Укорочение толстой кишки.
4. Зубчатость контура.
5. Псевдополипоз.
6. Расширение пресакрального пространства.

Ирригограммы при НЯК



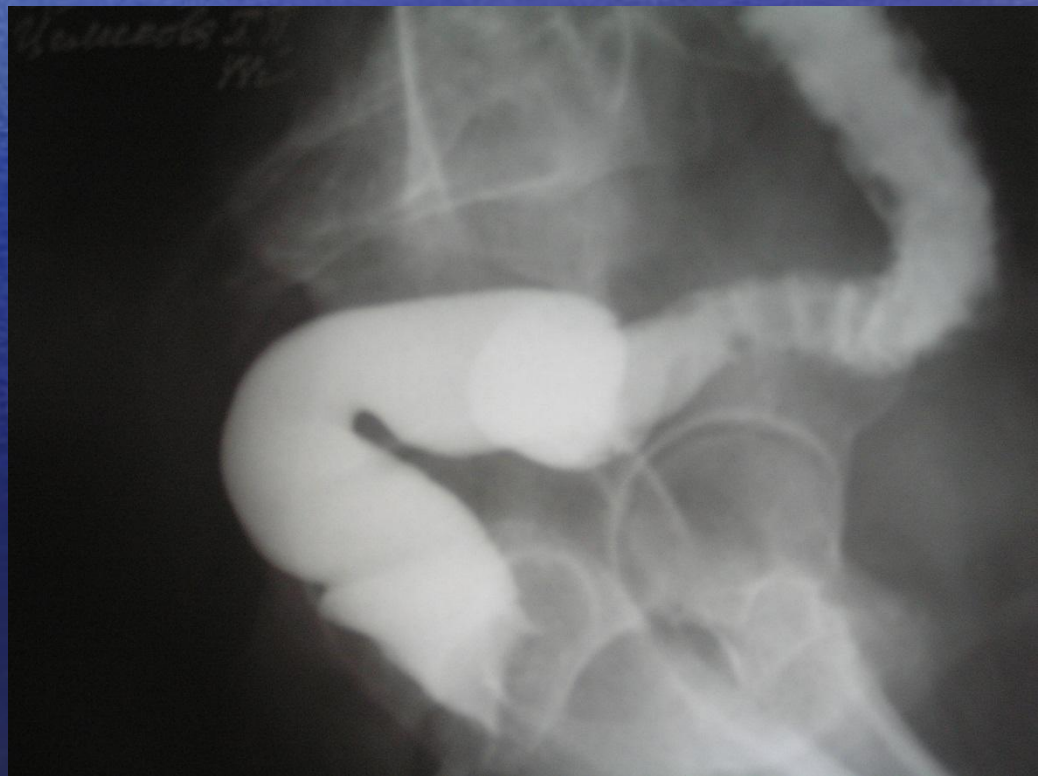
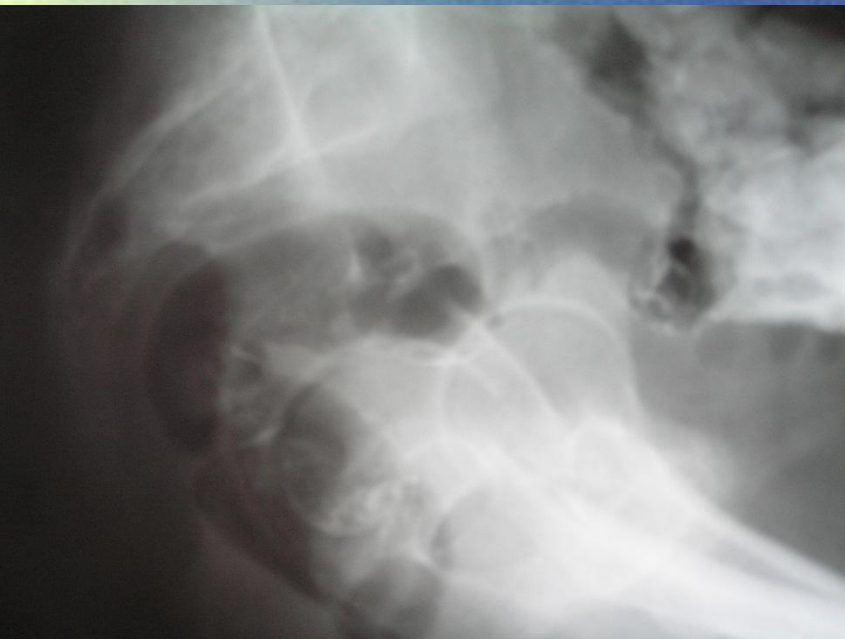
Ирригограммы при НЯК



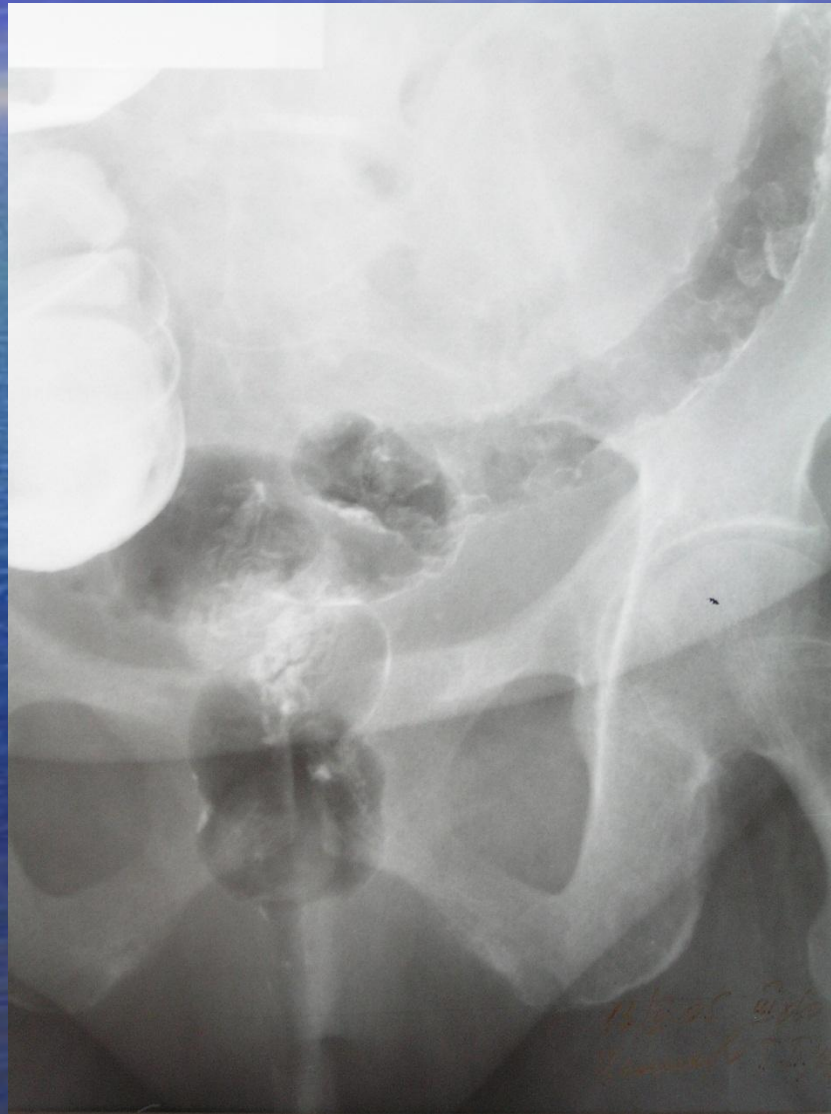
Ирригограммы при НЯК



Ирригограммы при НЯК



Ирригограммы при НЯК



Дифференциальный диагноз.

1. Болезнь Крона.
2. Инфекционные колиты (вызванные бактериями, вирусами, простейшими, грибами).
3. Антибиотико-ассоциированный и псевдомембранозный колит.
4. Рак толстой кишки.
5. Лекарственно-обусловленные колиты (НПВС, циклоспорин, препараты золота).
6. Лучевой колит.
7. Ишемический колит.
8. Болезнь Бехчета
9. Солитарная язва прямой кишки.

Осложнения.

1. Токсический мегаколон.
2. Кишечное кровотечение.
3. Перфорация.
4. Малигнизация.

Базисные препараты для лечения НЯК

1. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, салофальк, месакол, пентаза).
2. Глюкокортикоиды (преднизолон, гидрокортизон, будесонид).
3. Иммунодепрессанты (циклоспорин А, азатиоприн) .
4. Антитела к фактору некроза опухолей ремикейд, азалIMUMаб, хумира.

Вспомогательные препараты для лечения НЯК

1. Антибиотики.
2. Пробиотики.
3. Метранидазол.
4. Препараты калия, витамины,
калийсберегающие диуретики.
5. Инфузионная терапия, парентеральное
питание.

Хирургическое лечение НЯК

pro

1. Избавление от болезни
2. Избавление от необходимости постоянного приема медикаментов
3. Избавление от риска развития осложнений: перфорации, дилатации, кровотечения, малигнизации
4. Внекишечные проявления?
5. Социальная и профессиональная реабилитация



■ Качество жизни?

contra

1. Летальность
2. Риск осложнений
3. Илеостома
4. Резервуар и связанные с ним осложнения
5. Наличие эффективных препаратов
6. Упорное нежелание больных

Показания к хирургическому лечению НЯК

Острый тяжелый колит.

1. Пациенты с клиническими признаками состоявшейся перфорации кишки или предперфоративного состояния требуют неотложного хирургического лечения.

Чем раньше следует операция, тем выше шансы больных на выживание (уровень доказательности высокий - 1B).

2. Пациенты, чье состояние ухудшается или значительно не улучшается на фоне адекватной консервативной терапии в течение 2-4 суток требуют обсуждения для решения вопроса о второй линии терапии или операции (уровень доказательности 1B).

Решение о качестве ответа на терапию второй линии или биологическую терапию «спасения» должно быть принято в течение 5-7 дней после первого введения.

Продолжение консервативной терапии более 7 суток при отсутствии эффекта приводит к достоверному увеличению риска послеоперационных осложнений и летальности.

(Альтернативы – в/в циклоспорин или биологическая «терапия спасения» инфликсимабом (вторая линия терапии)).

При наличии противопоказаний к применению инфликсимаба и циклоспорина – оперативное лечение.

Хронический колит

1. Операция показана при неэффективности консервативной терапии (уровень доказательности 1B).

Одно из наиболее частых показаний к операции. Невозможность добиться клинического улучшения или приемлемого уровня качества жизни не смотря на адекватную терапию. Иногда при достаточном ответе на лечение слишком высок риск хронической терапии или развиваются тяжелые побочные эффекты.

Развитие инвалидизирующих внекишечных поражений (эписклерит, поражение суставов, узловатая эритема) – показание к колэктомии. При других внеорганных проявлениях колэктомия скорее всего не приведет к улучшению.

2. Малигнизация на фоне НЯК, неаденомо-подобная дисплазия, дисплазия тяжелой степени – веские показания к колэктомии (уровень доказательности 1B).

3. При легкой степени дисплазии возможны два варианта – колэктомия или наблюдение с повторной контрольной полибиопсией слизистой толстой кишки (уровень доказательности 1C).

4. Пациенты у которых развивается стриктура, особенно при длительном анамнезе обычно требуют хирургического лечения (уровень доказательности 1B).

Показания к операции

2. Кишечные осложнения ЯК:

- Кишечное кровотечение (100 мл крови или 800 мл кала с видимой примесью крови в сутки)– экстренная операция.
- Токсическая дилатация толстой кишки– при неэффективности консервативной терапии или развитии осложнения на фоне проводимой полноценной консервативной терапии – экстренная операция.
- **Перфорация кишки.**

Виды операций

1. Операция выбора в экстренной ситуации – колэктомия с формированием концевой илеостомы.

2. Плановые операции:

а) проктоколэктомия с формированием илеостомы.

б) проктоколэктомия с формированием резервуарно-анального анастомоза.
Противопоказания – карцинома, старческий возраст.

в) в отдельных редких случаях при невозможности формирования резервуара и неудовлетворенности пациента илеостомой по Бруку возможно формирование илеостомы по Коку.

г) в исключительных редких случаях возможно выполнение колэктомии и илеоректального анастомоза.

Болезнь Крона.

Хроническое воспалительное рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным поражением стенки кишки и сегментарным распространением воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений.

Клиническая картина.

1. Кишечные кровотечения.
2. Диарея.
3. Боли в животе.
4. Образование воспалительных инфильтратов в брюшной полости.
5. Лихорадка, снижение массы тела.
6. Формирование межкишечных и наружных кишечных свищей.
7. Анемия.
8. Длительно незаживающие перианальные поражения (глубокие безболезненные трещины и свищи).
9. Признаки стенозирования.

Индекс активности болезни Крона по Бесту(Best et al., 1976).

| Критерии (баллы) | коэффициент |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Количество дефекаций жидким или мягким калом на протяжении недели (сумма за 7 дней) | *2 |
| 2. Интенсивность болей в течение недели (0-нет, 1-слабые, 2-умеренные, 3-сильные) | *5 |
| 3. Общее самочувствие в течение недели (0-хорошее, 1-отн. удовл., 2- плохое, 3- очень плохое, 4- невыносимое) | *7 |
| 4. Число внекишечных осложнений (артриты и артралгии, увеит, узловатая эритема, афтозный стоматит, анальная трещина, свищи и абсцессы, лихорадка) | *20 |

Индекс активности болезни Крона по Бесту (Best et al., 1976).

| Критерии (баллы) | коэффициент |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 5. Прием антидиарейных препаратов | *30 |
| 6. Инфильтраты в брюшной полости (0-нет, 2-сомнительно, 5- отчетливый) | *10 |
| 7. 47 минус гематокрит для мужчин 42 минус гематокрит для женщин | *6 |
| 8. 1-масса тела/идеал. Масса * 100 | *1 |
| Индекс активности (<150 ремиссия, 150-300 легкое течение, 450 и >тяжелая форма) | сумма |

Эндоскопические и рентгенологические критерии диагностики БК.

1. Локализация воспаления в подвздошной кишке.
2. Стриктуры тонкой или толстой кишки.
3. Межкишечные свищи.
4. Прерывистость, сегментарность поражения.
5. Рельеф слизистой в виде булыжной мостовой.

Эндоскопия при болезни Крона



Морфологические критерии диагностики БК.

1. Лимфоидные скопления в слизистой и подслизистом слое.
2. Саркоидные гранулемы.
3. Нормальное содержание бокаловидных клеток.
4. Трансмуральная воспалительная инфильтрация.

Показания к оперативному лечению БК.

1. Абсолютные: рубцовый стеноз кишки и кишечная непроходимость, абсцесс, токсический мегаколон, перфорация, перитонит, рак, тяжелое кишечное кровотечение
2. Относительные: кишечные свищи, хроническая обструкция, хроническое активное течение колита Неэффективность или плохая переносимость консервативного лечения.

Классификация рака ободочной кишки

T – глубина инвазии опухоли.

T is – интраэпителиальная опухоль

T1- инвазия ограничивается подслизистым слоем.

T2 – опухоль инвазирует мышечный слой.

T3 – опухоль прорастает все слои кишечной стенки и субсерозные ткани, в экстраперитонеальных отделах проникает в параректальную клетчатку.

T 4 – опухоль врастает в прилежащие органы и ткани таза.

Классификация рака ободочной кишки

N – состояние регионарных лимфатических узлов.

N_x – состояние лимфоузлов неизвестно

N₀ – нет поражения лимфатических узлов.

N₁ – имеются метастазы в 1-3 брыжеечных л/узлах

N₂ – имеются метастазы в 4 и более брыжеечных л/узлах

Классификация рака ободочной кишки

M – наличие или отсутствие
отдаленных метастазов.

Mx – неизвестно или наличие метастазов
не изучалось

M0 – метастазы не обнаружены.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

Классификация рака ободочной кишки

Стадия 1. T1-2 N0 M0.

Стадия 2. T3-4 N0 M0.

Стадия 3. T1-4 N1-3 M0.

Стадия 4. T1-4 N0-3 M1.

Симптоматика рака ободочной кишки

1. Синдром патологических выделений (слизь, кровь, гной).
2. Нарушения функции кишечника(запоры, поносы, урчание в животе, вздутие живота).
3. Синдром функциональных нарушений без кишечных расстройств(боли, тошнота, отрыжка, рвота, чувство тяжести в эпигастрии).
4. Синдром нарушения кишечной проходимости.
5. Синдром «малых признаков» и нарушение общего состояния больных.
6. Наличие пальпируемой опухоли.

Клинические формы рака ободочной кишки

1. Токсико-анемическая.
2. Энтероколитическая.
3. Диспептическая.
4. Обтурационная.
5. Псевдовоспалительная.
6. Опухолевая.

Диагностика рака ободочной кишки

1. Жалобы и анамнез.
2. Наружный осмотр промежности.
3. Пальцевое исследование прямой кишки.
4. Ректороманоскопия, биопсия, цитология.
5. Сигмоскопия, фиброколоноскопия.
6. Ирригоскопия.
7. Ультразвуковое исследование (трансабдоминальное и эндоректальное).
8. КТГ, ЯМР.
9. Лапароскопия.

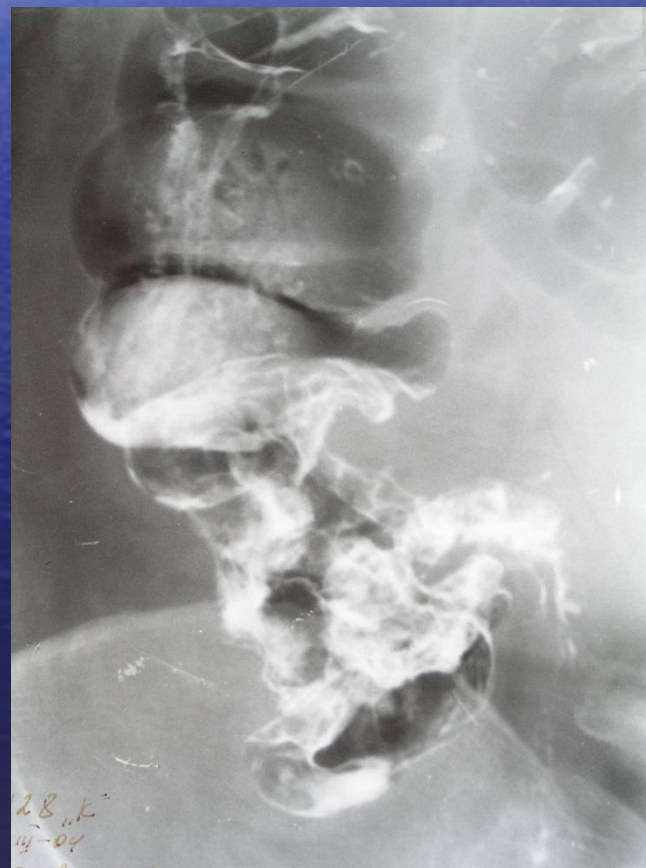
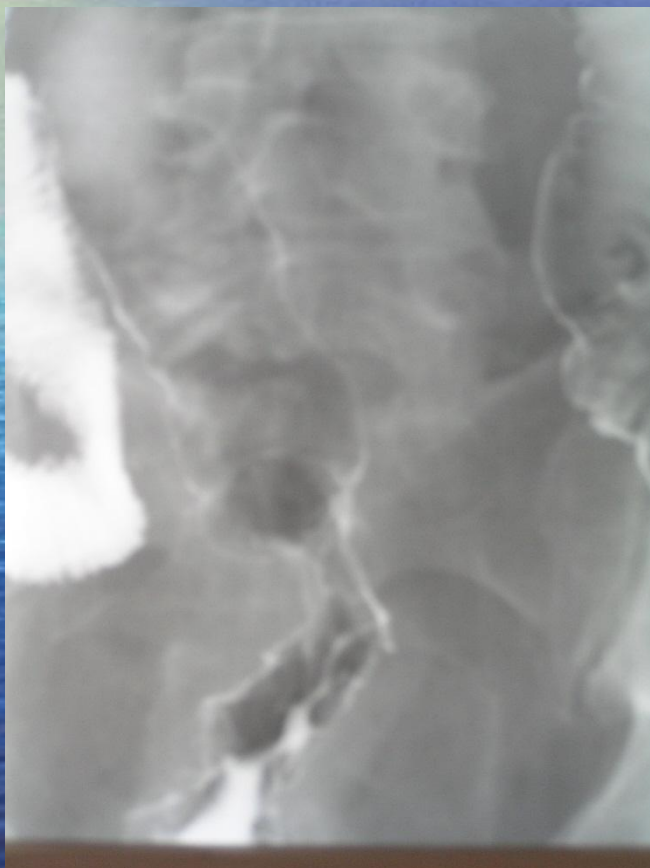
Диагностика рака ободочной кишки

1. дефект наполнения



Диагностика рака ободочной кишки

2. патологическая перестройка рельефа слизистой оболочки

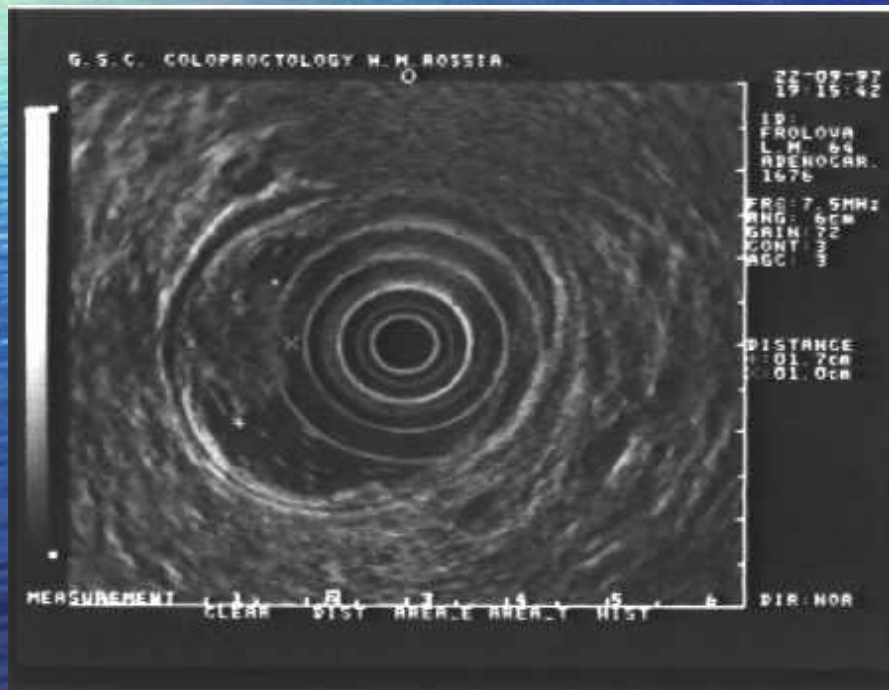


Диагностика рака ободочной кишки

3. стенозирование просвета кишки



Диагностика рака ободочной кишки внутрипросветное УЗ исследование (эндоректальное исследование, уз-колоноскопия)



Лечение рака ободочной кишки

1. Медикаментозное лечение:

Адьювантная и неоадьювантная химиотерапия.

2. Лучевая терапия:

Пред-, интра-, послеоперационная.

3. Хирургическое лечение рака ободочной кишки:

Радикальные операции.

Паллиативные операции.

Циторедуктивные операции.

Методы подготовки к операциям на толстой кишке

1. Традиционная подготовка.
2. Электролитный лаваж.
3. Элементные диеты (нутризон, нутридринк).
4. Лаваж с раствором маннитола (5-10% р-р).
5. Лаваж с водными растворами полимеров.

Стандартные радикальные операции при раке ободочной кишки

1. Правосторонняя гемиколэктомия.
2. Левосторонняя гемиколэктомия.
3. Резекция поперечно-ободочной кишки.
4. Сигмоидэктомия, резекция сигмовидной кишки.
5. Колэктомия.