



Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона

д.м.н. Горбань В.В.

**ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
Кафедра поликлинической терапии
с курсом ОВП (СМ) ФПК и ППС**

Толстая кишка

- Моторная - превращение химуса в плотные каловые массы пока они не достигли прямой кишки
- В норме из подвздошной кишки поступает около 2 л
- ТК может всосать около 6 литров
- Экскреторная
- Удержание электролитов и солей
- Иммунобиологическая и конкурентная защита от патогенных микробов
- Всасывание Vit E, A, K, D, B

- У человека ТК частично компенсирует пищеварение !?
- за счет ферментативной активности нормальной флоры !!!
- + ферментов кишечного эпителия!?
- Биомасса кишечной флоры 2 — 3 кг (500 видов бактерий)
- облигатные и факультативные
- анаэробы и аэробы (1000:1)
- 85 - 98% — бифидо-, лактобактерии и бактероиды

Функции кишечной флоры

- **ферментативная активность**
 - расщепление гликогена и крахмала (около 60 г углеводов !!!)
 - поэтому иногда лактазная недостаточность и целиакия — могут протекать без диареи
- **растворяют клетчатку**
- **оптимизируют эвакуацию**
- **синтезируют Vit E, K, B1, B6, B12**
- **выработка биологически активных в-в: β -аланин, γ -аминомасляная к-та и др.**
- **снижают pH до 5,3 — 5,8 — блокирует патогенную флору**

Двигательная активность

- **Восходящий отдел толстой кишки**
 - **перемешивание (колебания) химуса в пределах одного двух сегментов за счет ритмических ретроградных сокращений - абсорбция жидкости и электролитов**
- **Поперечная ободочная "хранилище" каловых масс - медленное продвижение каловых масс и отжатие воды за счет сегментарных сокращений**

Двигательная активность

- **Нисходящий отдел толстой кишки**
 - быстрая эвакуация кала за счет распространяющиеся сокращения
- **Дефекационный рефлекс**
возникает при остром растяжении прямой кишки

Болезни толстой кишки

- 1. Функциональные и с незначительными морфологическими изменениями (с-м раздраженного кишечника)
- 2. Воспалительные (НЯК, болезнь Крона)
- 3. Опухоли
- 4. Врожденные аномалии (б. Гиршпрунга - мегаколон - 1:5000)
- 5. Наследственные полипозные синдромы
- 6. Патология ано-ректальной зоны

Запор

- Увеличение интервалов между дефекациями по сравнению с физиологической нормой или систематически недостаточное опорожнение кишечника.
- Хроническая задержка опорожнения кишечника более чем на 48 часов с затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения с отхождением малого количества (менее 100 гр.) и повышенной твердости кала.

Причины запоров

- Запор может быть проявлением: **функциональных** (первичные) нарушений
- **органических** поражений толстой кишки
- системным проявлением ряда **внекишечных** заболеваний.

ПЕРВИЧНЫЕ МОТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- Нарушение двигательной и транспортной функции без структурных изменений кишечника
- Психические нарушения: депрессия, нервная анорексия
- Дефицит пищевых волокон
- Гиподинамия

ПЕРВИЧНЫЕ МОТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- **Функциональный запор** – простой запор
 - (неправильное питание и образ жизни)
 - отказ от завтрака, голодание
 - двигательная активность ТК увеличивается сразу после еды во всех отделах,
 - натошак — подвижность и транзит отсутствуют
 - дефицит пищевых волокон
 - гипокинезия (обычно у молодых женщин)
 - Овариальные нарушения (редко)

ВТОРИЧНЫЕ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- Конституциональные изменения (аномалии) кишечника -
(предрасполагают, но не обязательно вызывают запор)
- с-м Халайтиди (печеночный угол - между печенью и диафрагмой)
- с-м Гленера (спланхноптоз)
- мегалоконе и (или) долихоколоне
 - врожденный
 - приобретенный

ВТОРИЧНЫЕ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- **Неврологические нарушения**

(инсульт, вегетативные neuropatii)

- **Побочное действие лекарств**

- антациды с кальцием, алюминием, висмутом
- антидиарейные, опиаты
- барбитураты, клонидин
- НПВП, препараты железа
- секвестранты желчных кислот (холестирамин)
- тиазиновые и петлевые диуретики (гипокалиемия)
- антидепрессанты, фенотиазины, H1-, M - блокаторы
- β-адреноблокаторы, др. гипотензивные
- антибиотики, сульфаниламиды (дисбактериоз)

ВТОРИЧНЫЕ МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- Эндокринные заболевания и обмена веществ
 - гипотиреоз, гиперкальциемия, СД
- Болезни ободочной кишки (от селезеночного угла)
 - опухоли, воспалительные поражения,
 - каловые камни
- **НАРУШЕНИЯ АНО-РЕКТАЛЬНОГО ТРАНЗИТА**
 - Болезни прямой кишки: опухоли, трещины, геморрой
- Другие причины:
 - болезнь Гиршпрунга, пожилой возраст

Диагностические критерии

- **Выявление запора — не представляет трудностей (за исключением)**

□ - при выраженном
ипохондрическом синдроме

□ - в случаях “запорной диареи

Дифдиагноз запора

•Признак	•Органический запор	•Функциональный
•Возраст	•любой	•любой
•Пол	•любой	•чаще женщины
•Анамнез	•внезапно •или резкое усиление	•продолжительно без заметного ухудшения
•Дефекация	•неприятные ощущения	•без особенностей
•Масса тела	•снижение	•стабильна
•Анемия	•+ + + —	•нет

Дифдиагноз запора

- У лиц среднего и пожилого возраста с внезапно возникшим запором необходимо тщательное исследование
- Примесь крови в кале может указывать на рак, дивертикулез, воспалительные изменения, геморрой
- Изменение кала в виде шариков или ленты характерно для СРК.
- Рентгенологическое исследование при запоре мало эффективно
- ФКС – обязательное исследование при внезапно возникшем запор или ухудшение его течения

Синдром раздраженного кишечника

- **(СРК) функциональное заболевание ЖКТ (15-22% - от 30 до 60 лет)**
- **СРК — расстройства моторной и секреторной функции кишечника, преимущественно толстой кишки, без структурных изменений органов**
- **Включают: СРК с диареей — К 58.0**
- **без диареи — К 58.9**
- **с запором — К 59.0**

Факторы, обуславливающие проявления заболевания

- **Нарушение кишечной реактивности в ответ на внутрипросветные или провокационные стимулы;**
- **Гиперчувствительность кишки с повышенной висцеральной перцепцией;**
- **Нарушение регуляция оси мозг - кишечник.**

“ РИМСКИЕ КРИТЕРИИ ”

СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

- Наличие в течение 12 недель в году дискомфорта в животе или болей, которые:
- облегчаются дефекацией,
- совпадают с изменением частоты или консистенции фекалий.
- отсутствии каких-либо патоморфологических, физиологических или биохимических изменений,
- предлагается исключить органические заболевания, которые могут имеет сходную клиническую симптоматику.

Дополнительные критерии

- **Два или более симптомов на протяжении 25% времени болезни**
 - **Изменения частоты стула (чаще, чем 3 раза в день или реже чем 3 раза в нед.)**
 - **Изменение консистенции кала (жидкий, твердый)**
 - **Изменения акта дефекации**
 - **Императивные позывы**
 - **Неполное опорожнение кишки**
 - **Дополнительные усилия при дефекации**
 - **Выделение слизи с калом**
 - **Вздутие живота, метеоризм**
 - **Урчание в животе**

Симптомы, исключаящий СРК

Жалобы и анамнез	Физикальные данные
Немотивированная потеря веса	Лихорадка
Ночная симптоматика	гепатомегалия, спленомегалия
Рвота	Необычное вздутие живота
Интенсивные боли	Лабораторные показатели
Постоянные боли в животе как единственный признак	Кровь в кале
Начало в пожилом возрасте	Лейкоцитоз, анемия, ↑ СОЭ, изменения биохимии
Рак толстой кишки у родственников	Анемия
Нарастание тяжести симптомов (отрицательная динамика)	Стеаторея

Лечебные мероприятия:

- 1. Психотерапия и диета
- 2. Лекарственная терапия при избыточном бактериальном росте:
 - нтетрикс 2 к. х 3 р., фуросолидон 0,1 х 3 р. 5-7 дней
- 3. При спастической дискинезии:
 - спазмомен 2 р в день, дебридат 100-200 мг х3 р., дюспатолин 200 х 2р.
- 4. При преобладании запора:
 - лактулоза 30-60 мл в сутки, бисакодил 1-3 др. однократно перед сном, гутталакс 10-12 капель перед сном, форлакс 1-4 пак. в день
- 5. При гипомоторике ТК
 - координакс 20 мг х 2 р.
- 6. При диарее: смекта, маалокс, гастал, альмагель, лоперамид 2 мг х 4 р. (до прекращения диарее)

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

- хроническое рецидивирующее заболевание при котором воспаление имеет диффузный характер и локализуется поверхностно, только в пределах СО толстой кишки
- не установленной этиологии
- с язвенно-деструктивными изменениями СО прямой и ободочной кишки, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями (сужение, перфорация, кровотечение, сепсис и другие)

Клиника

- **Частота 4 : 10000**
- **частый жидкий стул с кровью и слизью**
- **повышение температуры тела**
- **схваткообразные боли в животе**
- **тенезмы**

Ректороманоскопия

- **отек**
- **ранимость слизистой**
- **в просвете кишки кровь**
- **эрозии, язвы**

Варианты течения

- **быстро прогрессирующее**
- **непрерывно рецидивирующее**
- **рецидивирующее**
- **латентное (стертое)**

а) легкая степень

- **дефекаций не > 4 раз в сутки, крови мало**
- **лихорадки и тахикардии нет**
- **болезненность по ходу толстой кишки**
- **симметричный синовит крупных суставов, узловая эритема**
- **лейкоцитоз, повышение СОЭ**
- **локализация в прямой и сигмовидной кишке (отек, гиперемия, эрозии, преходящие изъязвления, участки утолщения СО)**

б) средней тяжести

- стул 4-8 раз в сутки**
- повышение T тела, кишечные колики, дегидратация, < АД**
- болезненность и урчание по ходу толстой кишки**
- сдвиг влево, анемия**
- системные поражения (суставы, кожа, глаза)**
- СО - гиперемия, отечность, эрозии, язвы покрыты гноем и фибрином**

в) тяжелая степень

- стул > 8 раз с кровью, слизью, гноем**
- Т тела выше 38**
- боли в животе и вздутие**
- анемия, сдвиг влево + электрoл. нарушения, < К, Са, Na, Сl**
- снижение мышечного тонуса**
- СО - гиперемия, отечность, множественные эрозии и язвы покрыты гноем и фибрином**

Осложнения

- **МЕСТНЫЕ**
- перфорация
- кровотечение
- сужение
- вторичная кишечная инфекция
- исчезновение СО
- токсическая дилатация
- **ОБЩИЕ**
- гипокортицизм
- сепсис
- артриты
- поражение кожи, глаз
- нефрит, амилоидоз, дистрофия печени

БОЛЕЗНЬ КРОНА

- Хр. рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением разных отделов пищеварительной трубки
- Частота — 30 на 100 000 населения
- Процесс может локализоваться в любом отделе от ротовой полости до анального отверстия, но чаще поражается подвздошная кишка
- (терминальный илеит)

Морфология

- 1. Утолщение стенки с трансмуральным воспалением
- 2. > брыжжеечных лимфоузлов
- 3. Очаговые гранулемы
- 4. Глубокие линейные и извитые изъязвления (вид “булыжной мостовой”)
- 5. Стриктуры
- 6. Чередование нормальных и пораженных

Эндоскопия: картина поражения дистальной части подвздошной кишки при болезни Крона



***Воспалительная инфильтрация,
отек и изъязвления.***

Классификация

- **Тип 1:**

- Поражен сегмент тонкой кишки
- Поражена илеоцекальная зона
- Поражен сегмент толстой кишки

- **Тип 2:**

- Поражены сегменты толстой и тонкой кишки
- Поражение кишечника + желудок, пищевод, ротовая полость

Клиническая картина

- Выделяют 4 синдрома:
- 1. Хроническая диарея (иногда ночная), наличие крови в кале.
- 2. Лихорадка.
- 3. Боли в животе.
- 4. Снижение массы тела.
 - + пальпируемые уплотнения кишки,
 - + перианальные трещины, свищи

- При выраженной активности процесса:
 - — > СОЭ, лейкоцитоз
 - — узловая эритема
 - — пиодермия
 - — конъюнктивит
 - — артрит

Клинические формы

1. **Острый илеит (илеотифлит)**
2. **Еюноилеит с синдромом тонкокишечной непроходимости**
3. **Хронический еюноилеит с синдромом нарушения всасывания**
4. **Гранулематозный колит**
5. **Гранулематозный проктит**

Внекишечные проявления

- Манифестации вместе с кишечными проявлениями: артриты, эпислерит, афтозный стоматит, узловая эритема, гангренозная пиодермия.
- Связанные с воспалительным заболеванием кишечника: акилозирующий спондилит, увеит, первичный склерозирующий холангит.
- Связанные с нарушением всасывания: ЖКБ, МКБ, анемия, нарушения свертывания крови...

Осложнения

- **а) сужение кишечника**
- **б) токсическая магалоколон**
- **в) свищи**
- **г) амилоидоз**
- **д) нефро- и холелитиаз**
- **ж) В12 дефицитная анемия**

Лечение

- **Средняя степень тяжести:**

- Системные кортикостероиды per/os 40-60 мг
- Аминосалицилаты месалазин (салофальк) 3-4,5 г/сут.
- Возможна комбинация

- **Тяжелое обострение:**

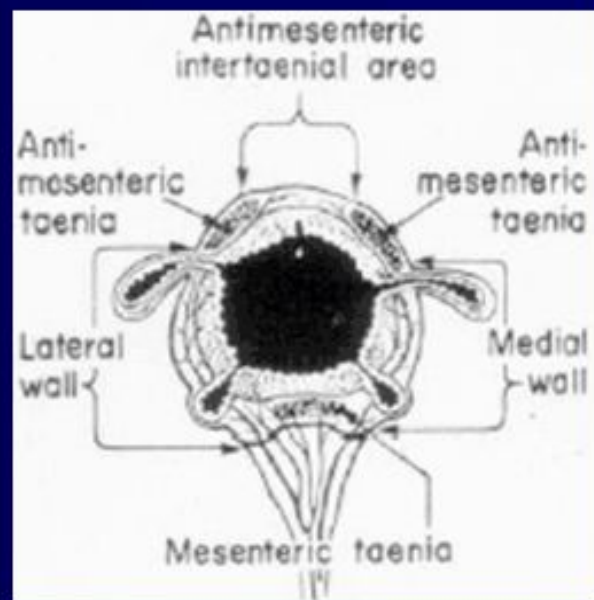
- Системные кортикостероиды per/os или в/в сочетании с аминосалицилатами.
- Антибактериальные препараты: ципрофлоксацин 1 г/сут., метронидазол 10-20 мг/кг/сут.

Определение

Дивертикул - (от лат «divertere»
повернуть в сторону, отделиться
- мешковидное или грыжеподобное
выпячивание в стенке полого органа

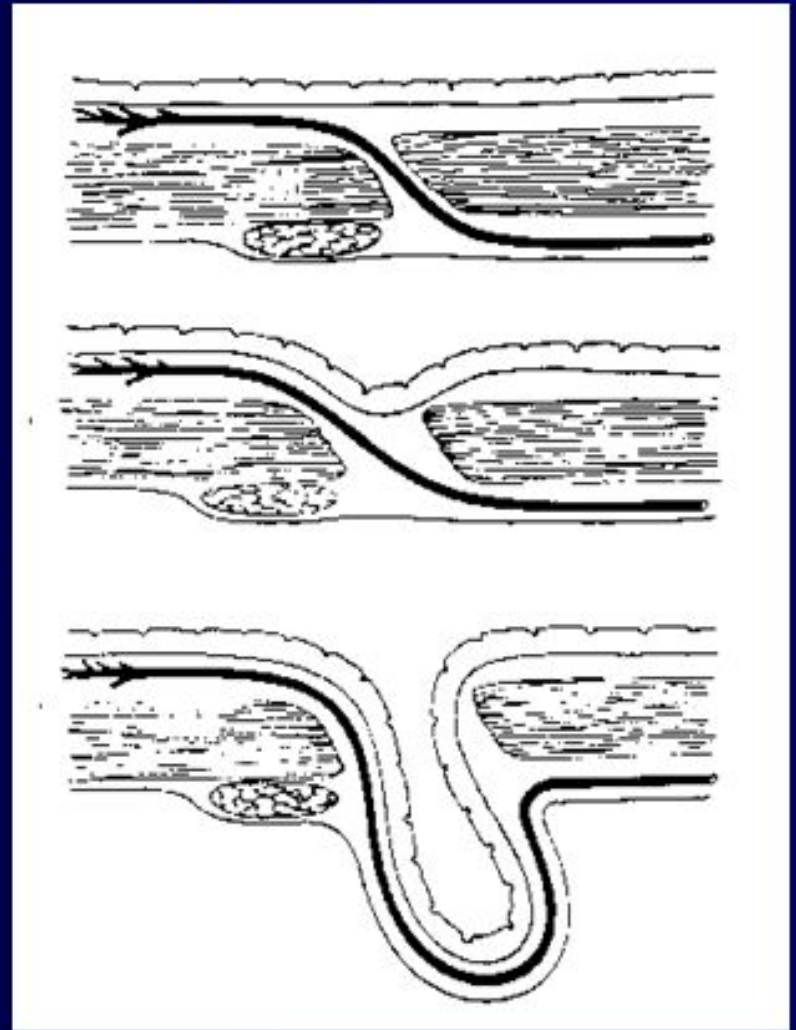
Истинный дивертикул -
выбухание всей кишечной стенки

Ложный дивертикул -
выпячивание слизистой оболочки
между мышечными волокнами



Строение дивертикула

- Псевдодивертикулы
- Размеры от 5 - 10 мм, (гигантские дивертикулы размером 25 см - 100 случаев)
- В 95% случаев дивертикул локализуется в сигмовидной кишке
- Возникновение дивертикулов в местах прохождения прямых сосудов, непосредственно кровоснабжающих круговые мышцы стенки кишки



Актуальность

- Дивертикулярная болезнь толстой кишки - «проблема XX века», «болезнь западной цивилизации» (Painter and Burkitt 1971 г.)

(NS Painter and DP. Burkitt, Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. *BMJ* 2 (1971), NS Painter and DP. Burkitt, Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. *Clin Gastroenterol* 4 (1975))

Распространенность и расходы на дивертикулярную болезнь в США

Заболевание	1998 г.		2000 г.
	Распространенность (тыс)	Общие расходы (\$млн)	Общие расходы (\$млн)
ГЭРБ	18,600	9,804	10,070
Желчнокаменная болезнь	20,500	6,049	6,467
Колоректальный рак	422,3	4,952	5,294
Язвенная болезнь	6,730	3,260	3,441
Дивертикулярная болезнь	2,254	2,498	2,667

American Gastroenterological Association.
The burden of gastrointestinal diseases., 2001.

Эпидемиология



— низкая
распространенность
дивертикулярной болезни



— высокая
распространенность
дивертикулярной болезни

Эпидемиология II

- Истинная распространенность и смертность мало изучены.
- Заболевание регистрируется у каждого второго умершего старше 60 лет (по данным аутопсий)
- Редко встречается у людей моложе 40 лет
- Среди женщин встречается чаще, чем среди мужчин

Этиология

В 1960 году Painter и Burkitt впервые выдвинули гипотезу, согласно которой дивертикулярная болезнь связана с низким потреблением растительной клетчатки.

Гипотеза подтверждена исследованиями, проведенными на животных

Пища, с низким содержанием растительной клетчаткой

45%



55%



Пища, богатая растительной клетчаткой

9%



91%



N Fisher, CS Berry, T Fearn, JA Gregory and J. Hardy,
Cereal dietary fiber consumption and diverticular disease: a lifespan
study in rats. *Am J Clin Nutr* 1985

Health Professionals Follow-up Study
(HPFS) 1986, 1988, 1990 и 1992 гг
(Aldooric и сотруд .)

Цель: связь между видом растительной клетчатки и развитием дивертикулярной болезни.

В исследование были включены:

43 881 мужчин (врачи) в возрасте 40-75 лет

Результат: нерастворимые компоненты растительной клетчатки, особенно целлюлоза, уменьшают риск развития дивертикулярной болезни.

Патогенез

- **Нарушение кишечной моторики (укорочение, укорочение продольной мышечной ленты и утолщение круговой мышцы)**

- **повышение внутрикишечного давления до 90 мм.рт.ст!!! (норма 7.5 мм.рт.ст)**

- **слабость мышечной стенки**



- **Недостаток в рационе питания растительной клетчатки**

Классификация дивертикулярной болезни

I Дивертикулез

- *без клинических проявлений*
- *с клиническими проявлениями*

II Дивертикулит неосложненный

III Дивертикулит осложненный

- *Кровотечение из дивертикула*
- *Перфорация дивертикула*
- *Абсцесс*
- *Свищ*
- *Кишечная непроходимость*
- *Перитонит*

Дивертикулиты

- Дивертикулит 10-15%
 - 1) неосложненный 75%
 - 2) осложненный 25%
- В основном поражается один дивертикул
- Наиболее часто дивертикулит развивается в сигмовидной кишке
- Доказанные факторы риска: возраст, прием НПВП

Патогенез дивертикулитов

Хроническое воспаление

микروперфорация

перидивертикулит

флегмона

кишечная непроходимость

макроперфорация

абсцесс

свищ

гнойный или каловый перитонит

Кровотечение

- Причина кровотечений - повреждение *vasa recta*, а не хроническое воспаление
- Большинство кровотечений из правых отделов толстой кишки
- Средний возраст страдающих дивертикулярными кровотечениями колеблется от 67,7 до 74,2 лет.

Прогноз I

- У 15-25% больных дивертикулезом разовьется дивертикулит**
- После консервативного лечения дивертикулит рецидивирует у 1/3 пациентов**
- Часто рецидивирующий неосложненный дивертикулит у 60% больных переходит в осложненную форму**

Прогноз II

- У 15-40% пациентов с дивертикулярной болезнью развивается кровотечение**
- У 5% пациентов - массивное кровотечение**
- В 80% случаев отмечается спонтанная остановка кровотечения**
- В 25% случаев кровотечения рецидивируют**

Прогноз III

- **У 10% с дивертикулярной болезнью диагностируется кишечная непроходимость**
- **У 5-30% больных с дивертикулитом образуется свищ**
- **Смертность при перфорации достигает 35%**
- **35% больных умирают от фекального перитонита**

Больной С. 61 года

Триада Сейнта

1



2



3

