

Заболелвания тонкой и толстой кишки

профессор Хамитов Р.Ф.
зав.кафедрой внутренних болезней №2
КГМУ

Целиакия

(глютенчувствительная энтеропатия)

Хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся диффузной атрофией слизистой оболочки тонкой кишки, которое развивается в результате непереносимости белка (глютена) клейковины злаков.

Патогенез ГЭ

Генетическая
предрасположенность

Воздействие этиологических факторов:
продукты, содержащие белки группы глиадины
(рожь, пшеница, ячмень, овес)

Образование антител
к
пептидам глиадинов

Иммунное повреждение энтероцитов,
замена зрелых энтероцитов
малодифференцированными

Гиперрегенераторная атрофия
слизистой с укорочением ворсинок,
лимфоидная инфильтрация слизистой

Синдром
мальабсорбции,
внекишечные
проявления

Клинические варианты ГЭ

- Типичная форма
- Латентная форма
- Атипичная форма (с геморрагическим синдромом, остеомалацией, миопатией, полиартралгиями, эндокринными нарушениями, выраженной задержкой физического развития)
- Торпидная форма (рефрактерная к лечению)
- С избирательной недостаточностью IgA

Клинические проявления ГЭ

Типичные симптомы:

- Начало заболевания с детского возраста
- Гипотрофия и задержка психомоторного развития
- Диарея, полифекалия, стеаторея

Клинические проявления ГЭ

- При клиническом проявлении у взрослых - похудание в сочетании с необъяснимой на первый взгляд хр. или рецидивирующей ЖДА (в пожилом возрасте - В₁₂-ДА)
- Сонливость, вздутие и дискомфорт в животе в сочетании с хр. ЖДА неясного генеза
- Диарея может отсутствовать либо принимает интермиттирующее течение
- Наличие запоров, нормальный или даже повышенный вес не исключают ГЭ
- Синдром мальабсорбции (диарея, стеаторея, полифекалия, похудание, анемия, полигиповитаминоз) может быть спровоцирован беременностью, инфекциями, операциями

Внекишечные проявления ГЭ

- Остеопороз, особенно в сочетании с кишечными проявлениями (до 50%)
- Аутоиммунные заболевания (СД 1 типа, тиреоидит, первичный билиарный цирроз, селективный дефицит IgA, синдром Шегрена) (2-19%)
- Герпетиформный дерматит (зудящие папуловезикулы на разгибательной поверхности конечностей, туловища, шее, волосистой части головы) (10-80%)

Осложнения ГЭ

- Патологические переломы вследствие остеопороза
- Надпочечниковая недостаточность
- Кровотечения
- Нейропатия
- Психические нарушения
- Инфекционные заболевания
- Злокачественные новообразования тонкой кишки

Диагностика целиакии

- Дистальная биопсия слизистой 12-пк при обычном питании (ФГДС)
- Наступление четкой клинической ремиссии (улучшения состояния) при строгом соблюдении в течение нескольких недель аглютеновой диеты
- Копрограмма
- Сывороточное железо, белковые фракции
- Исследование сывороточных Ig (особенно IgA) при наличии признаков мальабсорбции у лиц с подозрением на ГЭ и/или их родственников

Исследование АТ к глиадину признано нецелесообразным (низкая специфичность)

Лечение целиакии

В основе лечения - пожизненная аглютеновая диета

- Полное исключение продуктов из ржаной, пшеничной или ячменной муки, крупяных и кондитерских изделий из муки, колбасы, сосисок, мясных консервов, майонеза, мороженого, вермишели, макарон, шоколада, пива и др. продуктов, содержащих злаки.
- Разрешаются продукты из риса, кукурузы, сои, молока, яйца, рыба, картофель, овощи, фрукты, ягоды, орехи.
- Использование мяса, сливочного и растительного масла, маргарина, кофе, какао, чая зависит от их индивидуальной переносимости.
- Молочные продукты исключаются при отсутствии ремиссии спустя 3 мес аглютеновой диеты

Медикаментозное лечение ГЭ

Устойчивая ремиссия

- Пожизненная диета
- Раз в квартал – 20-дневные курсы поливитаминов
- По показаниям – ферменты (панкреатин)
 - **I-II ст.тяжести: диарея с полифекалией, снижение массы тела, признаки гиповитаминозов**
- Аглютенная диета
- Анаболические стероиды
- Препараты железа, кальция
- Ферментные препараты
- Парентерально витамины (В₁, В₆, С, никотиновая к-та и т.д.)
- Лечение бактериальной контаминации кишечника (фуразолидон, интеникс) и бактериальные препараты (бификол)
 - **III ст.тяжести: указанные признаки + отеки**
- ГКС терапия (преднизолон, начиная с 30-60 мг/сут, с последующим снижением)
- Парентеральное питание
- Коррекция нарушений белкового, липидного и водно-электролитного обмена

Синдром раздраженного кишечника

комплекс функциональных (не связанных с органической патологией) кишечных расстройств (тонкого и толстого кишечника) общей продолжительностью не менее 3 месяцев с началом симптомов не менее 6 месяцев до этого, проявляющихся болями в животе, метеоризмом, чувством неполного опорожнения кишечника, нарушением дефекации

Факторы, способствующие развитию СРК

- Наследственная предрасположенность
- Психосоциальная дизадаптация
- Игнорирование позыва на дефекацию (спешка, командировки, стеснительность и т.д.)
- Характер и ритм питания (недостаток пищевых волокон, рафинированная пища, редкое питание)
- Гиподинамия (застой в малом тазу)
- Дисбактериоз
- Злоупотребление слабительными, клизмами

Классификация СРК

(Римские критерии III, 2006)

- СРК с преобладанием запора (IBS-C) – твердый или комковатый стул $\geq 25\%$ и жидкий или водянистый стул $<25\%$ дефекаций;
- СРК с преобладанием диареи (IBS-D) - жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ и твердый или комковатый $<25\%$ дефекаций;
- Смешанный СРК (IBS-M) - твердый или комковатый стул $\geq 25\%$ и жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ дефекаций;
- Неклассифицируемый СРК – патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D или M.

Диагностические критерии СРК (Римские критерии III, 2006)

Дискомфорт или боли в животе длительностью не реже 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев, характеризующиеся двумя или более признаками из перечисленных:

- уменьшением после дефекации;
- начало связано с изменением частоты стула;
- начало связано с изменением формы стула.

Дополнительные симптомы:

- патологическая частота стула (< 3 р/нед или > 3 р/день);
- патологическая форма стула (комковатый/твердый или жидкий/водянистый);
- натуживание при дефекации;
- императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие.

Симптомы, подтверждающие диагноз СРК

- частота стула менее 3 раз в нед;
- частота стула более 3 раз в день;
- твердый / фрагментированный («овечий») кал;
- мягкий (кашицеобразный) или водянистый кал;
- натуживание при опорожнении кишечника;
- императивный позыв на дефекацию;
- чувство неполного опорожнения кишечника;
- возможная примесь слизи в кале;
- чувство переполнения или вздутия живота

Симптомы, исключающие диагноз СРК

- дебют симптомов в пожилом возрасте
- лихорадка
- свежая кровь в кале
- возникновение кишечных расстройств в ночное время
- немотивированное похудание
- прогрессирующее течение заболевания
- анемия
- лейкоцитоз
- ускорение СОЭ
- стеаторея и полифекалия

Особенности клинических симптомов

- боли обычно в левой подвздошной области, не иррадируют, усиливаются после еды, уменьшаются после дефекации, не беспокоят в ночное время, могут актуализироваться во время менструации
- при превалировании запоров отмечаются короткие эпизоды диареи
- диарея чаще утром после завтрака («синдром утренней бури») или в дневное время (ночью не беспокоит), частота не более 2-4 раз за сутки (общая масса не более 200 г)

Внекишечные симптомы СРК (вегетативной природы)

- головные боли мигренозного типа (интенсивная гемикраниалгия)
- ощущение кома в горле при глотании
- неудовлетворенность вдохом
- дискомфорт в области сердца в положении на левом боку
- вазоспастические реакции (зябкость пальцев)
- учащение мочеотделения (раздраженный мочевой пузырь)
- сексуальные нарушения

Дифференциальная диагностика

- язвенный колит
- болезнь Крона
- дивертикулярная болезнь
- опухоли толстой кишки
- заболевания тонкой кишки с диареей
- хронический панкреатит
- кишечные инфекции

СРК является диагнозом исключения, выставляемым после полного исследования ЖКТ при отсутствии заболеваний, которые могут сопровождаться схожими симптомами

Лечение СРК

1. воздействие на психоэмоциональную сферу (психотерапия, антидепрессанты, седативные средства)
2. коррекция нарушенных кишечных функций (в соответствии с особенностями кишечного синдрома)
 - диета с исключением непереносимых продуктов
 - при запорах – лактулоза 30-60 мл/сут, при гипомоторной дискинезии – мотилиум 20 мг 2 р/д
 - при диарее – лоперамид 4 мг/д, возможно – алюмосодержащие антациды
 - бактериальные пробиотики (по показаниям) – бифидум-бактерин
3. купирование болевого синдрома – миотропные спазмолитики (но-шпа, мебеверин), антихолинэргические средства (гастроцепин, бускопан), селективные АК гладкой мускулатуры ЖКТ (дицетел, спазмомен)

ПЕРЕРЫВ

Неспецифический язвенный колит

Хроническое рецидивирующее
воспалительное заболевание с
некротизирующим язвенно-
деструктивным поражением
слизистой оболочки толстой кишки

Классификация НЯК

По клинической форме:

- Острая форма (молниеносная) (5%)
- Хроническая форма:
 - рецидивирующая (85%)
 - непрерывная (10%)

По локализации:

- Дистальный колит (проктит)
- Левосторонний колит
- Тотальный колит

Критерии тяжести НЯК

Симптомы	Течение		
	легкое (проктит)	ср/тяжелое (проктосигм оидит)	тяжелое (тотальный колит)
Стул в сутки	Менее 4	4-6	6-8 и более
Кровь в кале	Немного	Умеренно	Значительно
Температура	Нормальная	Субфебр.	Фебрильная
Похудание	Нет	Незначит.	Выраженное
Нв, г/л	Выше 110	90-110	Ниже 90
СОЭ, мм/ч	Менее 26	26-30	Выше 30
Лейкоцитоз	Норма	Умеренный	Выражен., ²⁵ сдвиг л/форм

Эндоскопические признаки активности НЯК

Признак	минимальная	умеренная	высокая
Зернистость	Нет	Есть	Выражена
Кровоточивость	Петехии	Контактная, умеренная	Спонтанная, выраженная
Эрозии	Единичные	Множеств.	Множеств., изъязвления
Язвы	Нет	Единичные	Множеств.
Фибрин	Нет	Есть	Обильный
Гной	Нет	Немного	Много

Клинические проявления НЯК

- Кишечные симптомы
- Внекишечные системные проявления
- Синдром эндотоксемии
- Метаболические расстройства

Кишечные симптомы

- Кровь в кале (90-100%)
- Диарея, полифекалия (60-65%)
- Тенезмы (ложные позывы с выделением крови, слизи, гноя почти без каловых масс) - свидетельствуют о высокой активности воспаления в прямой кишке
- Запор (обычно в сочетании с тенезмами) - при ограниченных дистальных формах НЯК (спазм вышележащего кишечного сегмента)
- Боли в животе (эпизодические, связанные с дефекацией)

Внекишечные проявления НЯК

Симптомы	Частота 5-20%	Частота менее 5%
Связанные с активностью кишечного процесса	Афтозный стоматит Узловатая эритема Артриты Поражения глаз Остеопороз	Гангренозная пиодермия
Несвязанные с активностью кишечного процесса	Сакроилеит Псориаз ЖКБ	Б.Бехтерева Жировой гепатоз Склерозирующий холангит Амилоидоз

Синдром эндотоксемии

- Общая интоксикация, слабость, субфебрилитет или лихорадка
- Тахикардия
- Анемия, СОЭ, лейкоцитоз
- Острофазовые белки (СРБ, фибриноген, серомукоид и т.д.)

Метаболические расстройства

- Уменьшение массы тела (иногда до степени истощения)
- Дегидратация
- Гипопротеинемия, гипоальбуминемия с развитием отечного синдрома
- Гипокалиемия и др. электролитные нарушения
- Гиповитаминозы

Дифференциальная диагностика

Признаки	НЯК	Болезнь Крона
Вовлечение прямой кишки	Практически всегда	Примерно в 1/3 случаев, чаще – подвздошная к-ка
Вовлечение перианальной зоны	Не характерно	Свищи, трещины
Боли в животе	Эпизодические, при дефекации	Более постоянные, приступообразные
Характер язвенных дефектов	Поверхностные округлые или звездчатые	Глубокие щелевидные («булыжная мостовая»)

Лечение обострения НЯК

Легкая форма (преимущественно проктит)

- Сульфасалазин внутрь 2-4 г, или салазопиридазин 1 г, или месалазин 0,5 г в день (в течение многих лет)
- Микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) дважды в сутки в течение 7 дней
- Преднизолон внутрь 20 мг/сут в течение месяца, далее постепенная отмена (по 5 мг/нед)

Лечение обострения НЯК

Среднетяжелая форма (преимущественно проктосигмоидит)

- Сульфасалазин внутрь 4-8 г, или салазопиридазин 1 г, или месалазин 1 г/сут (в течение многих лет)
- Микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) дважды в сутки в течение 7 дней
- Преднизолон внутрь 40 мг/сут в течение месяца, далее постепенная отмена (по 10 мг/нед)

Лечение обострения НЯК

Тяжелая форма (тотальный колит)

- Гидрокортизон 125 мг в/в 4 р/сут 5 дней
- Гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг ректально капельно (в 100 мл физ.р-ра) дважды в сутки 5 дней
- Парентеральное питание и др. мероприятия по показаниям (гемотрансфузии, инфузии электролитов и т.д.)
- Цитостатики: циклоспорин в/в 4 мг/кг/сут 1-2 нед, затем внутрь 5 мг/кг 6 месяцев или азатиоприн внутрь 2,5 мг/кг/сут
- АБТ при лихорадке или клинической симптоматике сепсиса (ципрофлоксацин или имипенем в/в 500 мг каждые 8 часов)
- Лабораторные исследования с целью ранней диагностики осложнений
- Спустя 5 дней определяются показания к неотложной операции

Лечение НЯК в стадии ремиссии

- Сульфасалазин внутрь 1 г 2 р/сут, или (при плохой переносимости) месалазин (салофальк, мезакол и т.д.) 1 г/сут (в 2 приема) пожизненно
- Дополнительное медикаментозное лечение проводится в зависимости от клинических проявлений и результатов обследования в процессе диспансерного наблюдения

Кишечные осложнения

- Тяжелое кровотечение (чаще при левостороннем колите)
- Стенозы
- Перфорация
- Вторичная кишечная инфекция
- Токсическое расширение толстой кишки
- Полипоз
- Малигнизация

Факторы риска развития рака ТОЛСТОЙ КИШКИ

(в 2/3 случаев – в левых отделах и прямой кишке)

- Длительность заболевания (более 8 лет при тотальном колите, 10-15 лет при левостороннем)
- Распространенность и тяжесть процесса (тотальный колит)
- Возраст возникновения/первого обострения (моложе 30 лет)

Благодарю за внимание !