

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Лекция № 33

Дифференциальная диагностика и лечение пищеводной, желудочковой и кишечной диспепсии

Доцент., к.м.н. Вырва Полина Владимировна

Красноярск 2020

План лекции

1. Диагностика и лечение заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ГЭРБ, диспепсия)
2. Определение, основные этиопатогенетические факторы, классификация, клиника синдрома раздраженного кишечника (СРК), в том числе современное понятие запора и диареи
3. Определение воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК): язвенного колита (ЯК), болезни Крона (БК). Отличительные клинико-лабораторные характеристики, в том числе, рентгенологические, эндоскопические, гистологические проявления ЯК и БК.
4. Дифференциально-диагностические критерии СРК, ЯК и БК.
5. Основные подходы к терапии СРК, ЯК и БК

Цель лекции

- Представить основные дифференциально-диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника, язвенного колита и болезни Крона, ГЭРБ, диспепсии для улучшения диагностики и подбора правильного лечения хронических заболеваний кишечника неинфекционной этиологии

Задачи

1. Ознакомить с типичными клинико-лабораторными проявлениями СРК. Выделить «симптомы тревоги», исключающие диагноз СРК
2. Ознакомить с типичными клинико-лабораторными проявлениями ХВЗК. Обратить особое внимание на различную локализацию патологического процесса при язвенном колите и болезни Крона.
3. Продемонстрировать основной дифференциально-диагностический алгоритм функциональных и органических заболеваний кишечника
4. Ознакомить с принципами базисной терапии хронических заболеваний кишечника
5. ГЭРБ
6. Диспепсия

Актуальность

- По распространенности ГЭРБ занимает первое место среди гастроэнтерологических заболеваний
- ГЭРБ приводит к снижению качества жизни, особенно при ночной симптоматике, появлению внепищеводных симптомов и риску возникновения осложнений: кровотечение из эрозий и язв, развитие пептических стриктур, пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода
- Трудности при лечении больных ГЭРБ: длительность лечения, рефрактерность к антисекреторным препаратам и низкая приверженность к лечению

ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных – цилиндроклеточной метаплазии

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В.Т. Ивашкин, И.В. Маев. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии 2017; 27(4), стр 75- 95

НЭРБ - субкатегория ГЭРБ, характеризующаяся наличием вызванных рефлюксом и снижающих качество жизни симптомов без эрозий СО пищевода, выявляемых при проведении обычного эндоскопического исследования, в отсутствие антисекреторной терапии в данный момент. Подтвердить диагноз НЭРБ могут результаты проб с ингибиторами протонной помпы (ИПП), выявление патологического рефлюкса при рН-метрии или специфических эндоскопических признаков эзофагита при проведении исследований с использованием высокотехнологичных методов (увеличение с высоким разрешением, узкоспектральная эндоскопия)

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В.Т. Ивашкин, И.В. Маев. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии 2017; 27(4), стр 75- 95

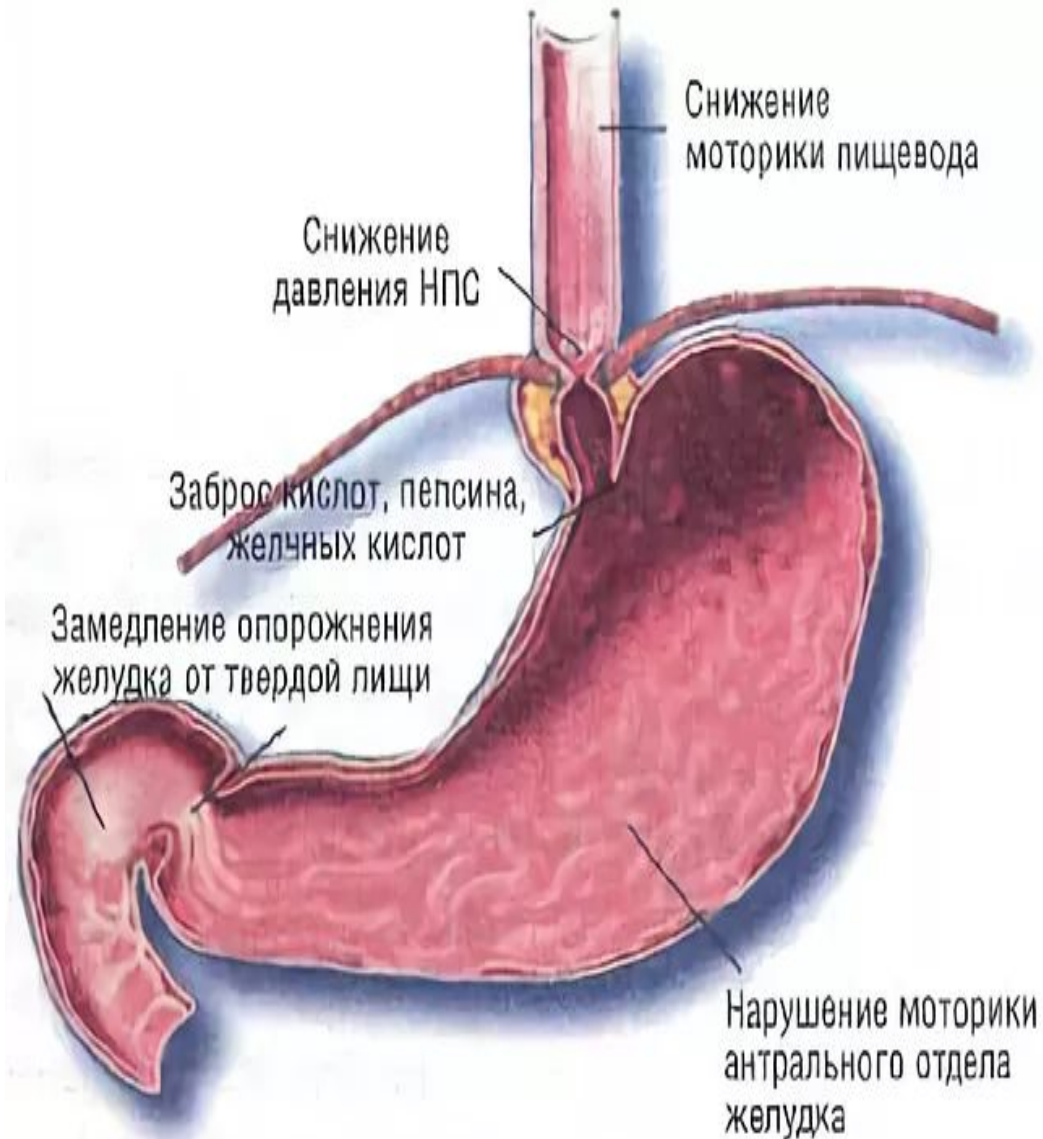
Особенности патогенеза ГЭРБ

↑ частоты спонтанного расслабления НПС: коморбидная патология, антагонисты кальция.

↓ давления НПС ≤ 10 мм рт. ст. : БА, СД, нитраты, β_2 -агонисты, ЦВБ

Грыжа ПОД $\geq 50\%$ после 60 лет

↑ интрагастральная и интраабдоминальная гипертензия: ожирение, птоз, дуодено-гастральный рефлюкс



Нарушение моторики: БА, болезнь Паркинсона, ятрогения

Гиперсенситивный пищевод, сенестопатия: СД, ЦВД, депрессия, тревожные расстройства

Уменьшение выработки бикарбонатов: атрофия желез при гастрите

Уменьшение объема слюны у пожилых

Классификация рефлюксов

- **Гастроэзофагеальный** (кислый) состав рефлюктата – соляная кислота. рН снижается до 4
- **Дуоденогастральный** (щелочной) состав рефлюктата – желчь. рН повышается до 7.
- **Смешанный**, состав рефлюктата – соляная кислота +желчь

В норме в н/3 пищевода рН = 6

Классификация

- 1) Отсутствие повреждений слизистой пищевода - **НЭРБ** – неэрозивная рефлюксная болезнь – 50-70%.
- 2) Эрозивно-язвенные дефекты – **эрозивный эзофагит** – 30-40%
- 3) **Осложнения ГЭРБ** – пищевод Баррета; пептические стриктуры; пищеводные кровотечения; аденокарцинома – 0,5-3%.

Классификация клинических проявлений (Монреальская)

Пищеводные проявления	Внепищеводные проявления
<p>Типичный симптомокомплекс рефлюкса</p> <ul style="list-style-type: none">• Изжога (83%) – увеличение ее выраженности при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении• Отрыжка (52%) - усиливается после еды и приема газированных напитков• Срыгивание - усиливается при физическом напряжении и положении тела, способствующем регургитации.• Одинофагия и дисфагия (19%)	<p>связь с ГЭРБ основана на достаточно убедительных клинических доказательствах</p> <ul style="list-style-type: none">• Отоларингологический синдром - Хронический кашель, связанный с рефлюксом (сухой кашель) и Хронический ларингит (першение в горле, осиплость, потеря голоса)• Бронхиальная астма• Стоматологический синдром (Эрозии эмали зубов; кариес, афтозный стоматит)
<p>Некардиальная боль в груди - могут создавать впечатление коронарных болей — так называемый симптом «non-cardiac chest pain». Эти боли купируются нитратами, но в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой</p>	<p>связь с ГЭРБ лишь предполагается</p> <ul style="list-style-type: none">• Фарингит• Синусит• Лёгочный фиброз• Средний отит
<p>Синдромы, при которых, кроме жалоб больных, отмечаются эндоскопические признаки заболевания (эзофагит, пищевод Баррета, стриктуры и др.)</p>	

Диагностика

Эндоскопическое исследование – ЭГДС - «золотой стандарт», проведения биопсии пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения пищевода Баррета и АКП, а также эозинофильного эзофагита

Признаки рефлюкс-эзофагита различной степени выраженности

- гиперемия и рыхлость СО пищевода – катаральный эзофагит
- Эрозии и язвы – эрозивный эзофагит различной степени тяжести
- Экссудат, фибрин, признаки кровотечения

- Пролапс СО желудка в пищевод
- Укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода выше диафрагмы
- Заброс содержимого желудка или ДПК в пищевод

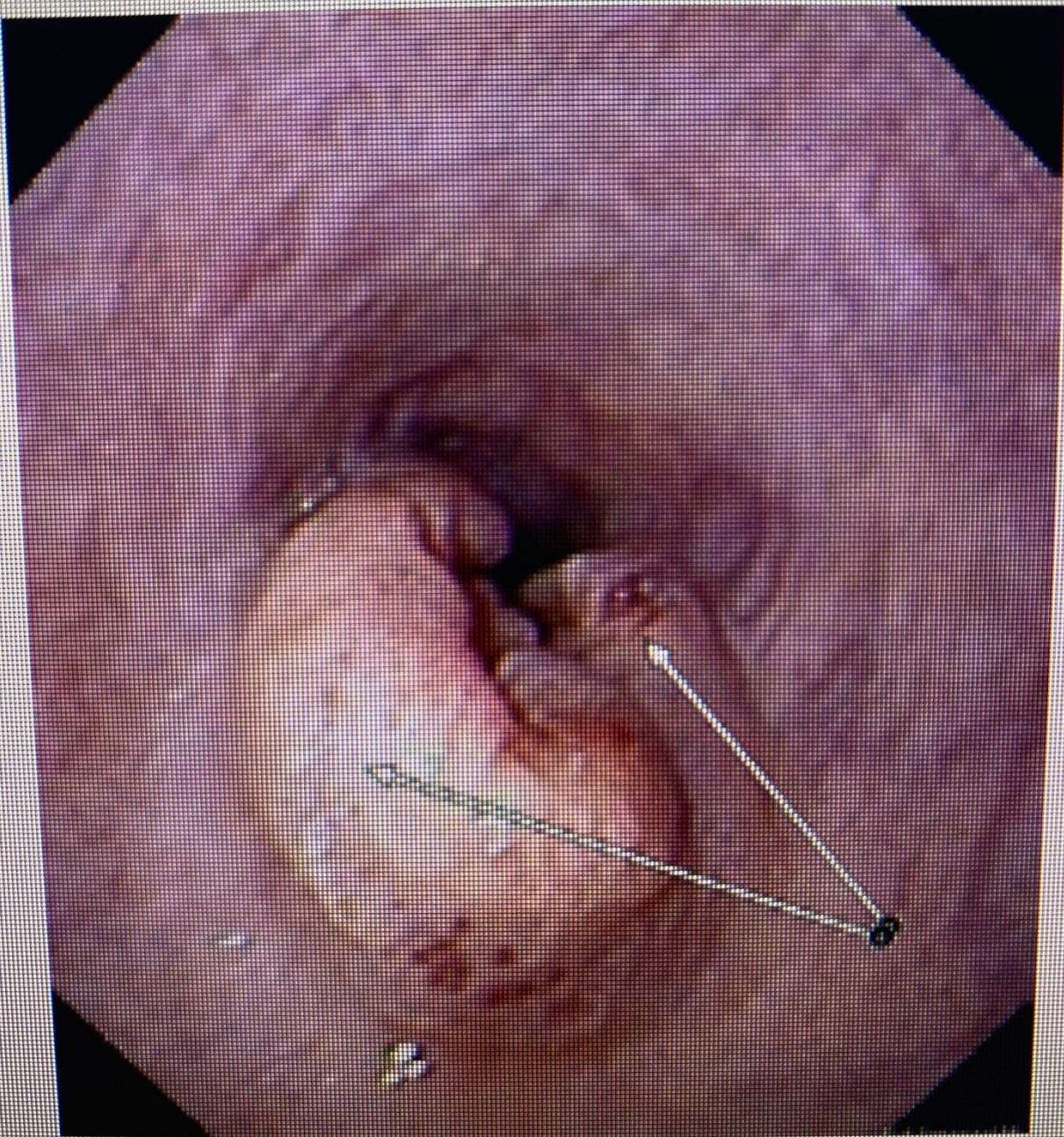


Рис. 7: Грибовидная опухоль пищевода



Рис. 8: Ахалазия кардии

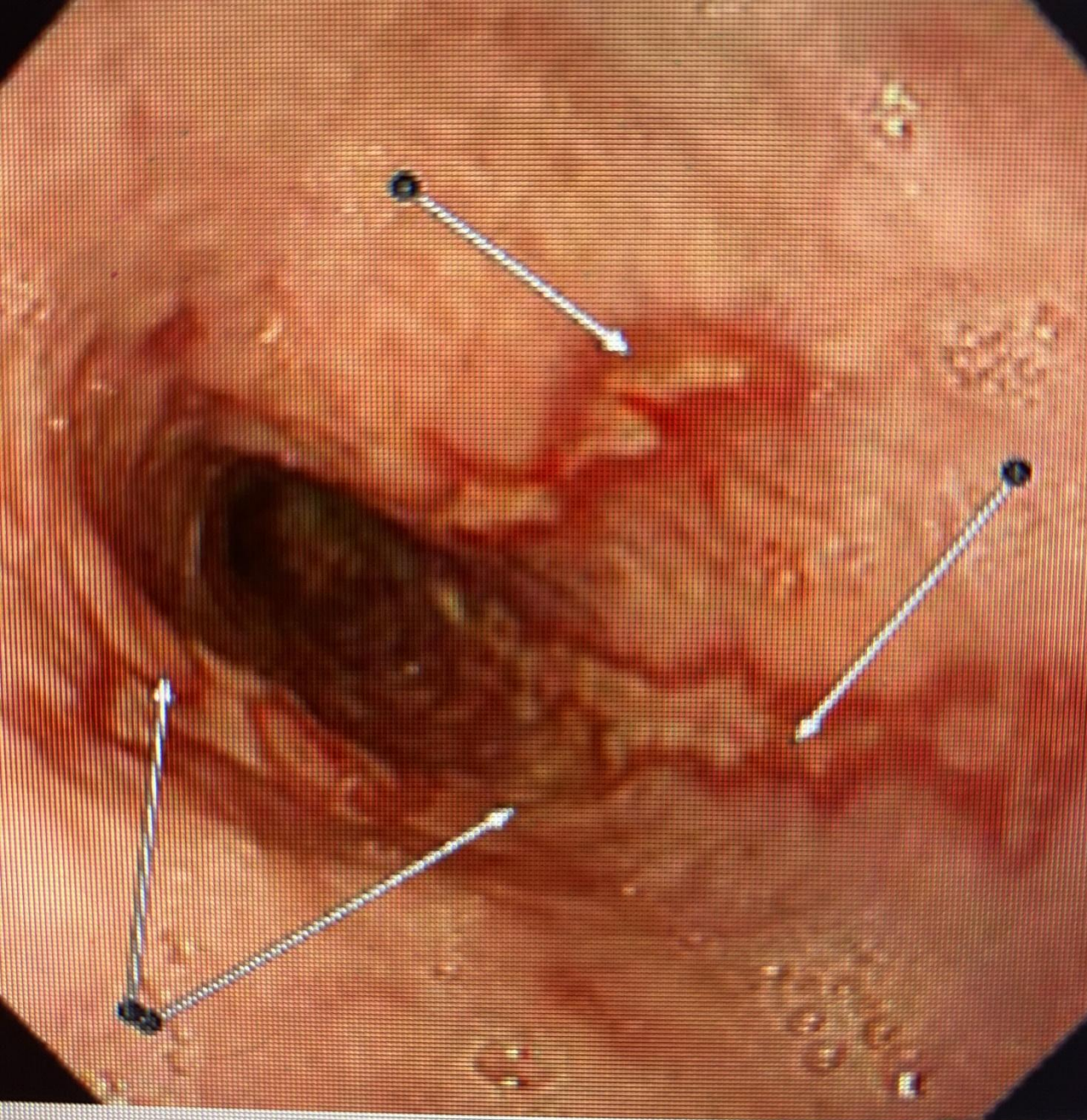


Рис. 2: Рефлюкс-эзофагит. Сливные эрозии

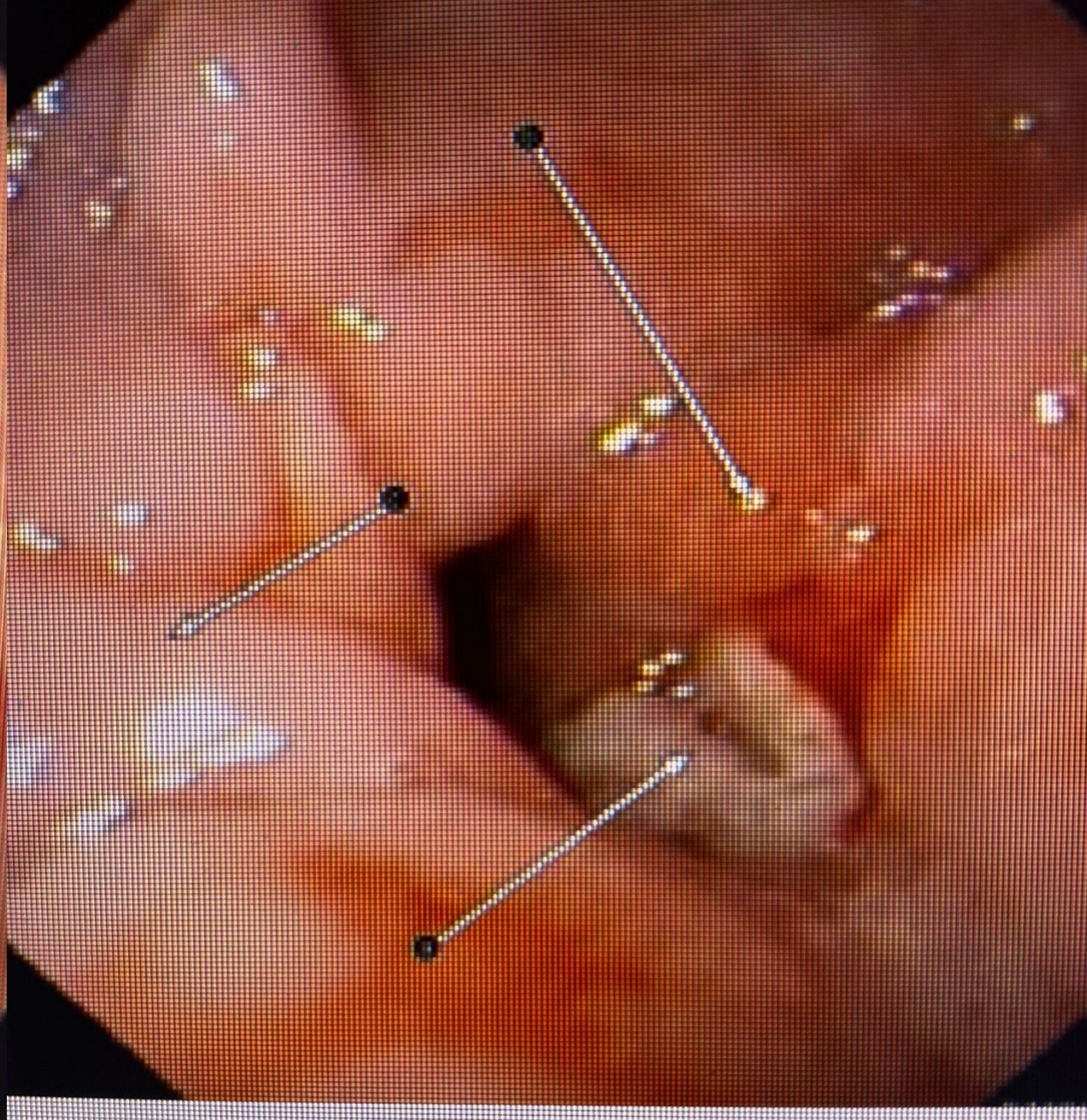


Рис. 1: Пищевод Барретта. Язва пищевода.

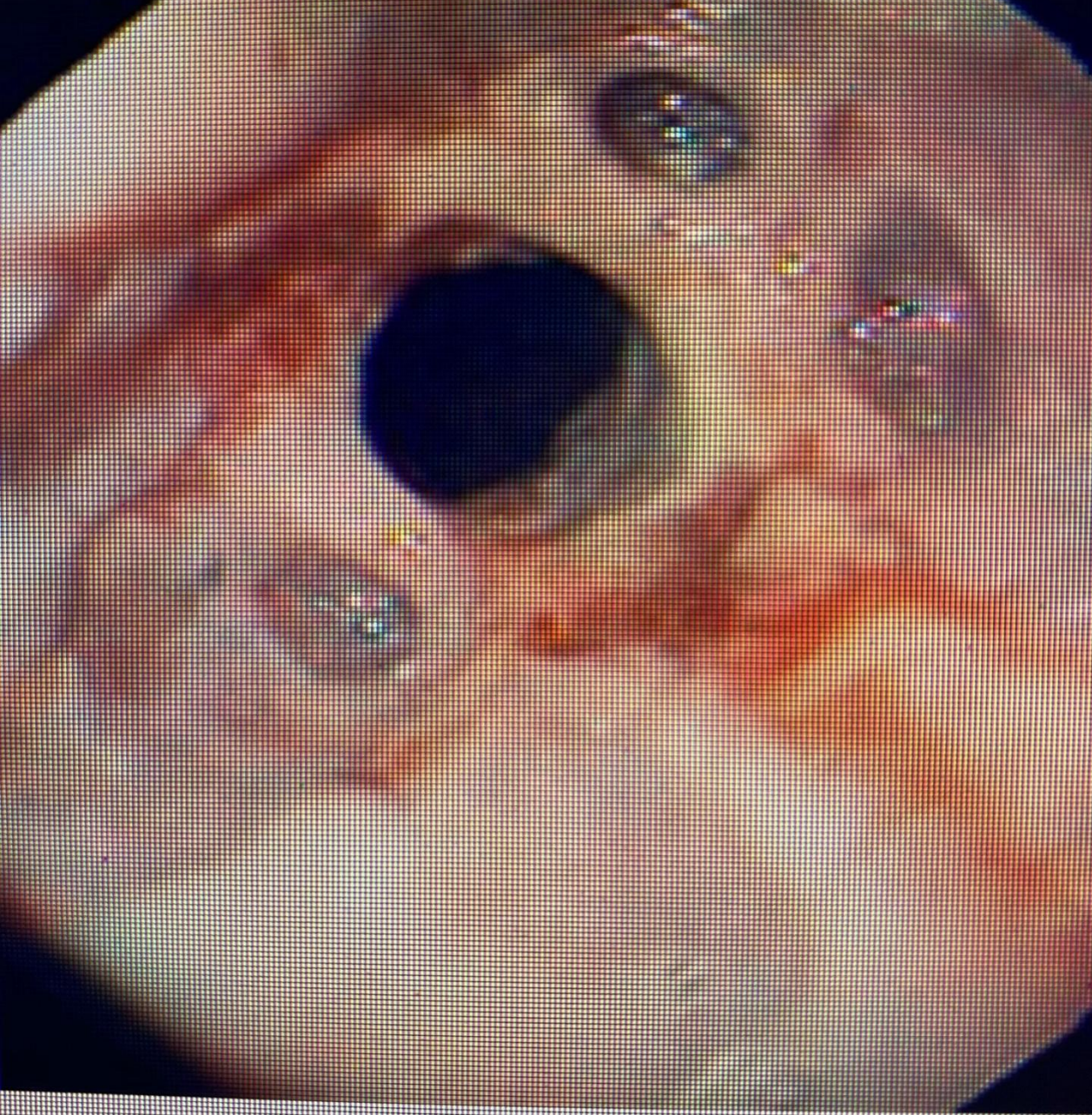


Рис. 4: Дивертикулы пищевода (над-диафрагмальные)

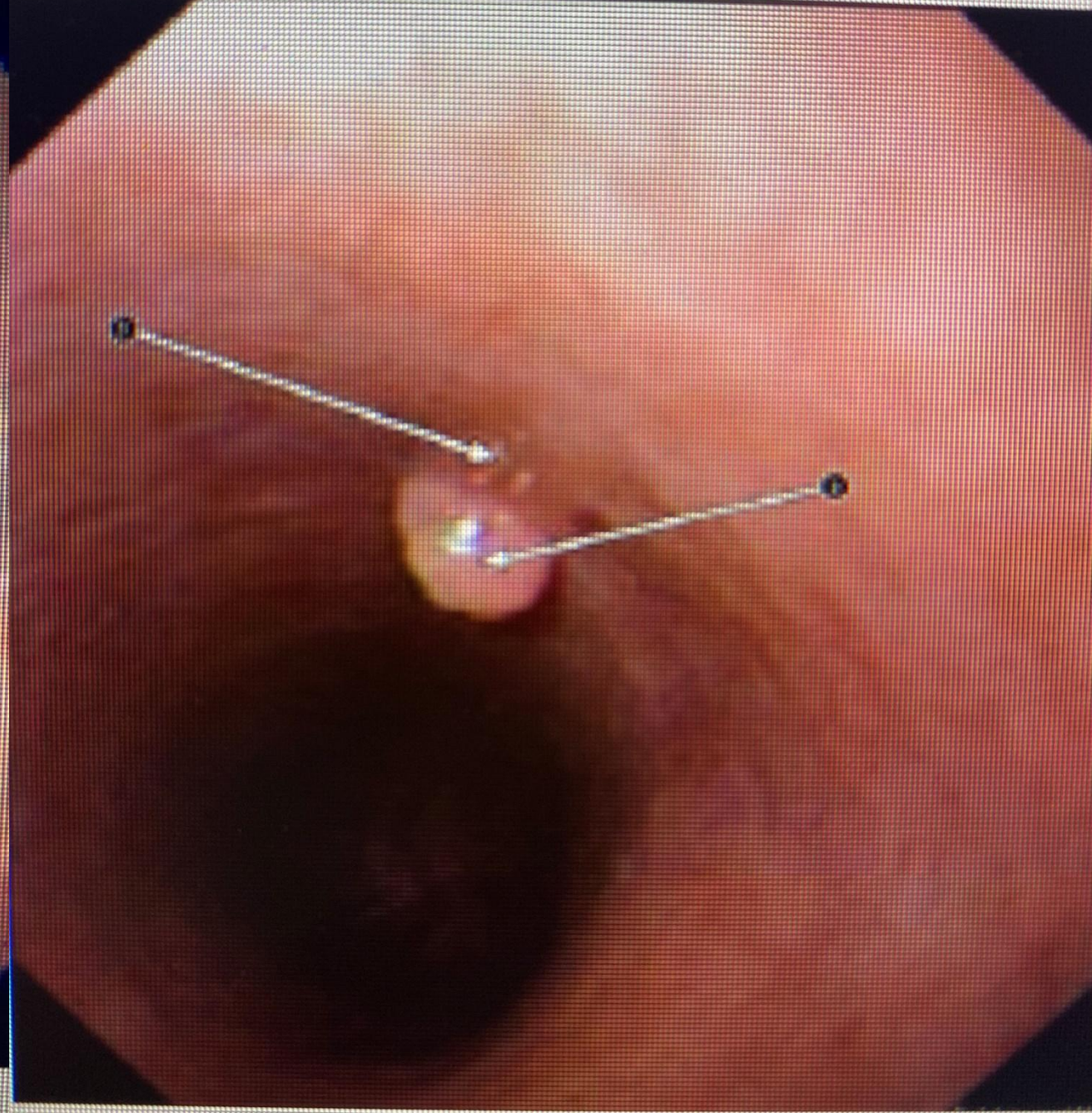


Рис. 5: Полип пищевода на ножке

Диагностика

Суточное мониторирование внутрипищеводного рН

Показание:

- Характерные проявления ГЭРБ в отсутствие эндоскопических изменений в пищеводе
- Внепищеводные проявления ГЭРБ
- Планируемое хирургическое лечение ГЭРБ и контроль эффективности лечения при сохраняющихся симптомах заболевания
- Подбор лекарственных препаратов и контроль эффективности проводимого консервативного лечения

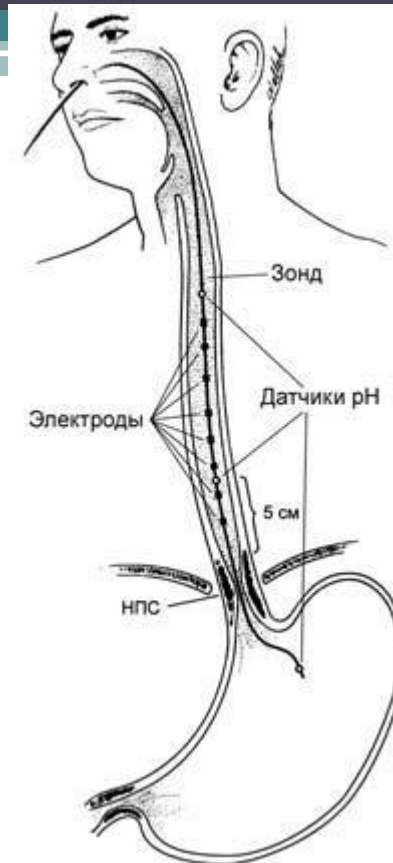
pH-импедансометрия

Метод регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления, которое оказывает электрическому току содержимое желудка, попадающее в просвет пищевода.

Определяет эпизоды рефлюксов в пищеводе независимо от значения pH рефлюктата, а также физическое состояние (газ, жидкость).

Показание:

- Рефрактерная ГЭРБ – сохранение типичных симптомов и/или отсутствие заживления эрозий на фоне полного курса терапии ИПП в стандартной дозе, а также гипо- и антацидные состояния (резекция желудка, атрофический гастрит)
- Атипичные формы и внепищеводные проявления ГЭРБ: хронический кашель, БА, отрыжка, фарингит.
- Оценка эффективности антисекреторной терапии ГЭРБ без отмены препарата при наличии постоянных симптомов болезни
- Оценка эффективности хирургического лечения ГЭРБ



Манометрия

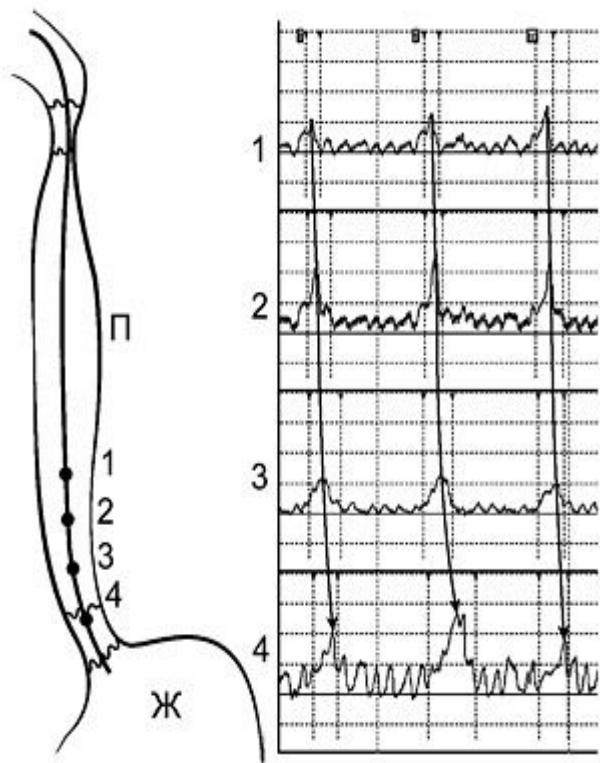
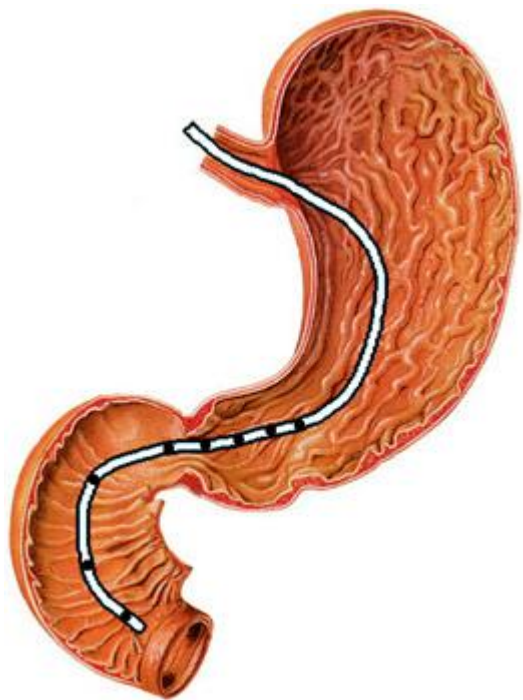
Исследование двигательной функции пищевода.

Выявляет:

- Снижение давления НПС
- Наличие ГПОД
- Увеличение количества ПРНПС
- Количественные показатели совокупной перистальтической актив органа
- Эзофагоспазм
- Атипичные случаи ахалазии кардии
- Диагностирует синдром руминации и супрагастральной отрыжки
- Позволяет верифицировать положение НПС для проведения рН-м
- Обязательное исследование для решения вопроса о хирургическом ГЭРБ



Манометрия



Катетер вначале вводят в желудок и, извлекая по 1 см, делают функциональные пробы – глотки воды (5 мл), в результате которых возникают перистальтические волны давления в пищеводе. На мониторе дистанционным пультом отмечают начало каждого глотка. После окончания исследования анализируются амплитуды и временные задержки между волнами на разных уровнях пищевода.

Диагностика

- **Рентгенологическое исследование пищевода и желудка (полипозиционное)** – диагностика сопутствующей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, опухоли, язвы и стриктуры пищевода.

- **Эндоскопия высокого разрешения:**

УЗКОСПЕКТРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

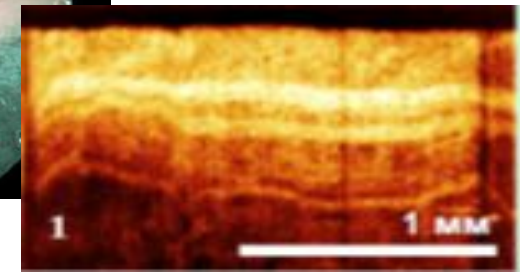
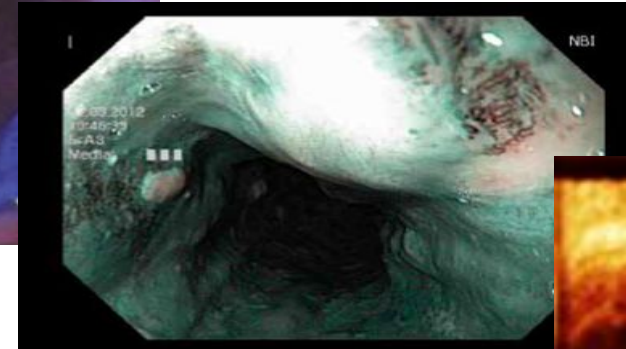
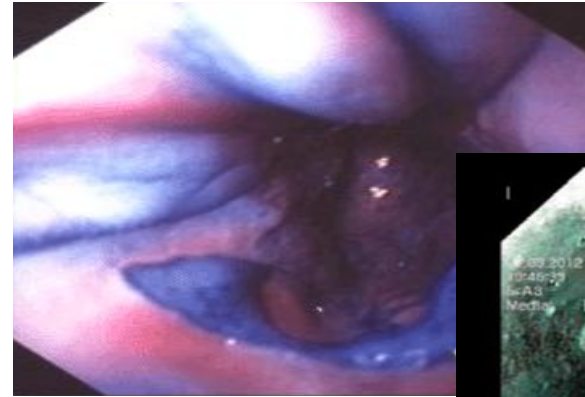
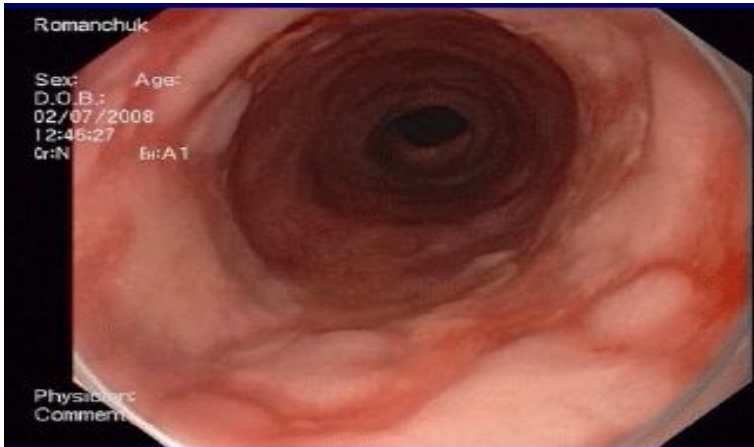
Применение режима NBI(Narrow Band Imaging) при исследованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта помогает обнаружить зоны с дисплазией высокой степени и выявлять злокачественные поражения на ранней стадии.

Аутофлуоресценция

Главным преимуществом этого метода являются точность определения границ опухоли, выявление невидимых глазом очагов поражения и, как следствие - высокой информативности последующей биопсии.

Эндоскопическое УЗИ пищевода

Принципы и этапы эндоскопической диагностики пищевода Баррета, дисплазии и раннего рака



Оптические методы:

1. Хромэндоскопия метиленовым синим, раствором Люголя
2. +Узкоспектральная эндоскопия NBI пищевода
3. Оптическая когерентная томография
4. Флуоресцентная спектроскопия

Цель терапии ГЭРБ

1. Снижение желудочной секреции
2. Восстановление тонуса и моторики
3. Нормализация желчевыделения
4. Связывания кислоты и желчи
5. Восстановление поврежденных гастро- и эзофагоцитов

ГЭРБ: немедикаментозное лечение



- Отказ от курения;
- Снижение массы тела при наличии избыточного веса;
- Спать с приподнятым с помощью подставок на 15-20см головным концом кровати (нельзя подкладывать под голову несколько подушек);
- Отказ от ношения тесной одежды, тугих поясов, ремней и корсетов;
- Избегать чрезмерной нагрузки на мышцы брюшного пресса;
- Воздерживаться от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, поднятия тяжестей весом более 10 кг;
- По возможности не принимать лекарственные препараты, снижающие тонус НПС (нитраты, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, спазмолитики, антидепрессанты, теофиллин, прогестерон), а также средства, повреждающие слизистую оболочку пищевода (НПВП, доксициклин, хинидин);
- Устранение явлений хронического запора.
- Избегать переедания и прекращать прием пищи за 2 часа до сна
- Избегать употребление томатов, кислых фруктовых соков, жирной пищи, шоколада и кофе

Цель терапии ГЭРБ

Цель №1: Снижение желудочной секреции - ИПП:

рабепразол в дозе 20 мг/день

или пантопразол 40 мг/день

или омепразол 20 мг 2 раза в день

или эзомепразол 40 мг/день

или декслансопразол 60мг/день

Цель №2: Восстановление тонуса, и моторики - Прокинетики:

Итоприда гидрохлорид (Итомед, Ганатон) 50мг - 3 раза в день

Цель №3: Нейтрализация кислоты и сорбционное действие

Альгинаты: 3-4 раза в день, через 30-40 мин после еды и 1 раз на ночь

Антациды – при быстром устранении симптомов. Прием через 1,5-2 часа после еды и на ночь.

Адсорбенты – нейтрализация соляной кислоты желудочного сока, адсорбция желчных кислот и пепсина – по 1 пакетику (3г) 3 раза в день.

Цель №4: нормализация желчевыделения связывание кислоты и желчи

УДХК - Урсосан или Урсофальк и тд. 250-500 мг в сутки, продолжительность до 6 месяцев.

Цель №5: (дополнительная): восстановление поврежденных гастро- и эзофагоцитов

Ребамипид (Ребагит) 100 мг по 1 таб. 3 раза в день 4 -8 недель

Альфазокс -Комбинация гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата обеспечивает защиту слизистой оболочки желудка и пищевода. Внутрь. По 1 пак. (10 мл) после основных приемов пищи и перед сном

Ахалазия кардии (АК)

- Идиопатическое заболевание, характеризующееся отсутствием релаксации нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в ответ на акт глотания в виде нейромышечного расстройства и дегенеративного изменения нервных окончаний межмышечного сплетения с последующей селективной потерей ингибирующих нервов.
- частота встречаемости данной патологии составляет 1 на 100 000 населения в год.

Патогенез

- воспаление мышечной оболочки с повреждением и последующей дегенерацией ганглионарных клеток и фиброзом нервных сплетений мышечной оболочки
- значительное снижение синтеза оксида азота и вазоактивного кишечного пептида.
- Постепенное расширение пищевода, сужение кардиального отверстия (пищевод удлиняется, приобретая S-образную форму), сглаженность складок
- этиологической причиной заболевания является аутоиммунно-опосредованное разрушение тормозящих нейронов в ответ на неизвестный фактор у генетически предрасположенных людей, однако конкретная причина неизвестна

Классификация ахалазии кардии по Б. В. Петровскому, О. Д. Фёдоровой

I стадия – функциональный перемежающийся спазм, сужение кардии и супрастенотическое расширение пищевода отсутствуют, определяется непроходимость кардии спастического характера;

II стадия – стабильный спазм кардии с нерезким расширением пищевода;

III стадия – определяются рубцовые изменения мышечных слоёв кардии с выраженным супрастенотическим расширением пищевода;

IV стадия – резко выраженный стеноз кардии, определяется значительная дилатация пищевода, застойный эзофагит с участками некроза и изъязвления слизистой, отмечается периэзофагит, фиброзный медиастинит

Клиника

- Нарушения прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу (дисфагия – затрудненное проглатывание, руминация, срыгивания пищи)
- Отрыжка непереваренной пищи, боли за грудиной, снижение веса, ночной кашель, связанный с аспирацией застойного содержимого пищевода во время сна и изжога.
- Изжога (задержка остатков пищи и продукцией лактатов в результате ферментативной активности бактерий)
- Болевой синдром при прохождении пищи через спазмированный участок пищевода или при его перерастяжении.

Диагностика

- Рентгеноскопия пищевода и желудка (равномерное сужение нижней части пищевода, переходящей в закрытый НПС, напоминающий «писчее перо» или «птичий клюв»).
- Манометрия пищевода (изменение перистальтики пищевода с недостаточным расслаблением НПС при глотании).
- Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) для исключения так называемой псевдоахалазии, возникающей при опухолях кардиоэзофагеальной зоны

Лечение

- Целью консервативной терапии является уменьшение функциональной непроходимости пищевода путем расслабления НПС.
- Лекарственные препараты (ЛП), такие как блокаторы кальциевых каналов и нитраты длительного действия, эффективно снижают давление в НПС и временно уменьшают явления дисфагии, но не улучшают релаксацию НПС и не улучшают перистальтику.

Нифедипин 10–30 мг п/я за 30–45 мин до еды;

Изосорбита динитрат 5 мг п/я за 10–15 мин до еды

- Ботулотоксин (БТ) — это мощный нейротоксин, который ингибирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптических окончаний двигательных нейронов. Однократное введение БТ демонстрирует эффективность у 85 % пациентов с АК, но его эффект уменьшается со временем (50 % через 6 месяцев и 30 % через 1 год)
- Эндоскопическая баллонная дилатация (ЭБД) или пневмокардиодилатация (ЭПКД). Считается наиболее эффективным неоперативным методом лечения. При использовании лечебного подхода с постепенным увеличением диаметра баллона с 3 до 4 см в несколько сеансов частота хороших результатов составляет 93 % за средний период наблюдения 4 года.
- Хирургическое лечение. Целью операции является устранение дистального блока пищевода путем разделения циркулярных мышечных волокон, составляющих НПС. Операция может быть выполнена любым доступом, но предпочтительными являются лапароскопический или торакоскопический.

Функциональная диспепсия (ФД)

Комплекс жалоб, включающий в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев), и который не может быть объяснен органическими заболеваниями

Классификация

- В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных жалоб выделяют 2 основных клинических варианта ФД:
 - с преобладанием синдрома боли в эпигастрии (прежнее название – язвенноподобный вариант);
 - с преобладанием постпрандиального дистресс-синдрома (прежнее название – дискинетический вариант).

Диагностика

Симптомы	Определение
Боли в эпигастрии	Под эпигастрием понимается область, расположенная между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченная справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые больные могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения.
Чувство жжения в эпигастрии	Представляет собой неприятные жгучие ощущения в эпигастральной области.
Чувство переполнения в эпигастрии после еды	Представляет собой неприятное ощущение длительной задержки пищи в желудке.
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется вскоре после начала приема пищи независимо от объема съеденной пищи, в результате чего прием пищи не может быть завершен.

Лабораторная диагностика

К основным методам диагностики относятся клинический и биохимический анализы крови, анализ кала, гастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование, исследование инфекции *H.pylori*.

Инструментальная диагностика

проведение эзофагогастродуоденоскопии

позволяет исключить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, наиболее часто протекающие с симптомами диспепсии (эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенные изменения, вызывающие нарушения опорожнения желудка и двенадцатиперстной кишки, новообразования и др.), выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки пищевода (рефлюкс-эзофагит), нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (дуоденогастральный рефлюкс).

Важным преимуществом гастродуоденоскопии служит возможность проведения биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим установлением морфологического варианта сопутствующего хронического гастрита и дуоденита.

ультразвукового исследование органов брюшной полости

позволяет уточнить состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, после приема больным 200-300 мл теплой воды - можно получить ориентировочную информацию о тоне и перистальтике желудка. При этом эвакуаторную способность определяют по ритмичному сокращению привратника и изменению объема заполненного жидкостью желудка.

По показаниям проводятся **рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки**, внутрижелудочная рН-метрия, суточное мониторирование рН в пищеводе, методы исследования двигательной функции желудка (сцинтиграфия, электрогастрография, манометрия желудка), компьютерная томография и др.

Инструментальная диагностика

- **проведением тестирования на наличие инфекции *H.pylori* (НР)** используются различные методы (серологический, морфологический, быстрый уреазный тест, дыхательный тест, определение ДНК НР в кале и слизистой оболочке желудка с помощью полимеразной цепной реакции и др.). Достоверность исследования повышается при одновременном применении нескольких методов, что позволяет избежать ложноотрицательных результатов.

Лечение

- Рекомендуется частое (6 раз в день), дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, а также кофе. Желателен отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП.
- Антациды, ИПП, прокинетики, STW 5 (иберогаст)
- При наличии инфекции НР больным ФД рекомендовано проведение эрадикационной терапии (схемой первой линии является стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки).
- Прием трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

Римские критерии IV.

Функциональные кишечные расстройства

- Нарушения моторики:
 - а) гипермоторные (повышение тонуса, ускоренная пропульсия),
 - б) гипомоторные (снижение тонуса, замедленная пропульсия).
- Нарушения транспорта:
 - а) гиперсекреция ионов и воды в просвет кишки,
 - б) повышенная абсорбция ионов и воды в толстой кишке.
- Нарушения секреции слизи:
 - а) избыточная секреция слизи,
 - б) пониженная секреция слизи.

Пахомова И. Г. Заболевания толстой кишки: от функциональных расстройств к органической патологии // Медицинский совет. 2013. № 5. С. 46–53

Функциональные кишечные расстройства в новой редакции Римских критериев IV (2016)

Раздел С	Функциональные расстройства кишечника
С1	Синдром раздраженного кишечника (СРК) СРК с преобладанием запоров СРК с преобладанием диареи СРК смешанного типа Неклассифицируемый СРК
С2	Функциональный запор
С3	Функциональная диарея
С4	Функциональное абдоминальное вздутие
С5	Неспецифическое функциональное кишечное расстройство
С6	Опиоид-индуцированный запор

Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV // Gastroenterol. 2016. Vol. 150 (6). P. 1262–1279.

Определение СРК («Римские критерии IV»)

функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

- связана с дефекацией
- сочетается с изменением частоты дефекации
- сочетается с изменением консистенции кала

Симптомы возникают в течение последних 3 мес. при общей продолжительности наблюдения не менее 6 мес.

Римские критерии IV

1. **СРК с преобладанием запора (СРК-З)** — твердый или комковатый стул (тип 1—2) > 25 % и жидкий или водянистый стул (тип 6—7) < 25 % дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств).
2. **СРК с преобладанием диареи (СРК-Д)** — жидкий или водянистый стул (тип 6—7) > 25 % и твердый или комковатый стул (тип 1—2) < 25 % дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств).
3. **Смешанный СРК (СРК-М)** - твердый или комковатый стул (тип 1—2) > 25 % и жидкий или водянистый стул (тип 6-7) > 25 % дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств).
4. **Неклассифицируемый СРК (СРК-Н)** — патологическая консистенция стула, соответствующая критериям СРК-З, Д, или М (без применения антидиарейных или слабительных средств). Поскольку в определенные моменты могут преобладать разные симптомы (в течение времени запор сменяется поносом и наоборот), эксперты предлагают использовать термин "перемежающийся СРК".

Бристольская шкала формы кала

Большое время транзита, до 100 ч



Короткое время транзита, до 12 ч

Тип кала	писание внешнего вида кала	Форма
1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
2	В форме колбаски комковатой	
3	В форме колбаски с ребристой поверхностью	
4	В форме колбаски или змеи, гладкий, мягкий	
5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашецеобразный стул	
7	Водянистый без твердых частиц	

СРК: наиболее важные факторы в развитии заболевания



Клиника

1. Кишечные
2. Относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (диспепсия у 15-44%, тошнота, изжога);
3. Негастроэнтерологические (боли в поясничной области, мышечные и суставные боли, диспареуния, никтурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгия, мигрень, нарушение ночного сна).

СРК: характеристика боли в животе

- По характеру («жгучая», «тупая», «ноющая», «кинжальная», «выкручивающая»)
- По локализации (чаще в подвздошных областях, в области верхнего квадранта живота слева)
- Усиливаются после еды, у женщин во время менструации
- Облегчается после дефекации, отхождения газов, приема спазмолитиков
- Никогда не возникают по ночам
- Более характерна преходящая боль, чем постоянная.
- Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после приема пищи.

СРК: особенности диареи

- Стул преимущественно в утренние часы, после завтрака
- Нарушение акта дефекации (императивные позывы на дефекацию, ощущение неполного опорожнения кишечника)
- Отсутствие увеличения объема кишечного содержимого (не более 200г)
- Отсутствие диареи в ночные часы

СРК: особенности запора

- Стул бывает «овечьим», или «пробкообразным» (первые порции кала более плотные, чем последующие), может быть также стул в виде карандаша – узкие длинные ленты.
- Могут возникать запорные поносы – жидкий стул после нескольких дней его задержки.
- Стул не содержит примеси крови и гноя, может быть слизь.

Отличительные особенности течения СРК

- Возникновение в молодом возрасте
- Связь возникновения симптомов с нервно-психическими факторами
- Несоответствия между многообразием жалоб и объективными данными
- Отсутствие прогрессирования
- Отсутствие «симптомов тревоги»

СРК: симптомы тревоги

Жалобы и анамнез:

- Немотивированное уменьшение массы тела
- Начало заболевания в пожилом возрасте
- Сохранение симптомов в ночные часы (в период сна)
- Рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников
- Постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ
- Прогрессирование выраженности симптомов

Физикальное обследование

- Лихорадка, изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др)

Лабораторные показатели

- Снижение уровня гемоглобина
- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ
- Скрытая кровь в кале
- Стеаторея и полифекалия
- Изменение в биохимическом анализе крови

Факторы риска возникновения опухолей толстой и прямой кишки

1. Возраст старше 50 лет (подавляющее большинство пациентов с опухолями толстой и прямой кишки имеют возраст 60–70 и более лет).
2. Хронические заболевания кишечника (язвенный колит, полипоз толстой кишки).
3. Наследственная предрасположенность (семейный полипоз толстой кишки, наследственный колоректальный рак).
4. Ежедневное табакокурение (15–20 и более сигарет в сутки).

Диагностика СРК

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТ, креатинин, глюкоза, мочевины, общий белок, С-реактивный белок)
- Общий и микробиологический анализы кала (копрограмма (для оценки энтерального или колитического синдрома), скрытая кровь, дисбактериоз, токсин А и В *Clostridium difficile*, определение уровня кальпротектина, эластазы)
- Исследование уровня тиреоидных гормонов
- Исследование антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией ДПК для исключения целиакии
- Дыхательный водородный тест (глюкоза или лактулоза) для диагностики непереносимости лактазы и СИБР
- Колоноскопия с прицельной биопсией
- Ректороманоскопия, ирригоскопия и КТ по показаниям
- При необходимости: Ангиография, Лапароскопия

СРК необходимо дифференцировать:

1. При преобладании синдрома запора:

- Стриктуры кишечника (воспалительные заболевания, исход дивертикулеза)
- Рак толстой кишки
- Дисфункция мышц тазового дна
- Неврологические заболевания (болезнь Паркинсона, вегетативная дисфункция, множественный склероз)
- Побочные эффекты ЛС (антациды, блокаторы Са каналов, холиноблокаторы)
- Гипотиреоз

СРК необходимо дифференцировать:

2. При преобладании диарейного синдрома

- ВЗК (Язвенный колит, болезнь Крона, микроскопический колит – лимфоцитарный или коллагенозный колит)
- Радиационный (постлучевой) колит
- Колит, ассоциированный с приемом НПВП
- Гипертиреоз, гормонопродуцирующие опухоли ЖКТ
- Кишечные инфекции: паразитарные заболевания (лямблиоз), дизентерия и др.
- Антибиотикассоциированная диарея и псевдомембранозный колит
- Синдром мальабсорбции: целиакия (глютеновая энтеропатия), побочные эффекты ЛС, внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы
- Постгастрэктомический синдром, энтеропатия и др.
- Лактазная и дисахаридазная недостаточность
- Болезнь Уиппла, амилоидоз, вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

СРК необходимо дифференцировать:

3. С болевым синдромом

- Частичная обструкция тонкой кишки
- Болезнь Крона
- Ишемическое поражение кишечника
- Хронический панкреатит
- Лимфома ЖКТ
- Эндометриоз, рак яичника
- Заболевания желчевыводящих путей

Лечение больных СРК

- Общие мероприятия (коррекция диеты и образа жизни)
- Фармакотерапия
- Психотерапия и психофармакотерапия

Общие мероприятия

- Выяснение причин обращения больных к врачу
- Образование больных
- Ведение пищевого дневника
- Преодоление негативизма и повышение ответственности пациента за свое состояние
- Установление приемлемых границ общения

Диетические рекомендации

- Принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы
- Не пропускать приемы пищи и не допускать длительные перерывы между ними
- При СРК-Д- аглютенная диета, диета с низким содержанием лактозы, фруктузы, сорбитола, ксилита, маннитола.

Снятие напряжения

Фармакотерапия

Купирование болевого синдрома

Для купирования боли в животе препаратами первого выбора следует считать гладкомышечные релаксанты (или спазмолитические средства), которые, в отличие от анальгетиков, не только купируют боль как симптом, но и ослабляют или полностью устраняют спазм гладких мышц внутренних органов — непосредственную причину боли.

1. Миотропные спазмолитики

- прямого действия: папаверин, дротаверин;
- селективные: блокаторы натриевых каналов: мебеверин, гимекромон;
блокаторы кальциевых каналов гладких мышц ЖКТ: пинаверия бромид, отилония бромид.

2. Антихолинэргические препараты

атропинового ряда (M2);

гастроцепинового ряда (M1);

производные скополамина (M3).

3. Прокинетики и нормокинетики, действующие на гладкую мускулатуру ЖКТ:

Дофаминэргические: метоклопрамид; домперидон; итоприд.

Опиоидные: тримебутин — полный агонист опиоидных рецепторов ЖКТ.

Препараты для купирования диареи

- Агонисты опиоидных рецепторов (Лоперамида гидрохлорид)
- Невсасывающийся антибиотик (рифаксимин)
- Диоктаэдрический смектит (смекта)
- Пробиотики и Метабиотики

Группы препаратов рекомендованные при СРК с запорами

1. Слабительные, увеличивающие объем каловых масс (клетчатка, отруби, пустые оболочки семян подорожника - Мукофальк)
2. Осмотические слабительные (Макрогол 4000, лактулоза)
3. Слабительные средства, стимулирующие моторику кишки (бисакодил)
4. Энтерокинетики - прукалоприд

Препараты для борьбы с запорами

- Увеличение объема потребляемой жидкости (до 1,5-2л)
- Увеличение содержания в пищевом рационе растительной клетчатки
- Увеличение физической активности

Определение ЯК, БК

- ***Язвенный колит*** – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.
- **Болезнь Крона (БК)** - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.

Этиология и патогенез ВЗК

Этиология воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в том числе ЯК и БК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих:

- *генетическую предрасположенность,*
- *дефекты врожденного и приобретенного иммунитета,*
- *кишечную микрофлору,*
- *различные факторы окружающей среды.*

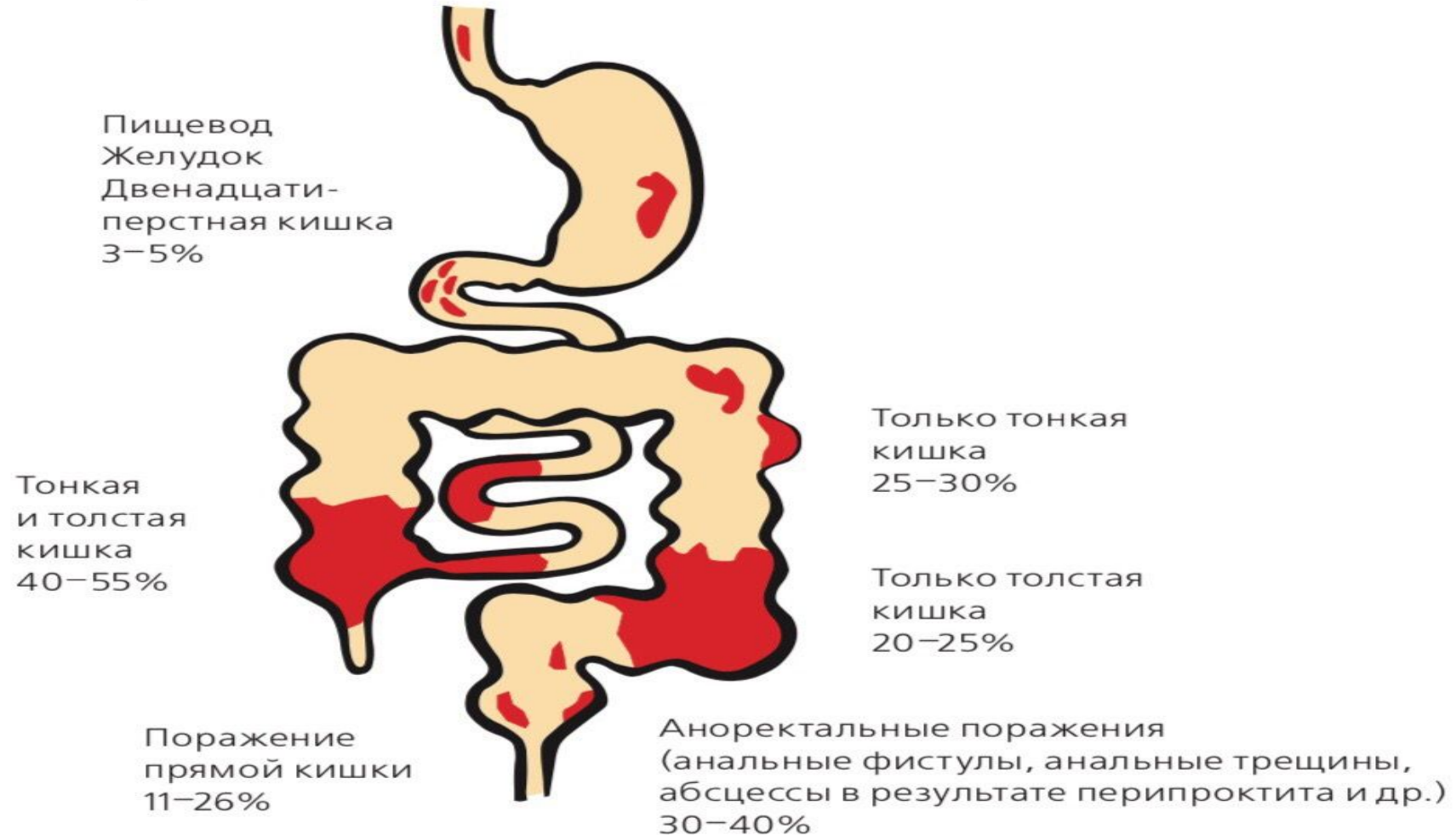
Патогенез

Результатом взаимного влияния данных факторов риска является активация Th2-клеток, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, в первую очередь, фактора некроза опухоли альфа и молекул клеточной адгезии. Результатом этих реакций становится лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки с развитием характерных макроскопических изменений и симптомов ВЗК

Болезнь Крона

Локализация

Частота развития воспалительного процесса в различных отделах желудочно-кишечного тракта



Классификация БК

Монреальская классификация БК по локализации поражения

Возраст манифестации заболевания	Локализация	Течение
<16 лет (A1) 17-40 лет (A2) >40 лет (A3)	Терминальный илеит (L1) Колит (L2) Илеоколит (L3) ±Изолированное поражение верхних отделов ЖКТ (L4)	Не стенозирующее, не пенетрирующее (B1) Стенозирующее (B2) Пенетрирующее (B3) + наличие перианальных поражений (свищи, анальные трещины, перианальные абсцессы)

Возможна диагностика сочетанных локализаций БК, например поражение верхних отделов ЖКТ с терминальным илеитом – L1 + L4, колитом – L2 + L4 и комбинированным поражением тонкой и толстой кишки – L3 + L4.

Классификация болезни Крона

По распространенности поражения выделяют:

1. Локализованную БК:

- поражение протяженностью менее 30 см.

Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны (<30 см подвздошной кишки + правый отдел толстой кишки);

- возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

2. Распространенную БК:

- Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

По тяжести текущего обострения (атаки):

1. Легкая
2. Среднетяжелая
3. Тяжелая

По характеру течения выделяют:

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
2. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);
3. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

По фенотипическому варианту (форме):

1. Нестриктурирующая, непенетрирующая (аналоги инфильтративно-воспалительная, неосложненная);
2. Стриктурирующая (стенозирующая);
3. Пенетрирующая (свищевая).

Классификация язвенного колита

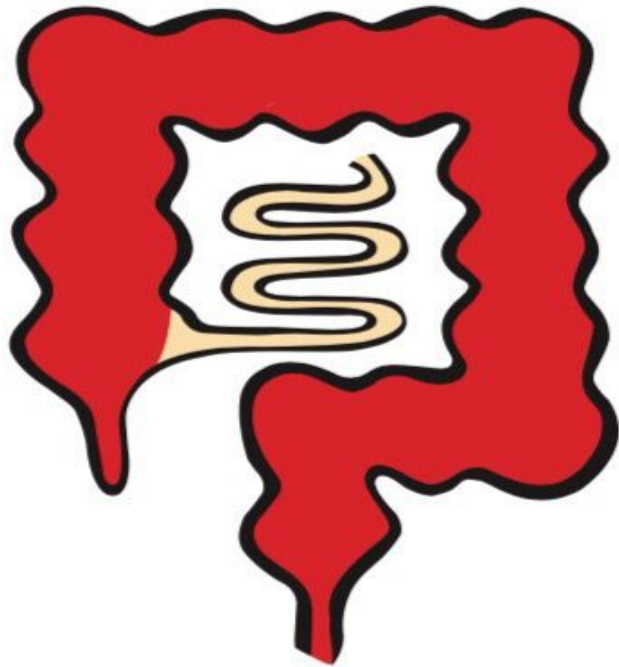
Монреальская классификация ЯК по протяженности поражения

Проктит	Поражение ограничено прямой кишкой
Левосторонний колит	Поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
Тотальный колит	Поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом)

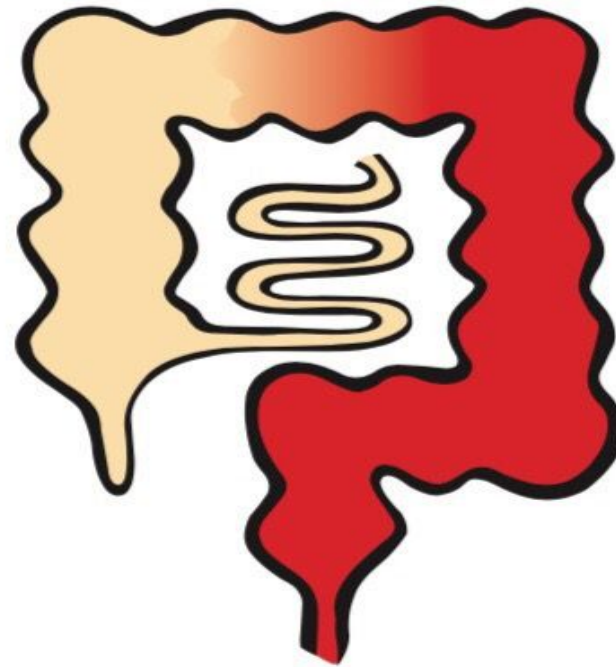
Язвенный колит

Локализация

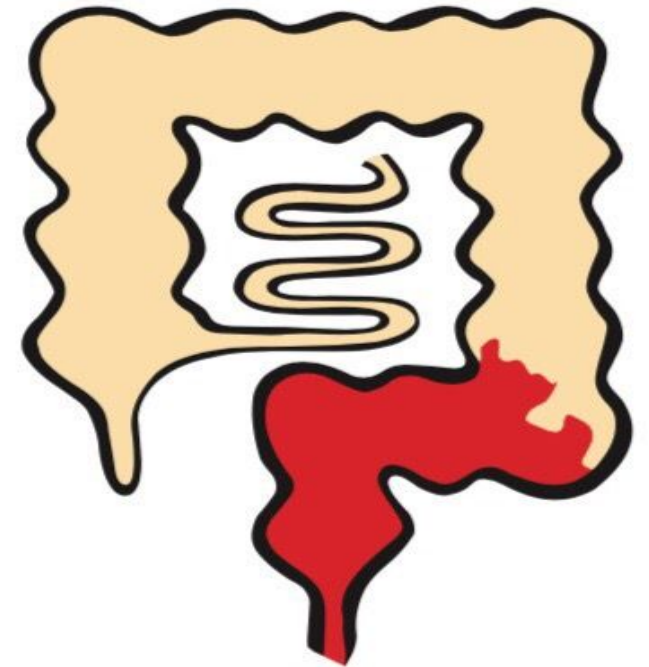
Частота и распространение воспаления в толстой кишке



Тотальный колит – 18%



Левостороннее поражение – 28%



Проктосигмоидит – 54%

Классификация ЯК

По степени тяжести:

1. легкая
2. среднетяжелая
3. тяжелая

- Тяжесть заболевания в целом определяется: тяжестью текущей атаки, наличием внекишечных проявлений и осложнений, рефрактерностью к лечению, в частности, развитием гормональной зависимости и резистентности.
- Однако для формулирования диагноза и определения тактики лечения следует определять тяжесть текущего обострения (атаки), для чего используются простые критерии Truelove-Witts, как правило, применяемые в повседневной клинической практике, и индекс активности ЯК (индекс Мейо; DAI), как правило, применяемый в клинических испытаниях.

Тяжесть атаки ЯК согласно критериям Truelove-Witts

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота дефекаций с кровью	<4	≥4, если:	≥6 и
Пульс	Нормальные значения	≤90 уд/мин	>90 уд/мин или
Температура		≤37,5°C	>37,5°C или
Гемоглобин		≥105 г/л	<105 г/л или
СОЭ		≤30 мм/ч	>30 мм/ч
Контактная ранимость слизистой оболочки толстой кишки	Нет	Есть	Есть

Тяжесть атаки согласно индексу активности ЯК (индекс Мейо)

Значение индекса	0	1	2	3
Частота стула	Обычная	На 1-2 день больше обычной	На 3-4 день больше обычной	На 5 день больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки		Преимущественно кровь
Состояние слизистой оболочки	Норма	Минимальная активность (1 балл по шкале Schroeder)	Умеренная активность (2 балла по шкале Schroeder)	Выраженная активность (3 балла по шкале Schroeder)
Общая оценка состояния врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние

Среднетяжелая и тяжелая атака констатируются при значении индекса (сумма оценок по 4 параметрам) от 6 и выше

Классификация ЯК в зависимости от эндоскопической активности (по Schroeder)

0	1 (минимальная активность)	2 (умеренная активность)	3 (выраженная активность)
Норма или неактивное заболевание	Легкая гиперемия, смазанный сосудистый рисунок. Легкая контактная ранимость	Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, умеренная контактная ранимость, эрозии).	Спонтанная ранимость, изъязвления.

Примеры формулировок диагноза

1. «Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, проктит, среднетяжелая атака».
2. «Язвенный колит, хроническое непрерывное течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака. Гормональная зависимость. Внекишечные проявления (периферическая артропатия)».
3. «Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение, тяжелая атака. Гормональная резистентность. Токсический мегаколон».

Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)

Критерий	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Частота жидкого или кашицеобразного стула	Учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней	X 2	
Боль в животе 0 — отсутствие 1 — слабая 2 — умеренная 3 — сильная	Учитывается сумма баллов за 7 дней	X 5	
Общее самочувствие 0 — хорошее 1-удовлетвор 2- плохое 3 - очень плохое 4 -ужасное	Учитывается сумма баллов за 7 дней	X 7	
Другие симптомы (внекишечные или кишечные осложнения) – артрит или атралгия – ирит или увеит – узловая эритема – гангренозная пиодермия – афтозный стоматит – анальные поражения (трещины, свищи, абсцессы) – другие свищи	Каждый из существующих пунктов умножается на коэффициент	X 20	

Критерий	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Лихорадка > 37,5	Учитывается сумма эпизодов лихорадки за 7 дней	x20	
Применение лоперамида (других опиатов) для купирования диареи 0 — нет 1 — да		x30	
Напряжение мышц живота (или пальпируемый инфильтрат) 0 — отсутствует 2 — сомнительно 5 — отчетливо	Оценка производится однократно в момент осмотра	x10	
Гематокрит 47 минус показатель больного (М) 42 минус показатель больного (Ж)	Учитывается разница между нормальным уровнем и показателем больного (с учетом знака «+» или «-»)	x6	
Масса тела в кг	1 — (фактическая масса: идеальная масса)	x100	
Итого			Общее число баллов

Индекс активности БК

- При сумме баллов менее 150 заболевание расценивают как неактивное.
- Индекс < 150 баллов – ремиссия БК,
 > 150 баллов - активная болезнь

Низкая активность (150-220баллов)

Умеренная активность – 220-450 баллов

Высокая активность – более 450 баллов.

Примеры формулировок диагноза

1. Болезнь Крона: илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей ободочной кишки, пенетрирующая форма, осложненная инфильтратом брюшной полости, наружным кишечным свищом и перианальными поражениями (передняя и задняя анальные трещины), среднетяжелая атака, хроническое рецидивирующее течение
2. Болезнь Крона: терминальный илеит, стенозирующая форма (стриктура терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости) хроническое рецидивирующее течение, ремиссия.
3. Болезнь Крона в форме колита с поражением восходящей, сигмовидной и прямой кишки, хроническое непрерывное течение, тяжелая атака. Перианальные проявления в виде заднего экстрасфинктерного свища прямой кишки, осложненного параректальным затеком. Гормональная зависимость.
4. Болезнь Крона с поражением подвздошной, тощей и 12-перстной кишки, хроническое рецидивирующее течение, тяжелая атака, осложненная инфильтратом брюшной полости и стриктурой тощей кишки с нарушением кишечной проходимости. Резекция илеоцекального отдела в 1999 г по поводу стриктуры терминального отдела подвздошной кишки.

Диагностика и клиника

Сбор анамнеза и жалобы

При сборе анамнеза следует провести подробный опрос пациента, включающий, в частности, сбор информации о поездках в южные страны, непереносимости каких-либо продуктов, принимаемых лекарствах (в частности, антибиотиках и нестероидных противовоспалительных средствах (НПВС)), курении и о наличии воспалительных и злокачественных заболеваний кишечника у родственников

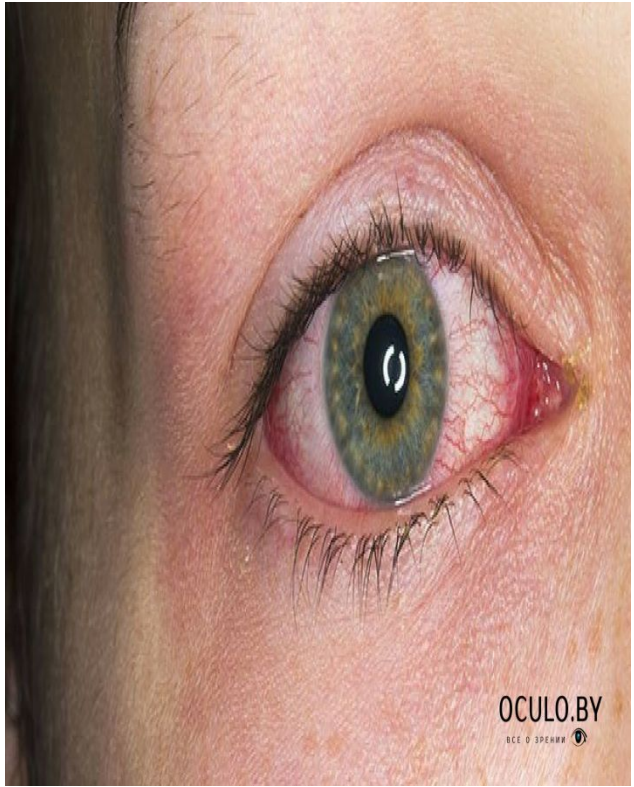
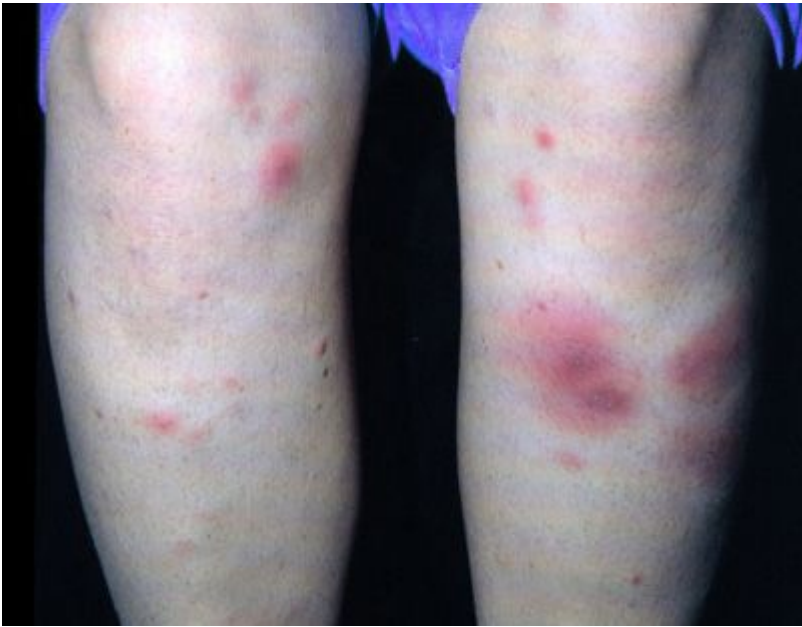
Возможные симптомы болезни в анамнезе	Типичные клинические симптомы в момент осмотра	
<ul style="list-style-type: none">✓ Эпизоды диареи✓ Примесь крови в кале✓ Тенезмы✓ Внекишечные симптомы (поражение кожи, слизистых оболочек, суставов, глаз и др.)	<ul style="list-style-type: none">✓ Диарея✓ Кровь в кале✓ Ночная дефекация (чаще при выраженной активности процесса)	<ul style="list-style-type: none">✓ Тенезмы (чаще при проктитах и проктосигмоидитах)✓ Потеря массы тела✓ Лихорадка✓ Анемия✓ Внекишечные симптомы

Клиника и диагностика БК и ЯК

Жалобы и анамнез заболевания:

К наиболее частым клиническим симптомам БК относятся **хроническая диарея** (более 6 недель), в большинстве случаев, без примеси крови, **боль в животе, лихорадка и анемия неясного генеза**, симптомы кишечной непроходимости, а также **перианальные осложнения** (хронические анальные трещины, рецидивирующие после хирургического лечения, парапроктит, свищи прямой кишки). *У значительной доли больных могут обнаруживаться внекишечные проявления заболевания, как у БК так и у ЯК:*

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:
Артропатии (артралгии, артриты) Поражения кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) Поражение слизистых (афтозный стоматит) Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)	Анкилозирующий спондилит (сакроилеит) Первичный склерозирующий холангит (редко) Остеопороз, остеомалация Псориаз	Холелитиаз Стеатоз печени, стеатогепатит Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии Амилоидоз



Клиника и диагностика БК

Клиническая картина на ранних этапах развития заболевания может быть не выражена, что замедляет диагностику. В этой связи при постановке диагноза у значительной части больных обнаруживаются симптомы, связанные с осложнениями БК.

К осложнениям БК относят:

- наружные свищи (кишечно-кожные)
- внутренние свищи (межкишечные, кишечнопузырные, ректо-вагинальные)
- инфильтрат брюшной полости
- межкишечные или интраабдоминальные абсцессы
- стриктуры ЖКТ (с нарушением кишечной проходимости и без таковой)
- анальные трещины, парапроктит (при аноректальном поражении)
- кишечное кровотечение (редко).

Диагностика ЯК и БК

Физикальное обследование

- осмотр перианальной области,
- пальцевое исследование прямой кишки

Могут быть обнаружены различные проявления ЯК, включая лихорадку, тахикардию, периферические отеки, дефицит питания, наличие признаков перфорации или токсической дилатации толстой кишки, а также внекишечных проявлений.

Проявления БК, включая лихорадку, дефицит питания, наличие инфильтрата брюшной полости, наружных кишечных свищей, перианальных проявлений (трещин, свищей), а также внекишечные проявлений.

Лабораторная диагностика ЯК, БК

- исследования крови (общий анализ крови, гематокрит, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок, гемокоагулограмма, общий белок, альбумины, печеночные пробы, электролиты).

При остром течении ЯК, БК (первой атаке заболевания) необходимо выполнить

- бактериологическое и микроскопическое исследование кала для исключения острой кишечной инфекции.

Как при дебюте заболевания, так и при обострениях, рекомендуется исследование токсинов А и В *C.difficile* (особенно, при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре). Данное исследование также рекомендуется выполнять при тяжелом развитии резистентности к проводимой терапии.

- Для выявления инфекции в 90% случаев требуется минимум 4 образца кала.
- При постановке диагноза выполняется анализ кала на яйца глистов и паразиты.
- Чувствительным маркером воспаления является фекальный кальпротектин, применяемый также в качестве способа мониторинга активности заболевания.

При клиническом анализе крови могут быть диагностированы анемия (железодефицитная, анемии хронического заболевания, В-12- или фолат-дефицитная – при БК), лейкоцитоз (на фоне хронического воспаления или на фоне стероидной терапии), тромбоцитоз. Биохимическое исследование позволяет выявить электролитные нарушения, гипопропротеинемию (в частности, гипоальбуминемию), а также повышение щелочной фосфатазы, что является возможным проявлением ассоциированного с ЯК или БК первичного склерозирующего холангита.

При необходимости дифференциальной диагностики анемии целесообразно исследовать уровень фолиевой кислоты, витамина В12, сывороточного железа, общую железосвязывающую способность сыворотки, ферритина.

Инструментальная диагностика

Для подтверждения диагноза необходимы следующие мероприятия:

- Осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, RRC;
- Обзорная рентгенография брюшной полости (при тяжелой атаке) для исключения токсической дилатации и перфорации толстой кишки;
- Колоноскопия с илеоскопией
- Биопсия слизистой оболочки толстой кишки:
 - при первичной постановке диагноза;
 - при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза;
 - при длительном анамнезе ЯК (более 7-10 лет) – хромоэндоскопия с прицельной биопсией или ступенчатая биопсия (из каждого отдела толстой кишки) для исключения дисплазии эпителиярекомендуемым стандартом биопсии при постановке диагноза является взятие биоптатов слизистой оболочки прямой кишки и не менее чем из 4 других участков толстой кишки, а также слизистой оболочки подвздошной кишки;
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.

При необходимости дифференциальной диагностики или при невозможности проведения полноценной илеоколоноскопии рекомендуются рентгенологические исследования:

- МРТ с контрастированием кишечника;
- КТ с контрастированием кишечника;

При невозможности выполнения указанных исследований допустимо проведение ирригоскопии с двойным контрастированием (для оценки протяженности поражения в толстой кишке, для уточнения наличия образований, стриктур и др.).

Клиника и диагностика БК

Инструментальная диагностика:

- фистулография (при наличии наружных свищей);
- при невозможности провести МРТ или КТ допустимо рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки с бариевой взвесью (после исключения признаков непроходимости);
- биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения;
- трансректальное ультразвуковое или МР-исследование прямой кишки и анального канала (при перианальных поражениях) .

Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом; и/или
- эндоскопическим и рентгенологическим методом.

При необходимости проводят следующие дополнительные исследования:

- капсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки и при отсутствии стриктур).
- баллонная энтероскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки).

Эндоскопия

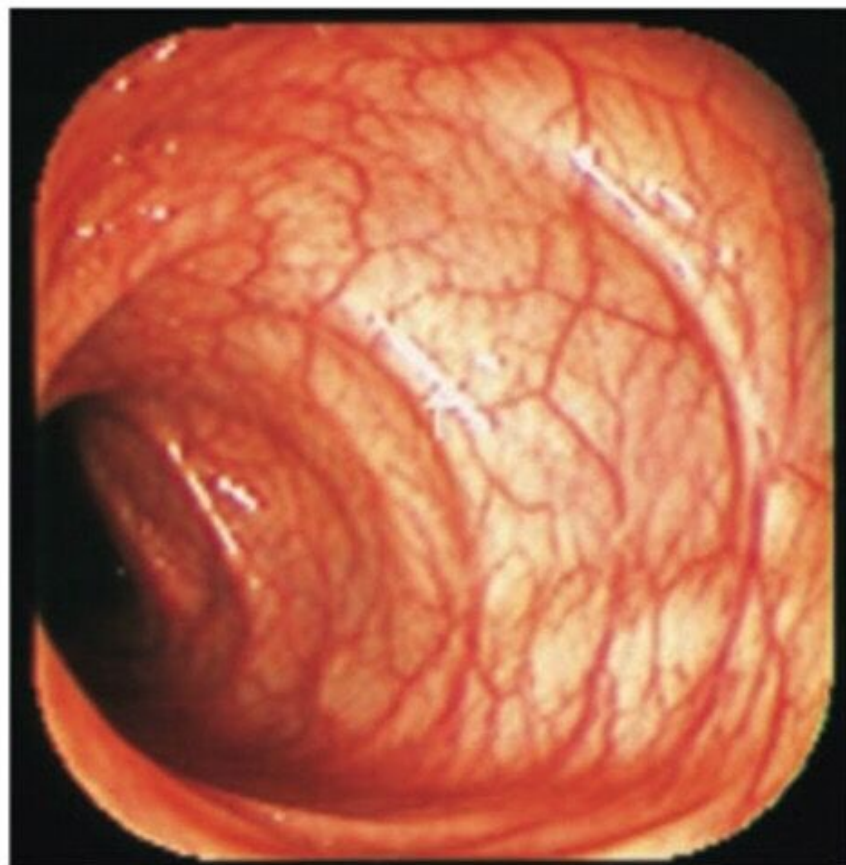


Рис. 4. Норма.
Гладкая блестящая слизистая оболочка с отчетливо видимыми сосудами.

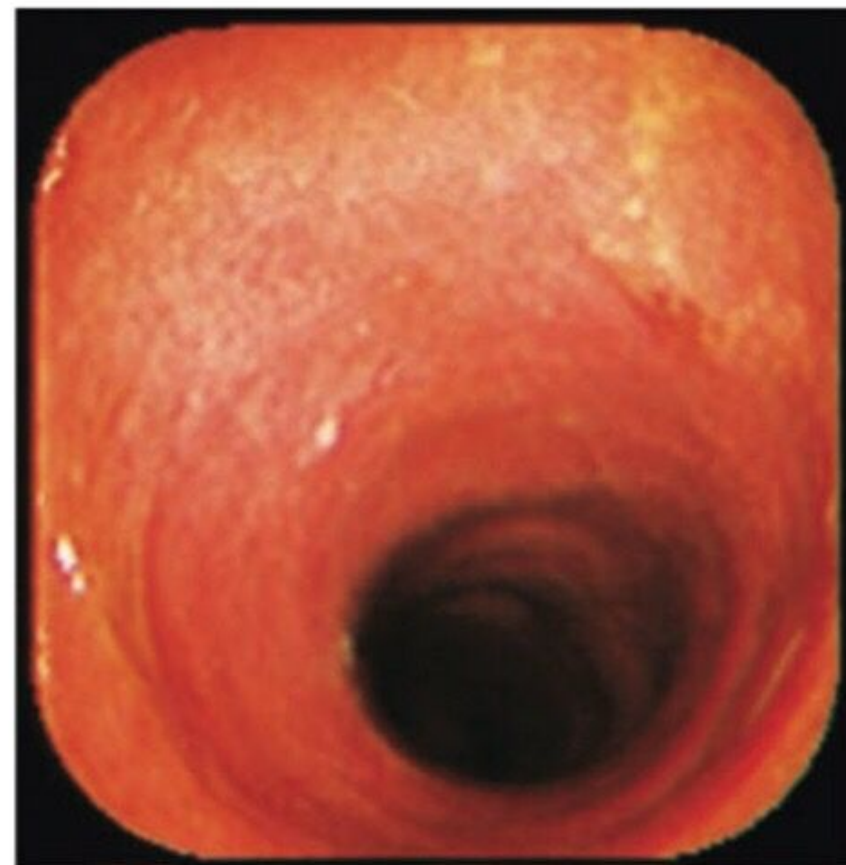


Рис. 5. Язвенный колит.
Ослабление (потеря) сосудистого рисунка, грануляция, бархатистое покраснение.

Эндоскопия

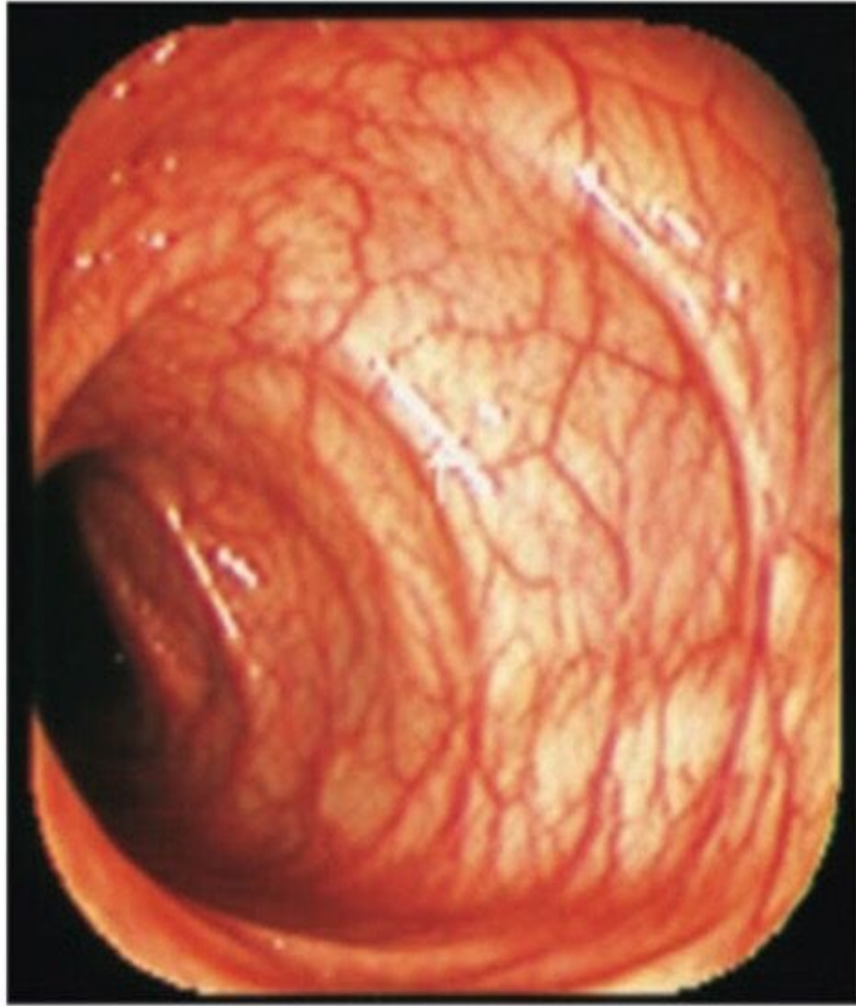


Рис. 2. Норма.



Рис. 3. Болезнь Крона.
Язва в форме карты с приподнятыми красными краями.

Диагностика болезни Крона и ЯК

Микроморфологический диагноз ЯК

ЯК базируется на выявлении нарушения архитектоники крипт, диффузного воспалительного инфильтрата, захватывающего всю толщу слизистой оболочки с характерным базальным плазмоцитозом, крипт-абсцессов и снижения количества бокаловидных клеток.

Морфологические признаки БК:

- Глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой;
- Гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток), которые обычно обнаруживаются в стенке резецированного участка и только в 15–36 % случаев – при биопсии слизистой оболочки);
- Фокальная (дискретная) лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки;
- Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки;
- Поражение подвздошной кишки со структурными изменениями ворсин, мукоидной или псевдопилорической метаплазией крипт и хроническим активным воспалением;
- Прерывистое поражение – чередование пораженных и здоровых участков кишки (при исследовании резецированного участка кишки).

Консервативное лечение ЯК и БК

Принцип лечения

Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК и БК.

Цель терапии:

- достижение и поддержание бесстероидной ремиссии (прекращение приема ГКС в течение 12 недель после начала терапии),
- профилактика осложнений ЯК и БК,
- предупреждение операции,
- а при прогрессировании процесса, а также развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.

Поскольку полное излечение больных ЯК и БК достигается только путем удаления субстрата заболевания (колпроктэктомии), при достижении ремиссии неоперированный больной должен оставаться на постоянной поддерживающей (противорецидивной) терапии. Следует особо отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии.

Консервативное лечение

1. Глюкокортикоиды : Системные (метил) преднизолон
Топические: Будесонид
2. 5-аминосалицилаты: Месалазин (Пентаса, Месакол, Салофальк)
Сульфасалазин
3. Иммуносупрессоры: Циклоспорин, Азатиоприн, 6-меркаптопурин, Метотрексат
4. Антибиотики: Метронидазол, Ципрофлоксацин , Рифаксимин
5. Биологические препараты: Моноклональные антитела к ФНО-альфа
Инфликсимаб (Ремикейд)
Адалимумаб (Хумира)
Цертолизумаб пэгол (Симзия)
Голимумаб (Симпони)
Моноклональные антитела к интегринам, селективно действующие только в ЖКТ
Ведолизумаб (Энтивио)

Консервативное лечение ЯК и БК

Лекарственные препараты, назначаемые пациентам с БК, условно подразделяются на:

1. Средства для индукции ремиссии: системные ГКС (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид), **иммуносупрессоры** (азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат), **биологические генно-инженерные препараты:** моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаба пэгол) и моноклональные антитела к интегринам, селективно действующие только в ЖКТ (ведолизумаб), а также **антибиотики и салицилаты.**

2. Средства для поддержания ремиссии (противорецидивные средства): **иммуносупрессоры** (азатиоприн, 6-меркаптопурин), **биологические препараты** (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол и ведолизумаб) и **5-аминосалициловая кислота и ее производные.**

3. Вспомогательные симптоматические средства: парентеральные препараты железа для коррекции анемии, препараты для коррекции белково-электролитных нарушений, средства для профилактики остеопороза (препараты кальция) и др.

Следует особо отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель

Выбор препаратов в зависимости от протяженности поражения и тяжести атаки:

1.1. Проктит. Легкая и среднетяжелая атака.

суппозитории с месалазином (1-2 г/сут.) или ректальная пена месалазина (1-2 г/сутки) (оценка терапевтического ответа производится через 2 недели)



При положительном ответе лечение в указанных дозах пролонгируется до 6-8 недель

➔ При неэффективности лечения - ректальные формы ГКС (ректальная пена будесонид 2 мг в сутки, суппозитории с преднизолоном 10 мг x 1-2 раза в сутки; оценка ответа через 2 недели).

При достижении ремиссии - поддерживающая терапия – ректальное введение месалазина (свечи или ректальная пена)



1-2 г x 3 р/неделю в виде монотерапии, не менее 2 лет.

➔ При неэффективности местного лечения – подключение пероральных форм месалазина (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) в дозе 2,4 – 4,8 г/сут. ➔ При отсутствии эффекта показано назначение системных ГКС в дозе эквивалентной 30-40 мг преднизолон в сутки.

Консервативное лечение

1.2. Тяжёлая атака (развивается крайне редко)

Системные ГКС в дозе, эквивалентной 75 мг преднизолона в сутки (возможно назначение топических стероидов – будесонид ММХ в дозе 9 -11 мг в сутки), в комбинации с местной терапией месалазином (суппозитории, ректальная пена) или ГКС (ректальная пена будесонид 2 мг в сутки, свечи с преднизолоном 10 мг x 1-2 раза в сутки).

В случае первой атаки - поддерживающая терапия при достижении ремиссии проводится местными формами препаратов месалазина (суппозитории, ректальная пена) 1-2 г x 3 раза в неделю в виде монотерапии (регулярное применение, терапия по требованию или терапия «выходного дня») или в комбинации с пероральным месалазином (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) в дозе 1,5-2 г – не менее 2 лет.

При рецидиве, требующем повторного назначения ГКС (системных или топических), одновременно назначают АЗА 2 мг/кг (или 6-МП 1,5 мг/кг) и дальнейшая поддерживающая терапия проводится иммуносупрессорами (АЗА или 6-МП) не менее 2 лет.

Консервативное лечение

2.1. Левосторонний и тотальный язвенный колит. Легкая атака.

Первая атака или рецидив - месалазин внутрь (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 2,4-3 г/сут. (или сульфасалазин 4 г/сут.) в комбинации с месалазином в клизмах 2-4 г/сут. (в зависимости от эндоскопической активности) (Ответ оценивается через 2 недели).

➡ При положительном ответе терапия продолжается до 6-8 недель.

➡ При отсутствии эффекта от комбинированной терапии препаратами 5-АСК - ректальные формы ГКС: ректальная пена будесонид 2 мг в сутки или суспензии гидрокортизона-ацетата с лидокаином 125-250 мг 1 раз в сутки в виде клизм или ректального капельного введения.

➡ При достижении ремиссии - поддерживающая терапия - перорально месалазин (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 1,2-2,4 г/сут., или сульфасалазин (2 г).

Дополнительное введение месалазина в клизмах по 2 г x 2 раза в неделю («терапия выходного дня») увеличивает вероятность долгосрочной ремиссии.

Отсутствие ответа на терапию пероральными препаратами 5-АСК в сочетании с любым местным вариантом лечения, как правило, является показанием к назначению топических ГКС (будесонид ММХ) или системных ГКС

2.2 Среднетяжелая атака.

При первой атаке или – перорально месалазин (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 3-4,8 г/сут в комбинации с месалазином в клизмах 2-4 г/сут (в зависимости от эндоскопической активности; терапевтический ответ оценивается через 2 недели).

➡ При положительном ответе терапия продолжается до 6-8 недель.

➡ При достижении ремиссии - поддерживающая терапия - месалазин (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 1,2-2,4 г/сут внутрь, или сульфасалазин 2 г/сут + месалазин в клизмах по 2 г x 2 раза в неделю (терапия «выходного дня»).

➡ При отсутствии эффекта от 5-АСК - пероральное назначение топических или системных ГКС. Системные ГКС назначают в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, топические (будесонид ММХ) в дозе 9 мг/сут в течение 8 недель. Показана комбинация с АЗА 2-2,5 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг.

➡ При достижении ремиссии - поддерживающая терапия - АЗА 2 мг/кг/сут. или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет.

➡ При отсутствии эффекта от ГКС в течение 2 недель - биологическая терапия (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб или ведолизумаб), начиная с индукционного курса, в дозах, соответствующих инструкции по применению. Для повышения эффективности лечения инфликсимаб рекомендуется комбинировать с иммуносупрессорами (АЗА 2 мг/кг или 6- 12 МП 1,5 мг/кг).

➡ При эффективности индукционного курса биологических препаратов поддерживающая терапия проводится ими же в соответствии с инструкцией по применению в течение, как минимум, 2 лет (для инфликсимаба в комбинации с АЗА/6-МП).

Консервативное лечение ЯК

Схема снижения дозы ГКС при среднетяжелой атаке ЯК

Неделя	Суточная доза преднизолона (мг)	Суточная доза метилпреднизолона (мг)
1	60	48
2	60	48
3	50	40
4	45	36
5	40	32
6	35	28
7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

2.3. Тяжелая атака.

Внутривенная терапия ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 75 мг в/в в течение 7 дней. Возможно также в/в введение гидрокортизона (сукцината или гемисукцината) в дозе 300 мг в сутки.

- *Дополнительно можно назначить местную терапию клизмами с месалазином 2-4 г в сутки или суспензией гидрокортизона-ацетата с лидокаином 125-250 мг x 1 раз в сутки в виде клизм или ректального капельного введения;*
- Инфузионная терапия: регидратация, коррекция белково-электролитных нарушений (гипокалиемия и гипомагниемия повышают риск токсической дилатации ободочной кишки);
- Коррекция анемии: гемотрансфузии (эритромаасса) при анемии ниже 80 г/л, далее – терапия препаратами железа парентерально (железа(III)гидрооксид сахарозный комплекс, железа(III)гидроксид декстрана, железо карбоксимальтозат)
- Подключение дополнительного энтерального(зондового) питания у истощенных пациентов.
- При наличии лихорадки или подозрении на кишечную инфекцию – назначение антибиотиков: *1 линия - метронидазол 1,5 г/сутки + фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин) в/в 10-14 дней;*
2 линия - цефалоспорины в/в 7-10 дней.
3 линия- рифаксимин в дозе 800-1200 мг в сутки при стабилизации состояния пациента 5-7 дней.

Схема снижения дозы ГКС при тяжелой атаке ЯК

Неделя	Суточная доза преднизолона (мг)	Суточная доза метилпреднизолона (мг)
1	75 (в/в)	60 (в/в)
2	75 (per os)	60 (per os)
3	65	52
4	55	44
5	45	36
6	35	28
7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

Консервативное лечение БК

1.1. БК илеоцекальной локализации (терминальный илеит, илеоколит), лёгкая атака.

В качестве терапии первой линии: будесонид (9 мг/сут. в течение 8 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены).

Терапевтический эффект будесонида следует оценивать через 2-4 недели.

→ *В случае первой атаки при достижении клинической ремиссии ($ИАБК \leq 150$) допустима поддерживающая противорецидивная терапия месалазином или сульфасалазином не менее 2 г/сут.*

→ При отсутствии терапевтического ответа на будесонид лечение проводится как при среднетяжёлой атаке БК.

Консервативное лечение БК

1.2. БК илеоцекальной локализации (терминальный илеит, илеоколит).

Среднетяжёлая атака.

- ✓ Для индукции ремиссии: ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) или топические (будесонид 9 мг/сут.).
- ✓ При наличии системных внекишечных проявлений и/или инфильтрата брюшной полости: системные ГКС в сочетании с антибиотиками.
- ✓ Рекомендуются раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю).

Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели.

➡ При достижении клинической ремиссии (ИАБК < 150): снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами. Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель.

После отмены ГКС: поддерживающая терапия тиопуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет.

➡ *В случае угрозы септических осложнений могут быть добавлены антибиотики.*

Консервативное лечение БК

Схема снижения дозы системных ГКС при среднетяжелой атаке болезни Крона

Неделя	Суточная доза преднизолона (мг)	Суточная доза метилпреднизолона (мг)
1	60	48
2	60	48
3	50	40
4	45	36
5	40	32
6	35	28
7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

Консервативное лечение болезни Крона

2.1. БК толстой кишки. Лёгкая атака.

- ✓ Сульфасалазин в дозе 4 г, или пероральный месалазин 4-4,8 г (таблетки, таблетки ММХ, гранулы).

Оценка терапевтического эффекта производится через 2-4 недели.

- ➔ При достижении клинической ремиссии ($\text{ИАКБ} \leq 150$) - поддерживающая терапия - сульфасалазин 2 г или месалазин 1,5-2 г (не менее 4 лет) [38].
- ➔ *При отсутствии терапевтического ответа лечение проводится как при среднетяжелой БК.*

Консервативное лечение БК

2.2. БК толстой кишки. Среднетяжёлая атака.

- ✓ Системные ГКС в сочетании с иммуносупрессорами: для индукции ремиссии применяются преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально. Одновременно назначаются иммуносупрессоры: АЗА (2 мг/кг), 6-МП (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед п/к или в/м 1 раз в неделю).

Эффективность терапии ГКС оценивают через 2-4 недели.

- ➔ При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами - снижение дозы ГКС до полной отмены.

Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель.

Поддерживающая терапия иммуносупрессорами проводится не менее 4 лет.

- ➔ При развитии стероидорезистентности, стероидозависимости или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены системных ГКС на фоне АЗА/6-МП) - терапия биологическими препаратами или хирургическое лечение.

В случае угрозы септических осложнений показаны антибиотики.

Консервативное лечение БК

3.1. БК тонкой кишки (кроме терминального илеита). Лёгкая атака.

- ✓ Месалазин с этилцеллюлозным покрытием 4 г/сут., прием которого в этой же дозе продолжается и в качестве поддерживающей терапии не менее 2 лет.

3.2. БК тонкой кишки (кроме терминального илеита). Среднетяжёлая атака

- ✓ Преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг в комбинации с иммуносупрессорами: АЗА (2-2,5 мг/кг), 6-МП (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю).
- ✓ При наличии инфильтрата брюшной полости назначаются антибиотики: метронидазол + фторхинолоны парентерально 10-14 дней. При необходимости назначают нутритивную поддержку (энтеральное или зондовое питание).

→ *При достижении ремиссии поддерживающая терапия проводится иммуносупрессорами в течение не менее чем 4 лет.*

→ Неэффективность терапии ГКС или развитие гормональной зависимости является показанием к назначению биологических препаратов.

Обязательным дополнением является нутритивная поддержка (энтеральное зондовое питание)

Консервативное лечение БК

Тяжёлая атака БК (любая локализация).

- ✓ Интенсивная противовоспалительная терапия в специализированном стационаре.
- ✓ При первой атаке лечение : системные ГКС в комбинации с иммуносупрессорами (АЗА (2-2,5 мг/кг), 6-МП (1,5 мг/кг, а при непереносимости тиопуринов – метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м) или без них. Внутривенно ГКС (преднизолон 75 мг/сут. или метилпреднизолон 60 мг/сут.) в течение 7-10 дней с последующим переходом на пероральный прием ГКС. Снижение дозы ГКС по схеме. Поддерживающая терапия проводится также как при среднетяжелой БК.
- ➔ При отсутствии эффекта от ГКС, развитии стероидрезистентности, стероидозависимости или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены системных ГКС на фоне тиопуринов) - биологические препараты разных групп (инфликсимаб, адалимумаб, ведолизумаб и др.).
- ➔ При рецидиве заболевания - сразу начинать с биологических препаратов в комбинации с иммуносупрессорами или без них. ГКС назначают только при невозможности применения биологических препаратов.

Антибактериальная терапия:

- 1 линия - метронидазол 1,5 г/сутки + фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин) в/в 10-14 дней;
- 2 линия - цефалоспорины в/в 7-10 дней;
- 3 линия - рифаксимин в дозе 800-1200 мг в течение 14 дней.

Консервативное лечение БК

Схема снижения дозы системных ГКС при тяжелой атаке болезни Крона

Неделя	Суточная доза преднизолона (мг)	Суточная доза метилпреднизолона (мг)
1	75 (в/в)	60
2	75 (per os)	60
3	65	52
4	55	44
5	45	36
6	35	28
7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

Хирургическое лечение ЯК

Показания к хирургическому лечению ЯК: Кишечные осложнения ЯК

1. Кишечное кровотечение, наличие которого констатируют при потере более 100 мл крови/сутки по данным объективных лабораторных методов (сцинтиграфия, определение гемоглобина в каловых массах гемоглобинцианидным методом) или при объеме каловых масс с визуально определяемой примесью крови более 800 мл/сутки.
2. Токсическая дилатация ободочной кишки (токсический мегаколон), представляющая собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки до 6 см и более с явлениями интоксикации.

При развитии токсической дилатации на фоне адекватной интенсивной терапии показана экстренная операция;

Если токсическая дилатация обнаруживается у пациента, ранее не получавшего полноценной лекарственной (в первую очередь гормональной) терапии, возможно консервативное лечение: в/в ГКС в дозе, эквивалентной 75 мг преднизолона в сутки, инфузионная терапия (коррекция электролитных нарушений), метронидазол 1,5 г/сутки в/в. При отсутствии положительной динамики (нормализации диаметра кишки) в течение суток показана колэктомия.

3. Перфорация толстой кишки, являющаяся наиболее опасным осложнением ЯК с почти 50% смертностью. При выявлении угрожающих симптомов (перитонеальные симптомы, свободный газ в брюшной полости по данным обзорной R-графии) показана экстренная колэктомия.

Методы хирургического лечения ЯК

До начала 1980-х годов стандартом хирургического лечения являлась колпроктэктомия с илеостомией. За последние 20 лет новым золотым стандартом стала восстановительно-пластическая операция – колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом (ИАРА). При успешном выполнении данная операция обеспечивает возможность контролируемой дефекации через задний проход с удовлетворительным качеством жизни: средняя частота дефекации после формирования ИАРА составляет от 4 до 8 раз в сутки, а суточный объем полуоформленного/жидкого стула составляет около 700 мл в сутки (в сравнении с 200 мл/сутки у здорового человека).

С формированием постоянной илеостомы	С восстановлением дефекации через задний проход		
1. Колпроктэктомия с формированием постоянной илеостомы по Бруку	С формированием ИАРА, в 2 этапа	С формированием ИАРА, в 3 этапа	*Субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеоректального анастомоза (в исключительных случаях)
	1. Колпроктэктомия, формирование ИАРА, петлевая илеостомия по Торболлу 1. Заккрытие илеостомы	1. Субтотальная резекция ободочной кишки (субтотальная колэктомия), илеостомия по Торболлу; 1. Проктэктомия, формирование ИАРА 2. Заккрытие	

Профилактика и диспансерное наблюдение

- Язвенный колит характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Диспансерное наблюдение при ЯК проводится пожизненно и может быть прервано только при удалении толстой кишки.

Цель диспансерного наблюдения - профилактика колоректального рака.

- У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 3 года.
- Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений, а сама терапия является методом химиопрофилактики колоректального рака.
- С точки зрения долгосрочного прогноза течения ЯК целесообразно регулярно оценивать наличие эндоскопической ремиссии (заживления слизистой оболочки). Для этих целей рекомендуется каждые 6 месяцев выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.

Хирургическое лечение болезни Крона

Показания к оперативному вмешательству: острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития.

Острые осложнения БК:

- ✓ Кишечное кровотечение - резекция пораженного участка кишечника (с наложением анастомоза или без такового) с обязательной интраоперационной энтеро- или колоноскопией.
- ✓ Перфорация тонкой кишки в свободную брюшную полость - экстренное хирургическое вмешательство, которое может быть ограничено резекцией пораженного отдела с формированием анастомоза или стомы. В случае экстренной операции следует избегать формирования первичного анастомоза без протекции при помощи двуствольной илеостомы.
- ✓ Перфорация толстой кишки - операцией выбора является субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы.
- ✓ Токсическая дилатация ободочной кишки - операцией выбора является субтотальная резекция ободочной кишки с одноствольной илеостомией.

Хронические осложнения БК:

- ✓ стриктуры
- ✓ инфильтрат брюшной полости
- ✓ внутренние или наружные кишечные свищи
- ✓ наличие неоплазии.

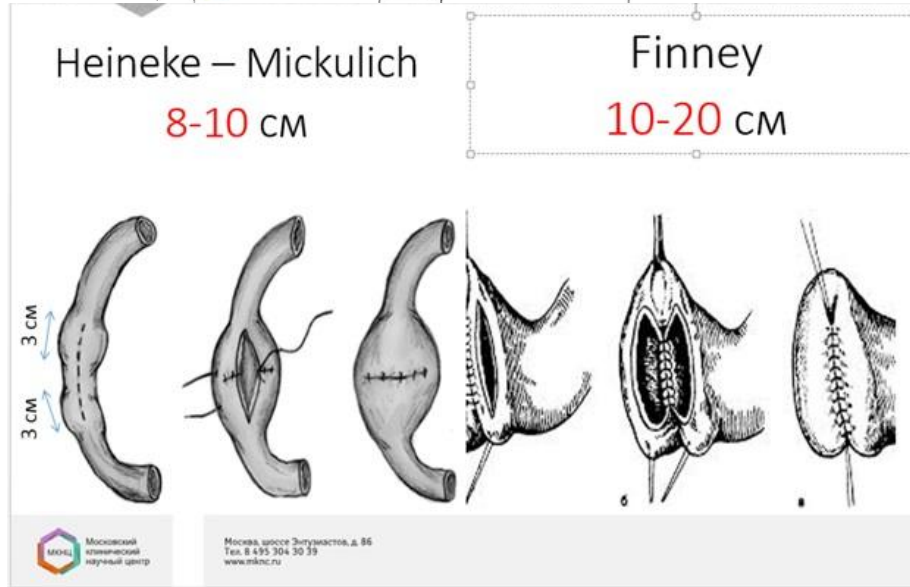
Хирургическое лечение БК тонкой кишки и илеоцекальной зоны

Операцией выбора является резекция илеоцекального отдела с формированием илеоасцендоанастомоза.

При наличии активной БК с формированием абсцесса брюшной полости – Аб + дренирование абсцесса или резекции пораженного участка.

При наличии непротяженных стриктур тощей или подвздошной кишки, включая стриктуры анастомоза после предшествовавшей резекции, альтернативой резекции является выполнение стриктуропластики, позволяющей избежать обширных резекций тонкой кишки. Выполнение данного вмешательства возможно при длине стриктуры не более 10 см.

Противопоказаниями к стриктуропластике служат наличие инфильтрата, абсцесса, злокачественных образований в стенке кишки или активное кровотечение и выраженное воспаление пораженного участка.



Хирургическое лечение БК толстой кишки

- Ограниченное поражение толстой кишки при БК (менее трети толстой кишки) - резекция пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей.
- Выявлении необратимых воспалительных процессов в восходящей и (или) поперечной ободочной кишке - правосторонняя гемиколэктомия или выполнение расширенной правосторонней гемиколэктомии.
- При левостороннем поражении - резекция левых отделов с формированием колоректального анастомоза, а при вовлечении в воспалительный процесс также и поперечной ободочной кишки - формирование асцендоректального анастомоза.
- При протяженной БК толстой кишки с тяжелыми клиническими проявлениями - субтотальная резекция ободочной кишки с наложением одноствольной илеостомы.
- У пациентов с выраженной активностью воспалительного процесса в прямой кишке или тяжелыми перианальными проявлениями альтернативной операцией является колпроктэктомия с формированием концевой одноствольной илеостомы, поскольку делает невозможным дальнейшее восстановление анальной дефекации.

Хирургическое лечение БК толстой кишки

При отсутствии тяжелых клинических проявлений у пациентов с тотальным поражением толстой кишки при минимальной активности воспалительных изменений в прямой кишке, адекватной функции держания кишечного содержимого и отсутствии перианальных поражений, операцией выбора является колэктомия с формированием илеоректального анастомоза.

Возможность формирования илео-анального резервуарного анастомоза (ИАРА) при БК толстой кишки является спорной в связи с высокой частотой осложнений и частым возникновением показаний к удалению резервуара. В то же время, средняя продолжительность жизни пациентов после формирования ИАРА без постоянной илеостомы достигает 10 лет, что имеет значение для молодых работоспособных пациентов

Операция «отключения» транзита кишечного содержимого по толстой кишке путем формирования двуствольной илеостомы или колостомы показана только у крайне истощенных пациентов и у беременных женщин. Данный вид хирургического лечения является временным.

Все перечисленные хирургические вмешательства возможно безопасно выполнить с использованием лапароскопических технологий.

Выполнение стриктуропластики при стриктурах толстой кишки не рекомендуется.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинства пациентов целесообразно:

- Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина;
- Каждые 3 месяца (а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно) выполнять общий анализ крови;
- Каждые 6 месяцев выполнять УЗИ кишечника (при доступности экспертного исследования);
- Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений;
- Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком (при доступности экспертного исследования).

Профилактика и диспансерное наблюдение

Прогностически неблагоприятными факторами при БК являются:

- курение
- дебют заболевания в детском возрасте
- перианальные поражения
- пенетрирующий фенотип заболевания
- распространенное поражение тонкой кишки.

С пациентом-курильщиком в обязательном порядке должна быть проведена беседа о необходимости прекращения табакокурения.

Спасибо за
внимание!