

The background of the slide is a dark brown color with a pattern of stylized, overlapping autumn leaves in various shades of brown and orange. The leaves are scattered across the entire frame, creating a textured, seasonal feel.

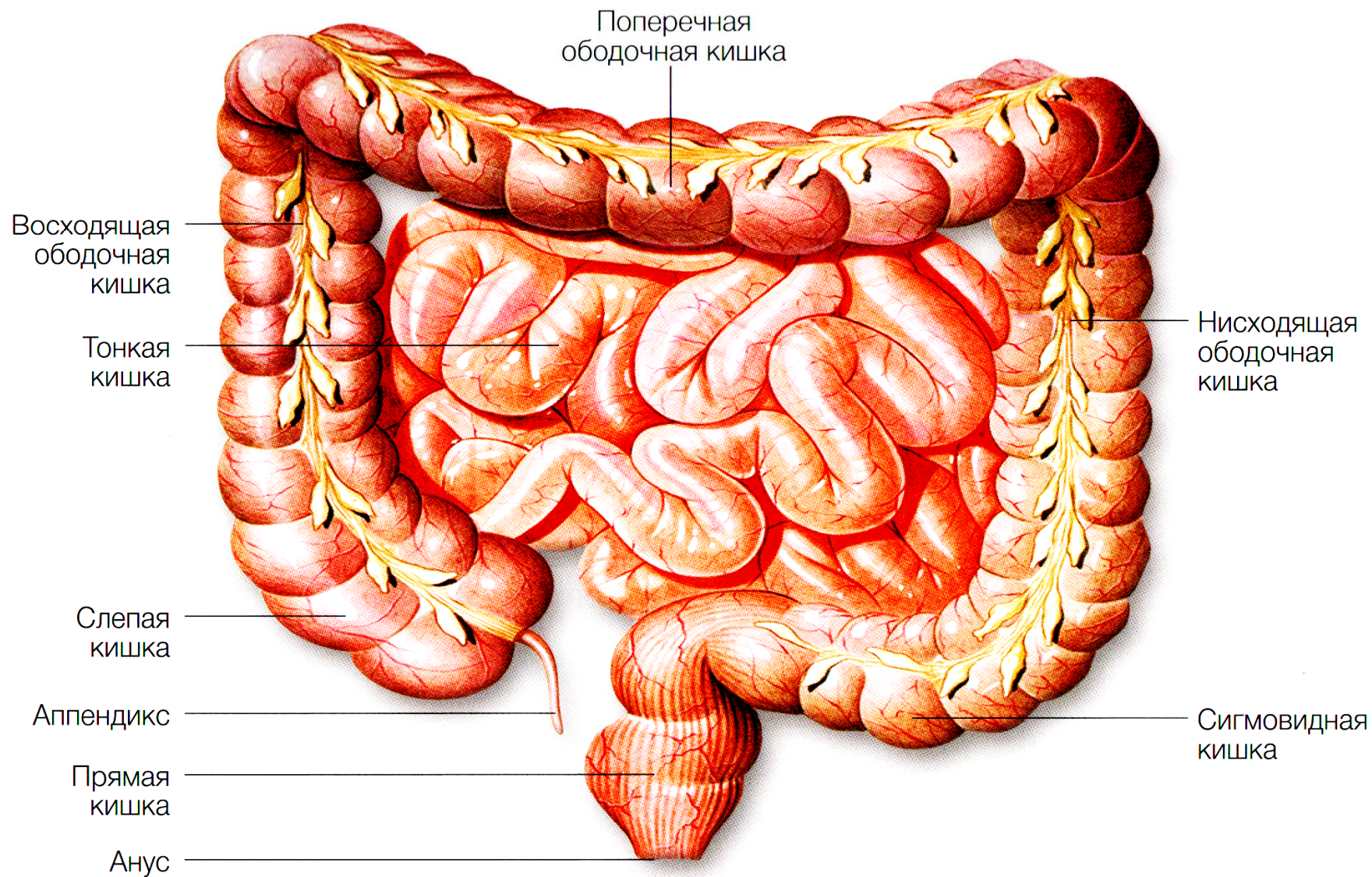
Лекция

Заболевания органов пищеварения

Неспецифический язвенный колит Болезнь Крона

Подготовила Атлас Е.Е.

Заболевания кишечника



ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШОК, ПРИВОДЯЩИЕ К НАРУШЕНИЮ МОТОРНОЙ, СЕКРЕТОРНОЙ, ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ И ДР. ФУНКЦИЙ

- **Воспалительные заболевания (НЯК, Болезнь Крона)**
- **Онкологические заболевания кишечника**
- **Энтеропатии (энтероколиты)**
- **Функциональные заболевания толстой кишки (СРК, функциональные запоры и поносы)**

Синдромы при заболеваниях кишечника

- Болевой
- Кишечный дискомфорт
- Понос
- Запор
- Кишечная диспепсия
(бродильная, гнилостная)
- Метеоризм
- Нарушение всасывания (мальабсорбция)
- Нарушение питания (мальнутришн)
- Нарушение психики

Боли

- Спазм
- Растяжение
- Перипроцесс

Боли (тонкая кишка)

- Локализация - околопупочная область, по всему животу
- Характер – тупые распирающие
- Сопровождаются метеоризмом урчанием, переливанием
- Время появления – через 3-4 часа после еды
- Боли стихают при применении пищеварительных ферментов, симетикона, спазмолитиков, тепла

Боли (толстая кишка)

- Локализация – по ходу толстой кишки
- Характер – спастические, реже распирающие
- Сопровождаются поносом, повышенным отхождением газов, запором
- Появляются после приема грубой пищи или молока
- Время появления – утром, ночью сразу после еды (гастроцекальный рефлекс)
- Боли стихают при дефекации, отхождении газов, спазмолитиков, тепла

Синдром «бродильной» диспепсии

- Схваткообразные боли, ослабевающие после стула или отхождения газов
- Вздутие живота, ощущение распираания в кишечнике, урчание, переливание («кишечный дискомфорт»)
- Ухудшение после применения углеводов, клетчатки, молока
- Поносы
- Обильное отхождение газов кислого запаха
- Стул обильный, жидкий или кашицеобразный, пенистый
- Реакция кала кислая

Копромикроскопия

- Много крахмальных зерен
- Много йодофильной флоры

Синдром «гнилостной» кишечной диспепсии

- Боли в животе слабо выражены, постоянные, коликообразные
- Кишечный дискомфорт проявляется умеренно
- Поносы чередуются запорами
- Газы не обильные с запахом сероводорода
- Ухудшение после белковой пищи

Копромикроскопия

- Не переваренные мышечные волокна

Метеоризм

(синдром вздутия живота)

- Наблюдается у 60-85%
гастроэнтерологических больных

Источниками газов в кишечнике являются:

- Заглатываемый воздух - 70%
- Газы, образующиеся в просвете самой кишки – 20%
- Газы, диффундирующие из крови – 10%

МЕХАНИЧЕСКИЙ МЕТЕОРИЗМ

**Нарушение пассажа по кишечнику
вследствие :**

- Спаек
- Стенозирования
- Опухоли

Носит локальный характер

АЛИМЕНТАРНЫЙ МЕТЕОРИЗМ

Возникает при:

- Употреблении грубой клетчатки, целлюлозы, пектина, гемицеллюлозы
- Употреблении продуктов, вызывающих бродильные процессы (черный хлеб, изюм)
- Употреблении продуктов, в которых самостоятельно происходит брожение (квас, пиво)
- Употреблении газированных напитков

Метеоризм при нарушении переваривания и всасывания

Нарушение процессов переваривания:

- **снижение синтеза ферментов**
- **разрушение ферментов**
- **билиарная недостаточность**
- **расстройство всасывания**

Метеоризм при нарушении микробиоциноза в кишечнике

- **Нарушение состава микрофлоры
в толстой кишке**
- **Синдром контаминации**
- **Синдром «бродильной»
диспепсии**
- **Синдром «гнилостной» диспепсии**

Среднее количество воды, проходящее ежедневно через толстую кишку

- Поступает в толстую кишку 1500 мл
- Выделяется с калом 100 мл
- Абсорбируется кишкой 1400 мл

ПОНОСЫ

Зависимость формы кала от содержания воды:

- Жидкая форма кала - 90% воды
- Полужидкая (кашицеобразная) форма кала - 85% воды
- Нормальная форма кала - 70% воды
- Плотная форма кала - 60% воды
- Каловые массы – 50 -225 гр в сутки

Бристольская шкала форм кала

Типы	Описание
Тип 1	Отдельные твердые комки как орехи, трудно передвигаются
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул
Тип 7	Водянистый без твердых частиц, полностью жидкий

Диарея

- возникает при поступлении в толстую кишку более 6 мл/мин воды (6 литров в сутки)

Виды диареи

- **Секреторная диарея** – обусловлена усиленной секрецией воды и электролитов в просвет кишечника
- **Гиперосмолярная диарея** – при синдроме нарушения всасывания, когда оставшиеся вещества повышают осмолярность кишечного содержимого и препятствуют всасыванию воды
- **Гиперкинетическая диарея** – связана с повышением перистальтической активности кишечника
- **Экссудативная диарея** – связана с выделением в просвет кишечника экссудата

Энтеральный копрологический синдром

- Кал неоформленный, полифекалия
- Цвет светло-желтый
- Реакция слабо щелочная
- Много жирных кислот, измененных мышечных волокон
- Нет- крови, гноя, слизи
- Нет лейкоцитов, эритроцитов – при микроскопии

Дистально-колитический копрологический синдром

- Кал не оформленный
- Цвет коричневый
- Слизь
- Кровь, гной
- При микроскопии —
 - лейкоциты, клетки кишечного эпителия
 - нет пищевых остатков

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

- уменьшение массы тела
- сухость кожи, нарушение тургора
- ломкость ногтей, выпадение волос
- снижение содержания липидов в крови
- гипо- и диспротеинемия
- анемия железодефицитная и В₁₂, фолиевая
- нарушение электролитного обмена
- клинические признаки гиповитаминоза
- эндокринные нарушения

Запоры

- В Европейском союзе – 20% взрослого населения
- В Англии – 50% взрослого населения

ДИГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

- **две и меньше дефекации в неделю**
- **плотная (в виде комочков) консистенция стула**
- **натуживание, занимающее не менее 25% времени дефекации**
- **чувство неполного опорожнения кишечника**

Для диагноза достаточно не менее 2-х признаков в течении 3-х последних месяцев

- Ежедневная дефекация является **физиологической необходимостью**

Этиологическая классификация запоров

- Механические
- Алиментарные
- Психогенные
- Неврогенные
- Гормональные
- Рефлекторные
- Интоксикационные

Основные патогенетические механизмы механических запоров

- Механические препятствия (опухоли, спайки, дивертикулы, мегаколон, долигоколон)
- Замедленный транзит каловых масс по толстой кишке
- Затруднение акта дефекации

Ситуации, связанные с появлением запоров

- Недостаточное потребление пищевых волокон
- Малый объем принимаемой пищи и жидкости
- Отсутствие гастроцекального и ортостатического рефлекса
- Систематическое подавление позыва на дефекацию
- Низкая физическая активность

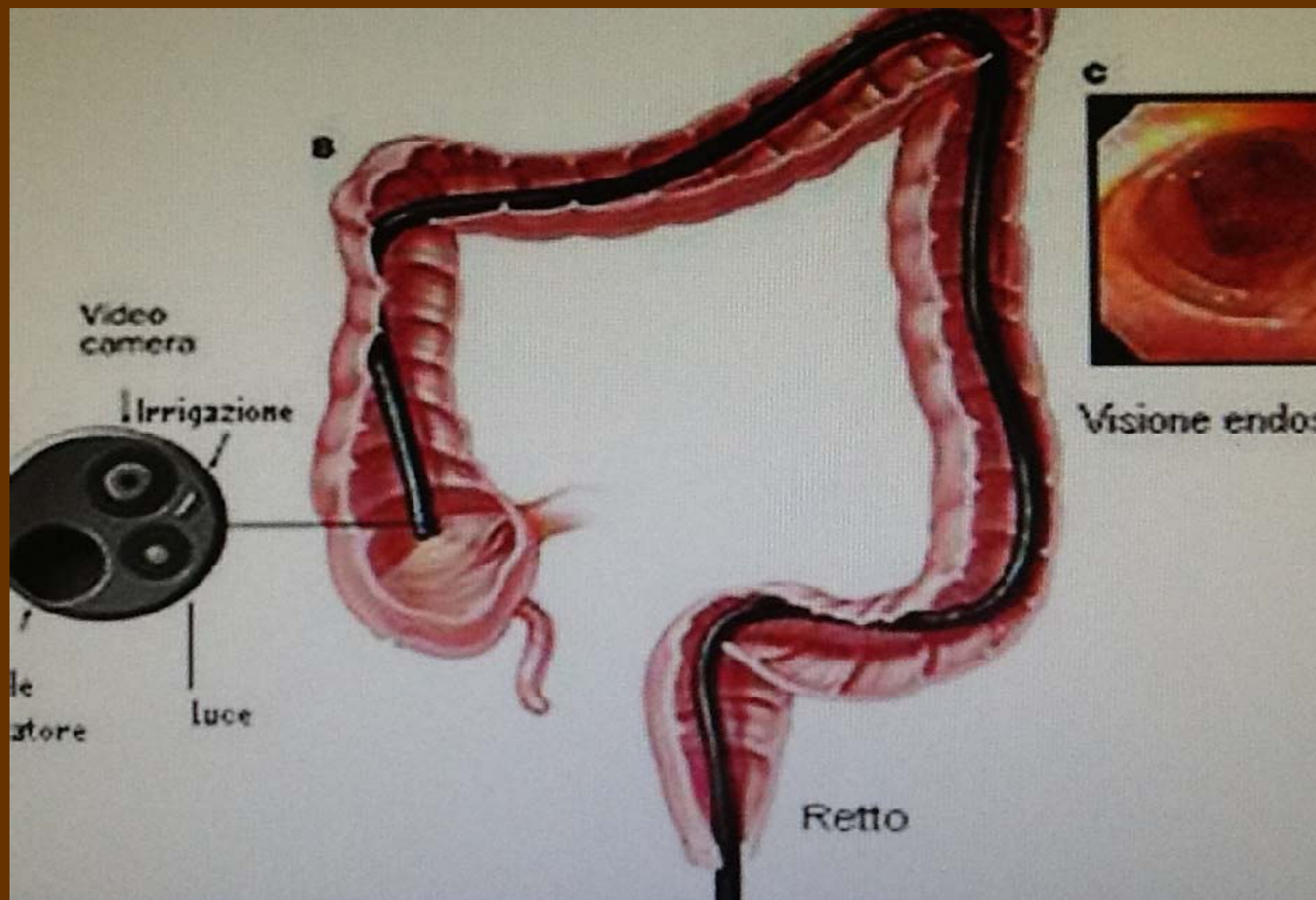
Инструментальные методы исследования

- **Рентгенологическое исследование** -
неравномерное заполнение петель
тонкой кишки, нарушение
продвижения контрастного
вещества, расширение
и деформация складок



- **Эндоскопическое исследование**
- **Радиоизотопные методы -**
 - **пробы с меченым альбумином и аминокислотами.**
 - **тест с нагрузкой витамином В12, меченым радиоактивным кобальтом**
 - **пробы с меченым I (131) оливковым маслом (триолеином) и олеиновой кислотой**
- **Электрокардиография -**
 - признаки гипокальциемии и гипокалиемии**





Эндоскопия

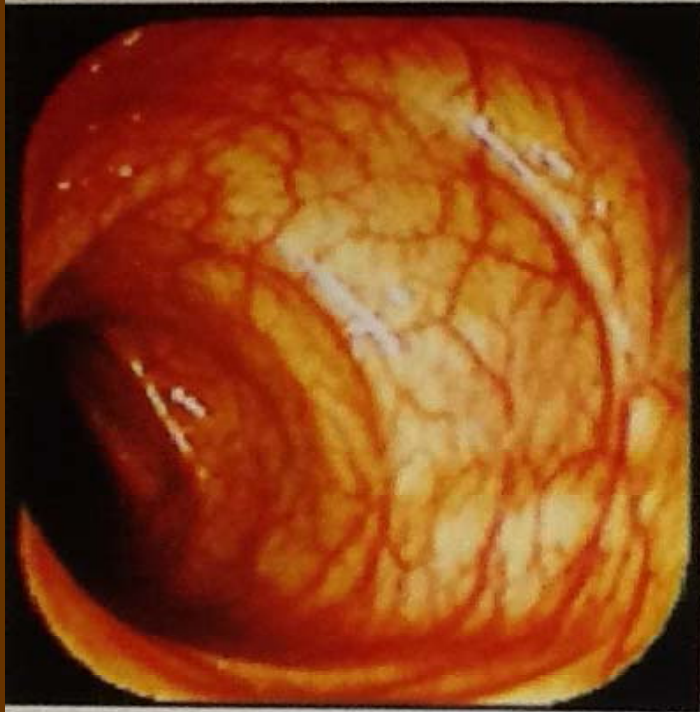


Рис. 4. Норма.

Гладкая блестящая слизистая оболочка с отчетливо видимыми сосудами.

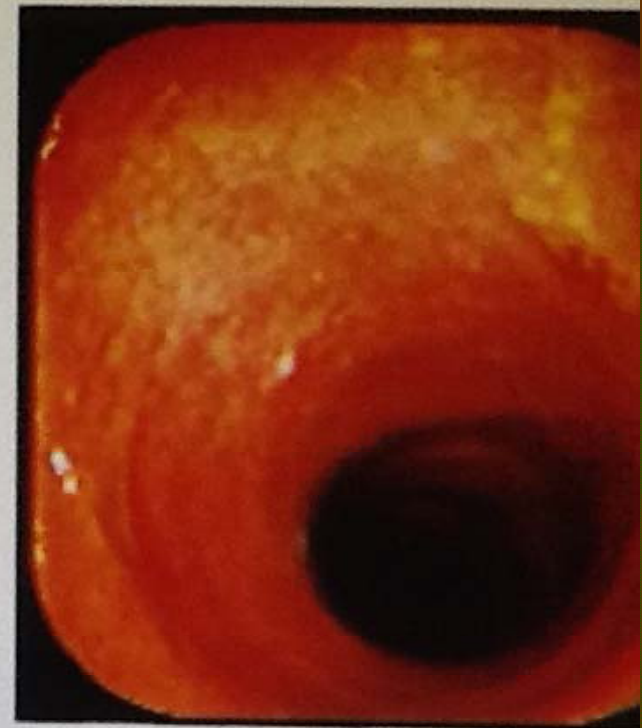
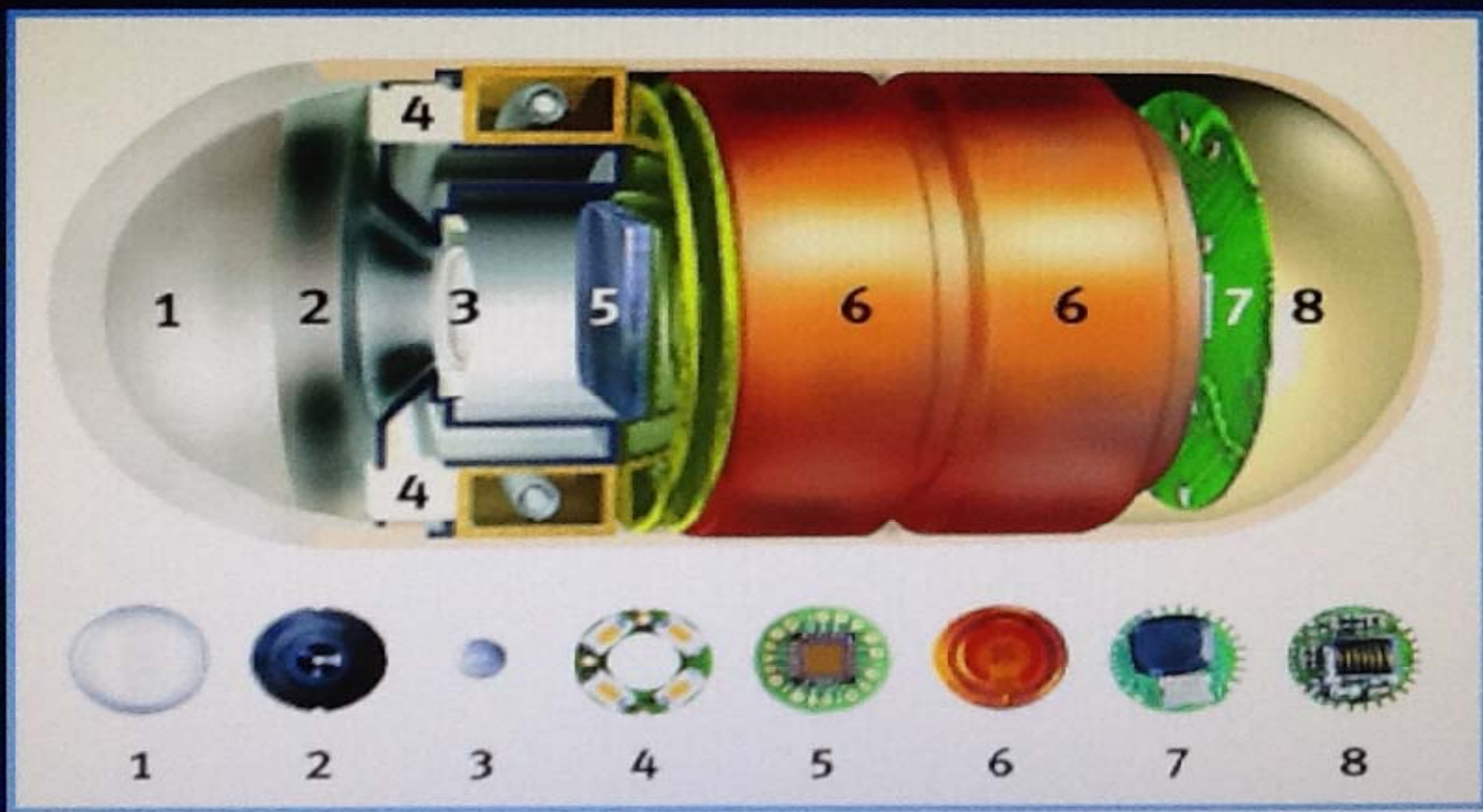


Рис. 5. Язвенный колит.

Ослабление (потеря) сосудистого рисунка, грануляция, бархатистое покраснение.

Энтерокапсула



Болезнь Крона –

мультисистемная группа заболеваний неизвестной этиологии, основным проявлением которого выступает трансмуральный, а иногда гранулематозный воспалительный процесс, сегментарно поражающий различные участки пищеварительного тракта.

Эпидемиология БК

- 100-200 случаев на 100 тыс. населения
- Наиболее часто выявляется в возрасте 20-30 лет, однако может поражать разные возрастные группы
- Зависимость локализации от возраста пациента
- Преобладание женщин над мужчинами (1 : 1,1)

Этиология и патогенез

1. Генетическая предрасположенность
NOD2/CARD15 на 16 хромосоме
(в 17% у родственников, чаще мужчин,
у евреев и – в 6 раз чаще в популяции)
2. Роль триггерных факторов:
курение, перенесенные вирусные
заболевания, инфекции верхних
дыхательных путей, кишечные
инфекции, прием НПВП, стресс

Этиология и патогенез

3. Вероятен РНК – вирус, атипичные микобактерии
4. Иммунные механизмы (аномалии активности Т- клеток, уменьшение активности Т- супрессоров)
 - Аутоиммунный компонент, ФНО- α .

Патогенез воспалительных заболеваний кишечника



Патологоанатомические изменения

- 1. Утолщение стенки кишечника, трансмуральное воспаление**
- 2. Увеличение и тусклость брыжеечных лимфоузлов**
- 3. Очаговые гранулемы**
- 4. Извитые или линейные глубокие изъязвления («булыжная мостовая»), иногда свищи**
- 5. Вторичные структуры при рубцевании**
- 6. Чередование пораженных и непораженных участков**

Данные анамнеза

- Характер начала заболевания
- Недавние поездки
- Прием антибиотиков и НПВП
- Непереносимость компонентов пищи
- Аппендэктомия
- Кишечные инфекции
- Семейный анамнез
- Курение

Классификация БК по локализации процесса

- Терминальный илеит (30-35%)
- Илеоцекальный отдел (40%)
- Колит (20%)
- Аноректальная область (2-3%)
- Диффузный еюноилеит (5%)
- Другие локализации (желудок, ДПК) (5%)
- Редкие локализации (губы, язык, ротовая полость)

Классификация БК по форме (Вена, 1998 г.)

- Фистулообразующая форма
- Стриктурообразующая форма
- Воспалительно-инфильтративная форма

Клинические симптомы БК

- Рецидивирующие боли в животе, преимущественно в правой подвздошной области (70%)
- Потеря веса (60%)
- Диарея более 6 недель
- Кровь, слизь в кале
- Лихорадка
- Тенезмы
- Анемия

Внекишечные проявления БК

- Узелковый полиартериит
- Спондилоартриты и артропатии (анкилозирующий спондилит и сакроилеит)
- Узловатая эритема
- Гангренозная пиодермия
- Увеит, эписклерит, склероконъюнктивит
- ПСХ
- Гиперкоагуляция

Индекс активности БК (CDAI Best W.R. 1976)

- | | |
|--|------|
| 1) Кол-во дефекаций в неделю | x 2 |
| 2) Интенсивность болей в животе (0-3) | x 5 |
| 0- нет, 1- слабая, 2-умеренная, 3-сильная | |
| 3) Самочувствие в течение недели (0-4) | x 7 |
| 4) Наличие осложнений: | x 20 |
| артралгии/артриты, увеит, узловая эритема, афтозный стоматит, анальная трещина, свищи или абсцессы, лихорадка в течение недели | |
| 5) Прием опиатов (0-1) | x 30 |
| 6) Инфильтрат в брюшной полости | x 10 |
| 0 – нет, 2 – сомнительный, 5 – определяется) | |
| 7) 47- Ht муж., 42 – Ht жен. | x 6 |
| 8) 100х(1- фактическая m тела/идеальная) | x 1 |

Индекс активности БК в баллах

< 150 – неактивная фаза (ремиссия)

150-220 – низкая активность

220-450 – умеренная активность

> 450 – высокая активность

<http://www.ibdjohn.com/cdai/>

<http://www.ibdaustralia.org/cdai/>

Классификация по степени активности

низкая	умеренная	высокая
Интенсивность боли (ИБ) 150-220, потеря веса < 10%, нет лихорадки, дегидратации, непроходимости, инфильтратов, СРБ повышен незначительно или норма	ИБ 220-450, периодическая рвота, потеря веса > 10%, наличие инфильтратов, непроходимости нет, СРБ выше нормы или норма	ИБ > 450, кахексия (ИМТ < 18), кишечная непроходимость или абсцесс, СРБ повышен значительно

Лабораторная диагностика

- Ускорение СОЭ
- Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Тромбоцитоз
- Анемия
- СРБ ↑
- pANCA и ASCA (антитела к *Saccharomyces cerevisiae*)
- Бактериологическое исследование кала (*Yersinia enterocolitica*)
- Исследование кала на токсин *Clostridium difficile*
- Фекальный калпротектин ↑

Инструментальная диагностика

- Колоноскопия
- Ирригоскопия, рентгенологическое исследование тонкой кишки
- УЗИ
- КТ и МРТ
- ЭГДС
- Капсульная эндоскопия
- Двойная балонная энтероскопия

Микроскопические черты БК

- Гранулемы саркоидного типа (лимфоциты, эпителиоидные клетки, макрофаги)
- Инфильтрация слизистой лимфоцитами, плазматическими клетками
- Фокальное, «пестрое» воспаление
- Прерывистость, искривление, укорочение крипт

Диагноз

1. Клиника «аппендицита»,
диагноз на операции
2. Рентгенография кишечника –
суженные участки («синдром струны»)
3. Ирригоскопия – исчезновение
гаустраций, ригидность кишки,
укорочение, сужение просвета, форма
«водопроводной трубы», язвы,
псевдополипы
4. Кольпоскопия и биопсия – гранулематоз

Примеры формулировки диагноза

Болезнь Крона,
воспалительно-инфильтративная форма,
с поражением илеоцекальной области,
умеренной активности
(индекс Беста 230 баллов).

Болезнь Крона,
фистулообразующая форма, с
поражением тонкой и толстой кишки,
высокой активности (индекс Беста 450).
Осложнения: межкишечные свищи,
периаанальные абсцессы.

Осложнения БК

- Абдоминальные инфильтраты
 - Свищи
 - Стриктуры, кишечная непроходимость
 - Абсцессы
- Токсическая дилатация толстой кишки, перфорация

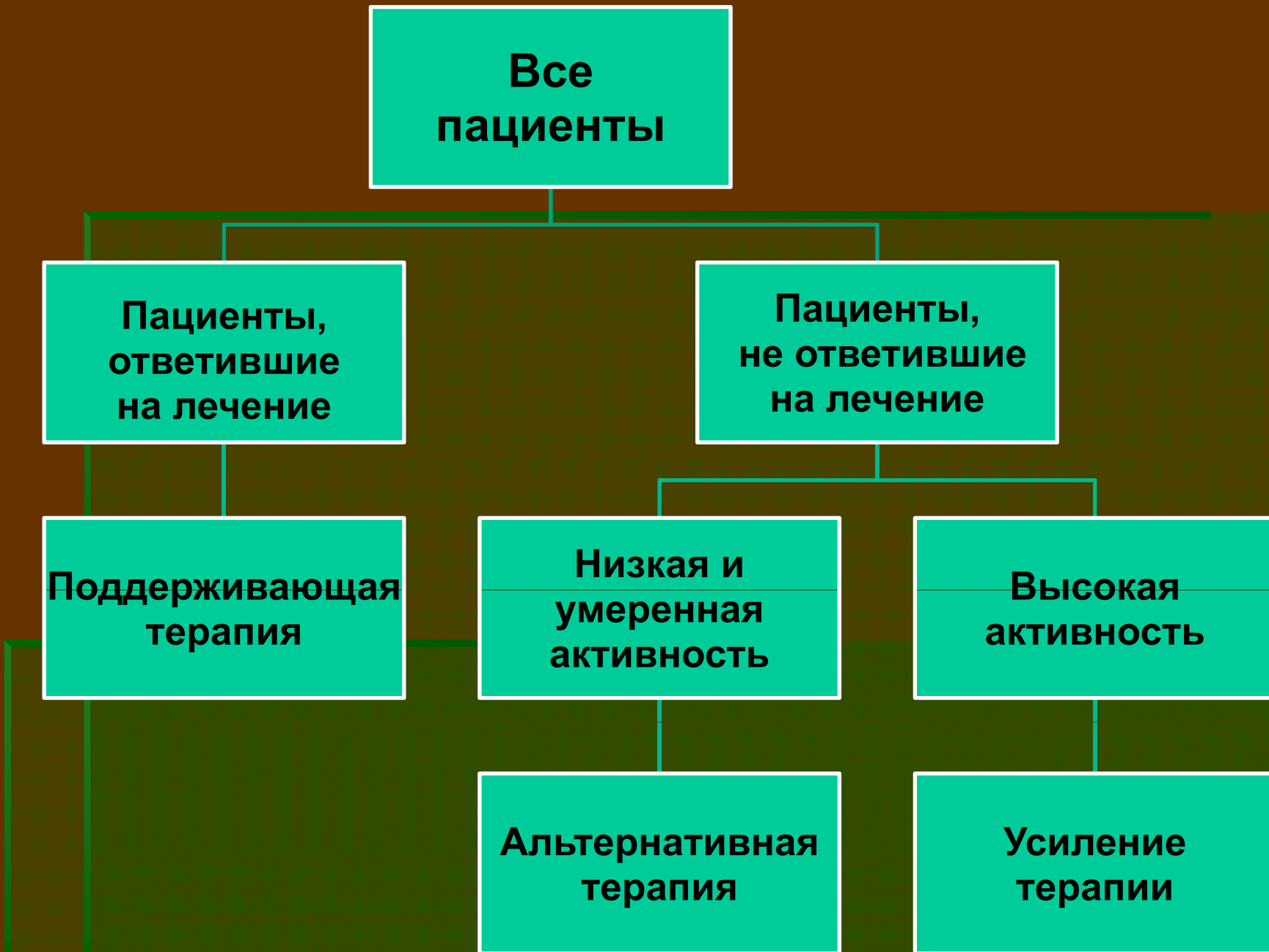
Лечение

- Оценить активность
 - Локализацию процесса
 - Наличие осложнений
 - Внекишечные проявления
- Возраст
 - Течение заболевания

Лечение обострения (индукция ремиссии)

- Начальный ответ на терапию оценивается в течение 2-4 недель
- Ответ характеризуется снижением индекса Беста на 70-100 баллов
- Достижение ремиссии ожидается к 12-16 недели

Тактика лечения обострения

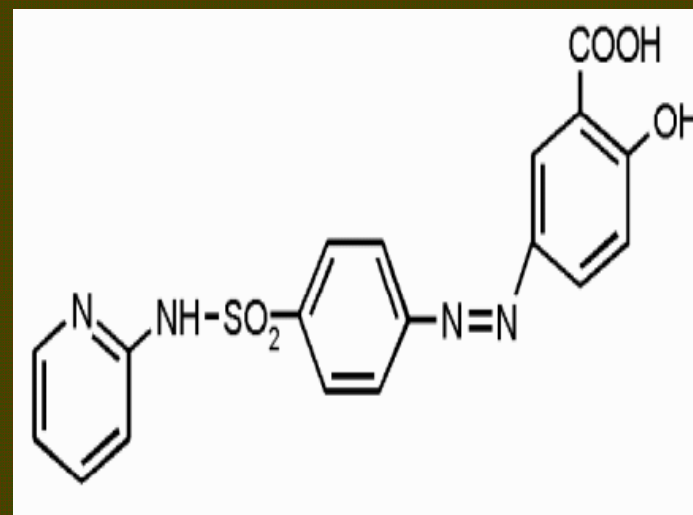


Препараты, используемы в терапии БК

- Препараты 5-АСК:
месалазин, сульфасалазин
- ГКС: преднизолон, будесонид
- Антагонисты ФНО: инфликсимаб
- Цитостатики: циклоспорин,
азатиоприн, меркаптопурин
- Препараты антимикробного действия:
метронидазол, ципрофлоксацин

Сульфасалазин

- Состоит из 5-АСК и сульфапиридина
- Побочные эффекты обусловлены сульфапиридином
- Эффективен при поражении толстой кишки



Месалазин.

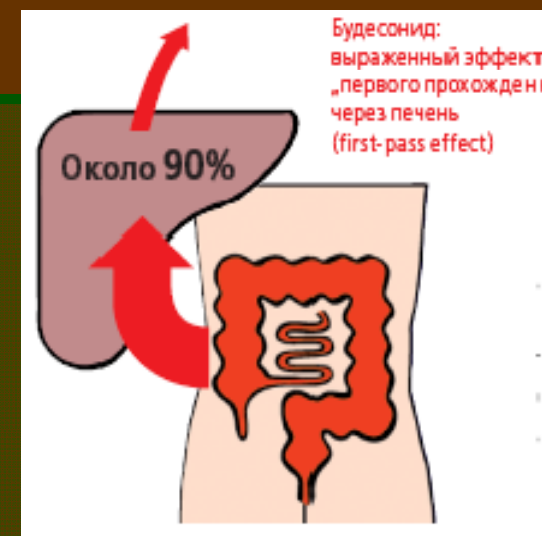
Транспортная доставка.

- Эудрагит L (салофальк, асакол)
25-30% высвобождается в терминальном отделе тонкой кишки,
70-75% - в толстой
- Микросферы этилцеллюлозы (пентаса)
20% в проксимальных отделах,
25-30% в терминальном отделе тонкой кишки,
25-30% в толстой кишке
- Акриловая оболочка (месакол)
быстрое высвобождение
(90-95% в первые 15 мин)

Будесонид

(буденофальк, энтокорт)

- Эффект «первого прохождения» через печень
- Снижение частоты побочных эффектов
- Активен в отношении поражения илеоцекального отдела и правых отделов толстой кишки
- Хорошо переносится



Инфликсимаб (ремикейд)

- химерные IgG1-антитела к фактору некроза опухоли альфа (ФНО)
- Показан при рефрактерных формах ВЗК, гормональной зависимости, внекишечных осложнениях, свищевых формах БК
- Нейтрализует фактор некроза опухоли ФНО, индуцирует разрушение иммунных клеток, индуцирует апоптоз в активированных Т-лимфоцитах
- Противопоказан при твс, злокачественных новообразованиях, вирусном гепатите В, активной инфекции, сердечной недостаточности III, IV степени

Препараты 5-АСК

Месалазин:

Салофальк: табл. 250 и 500 мг,
свечи 250 и 500 мг, гранулы 500 и
1000 мг, клизмы 2 г и 4 г, пена 1г

Месакол: табл. 400 мг

Пентаса: табл. 500 мг, свечи 1000 мг

Сульфасалазин: табл. 500 мг

Индукция ремиссии при илеоцекальной локализации

Низкая, умеренная активность:

- Месалазин 3-4 г/сутки
- Преднизолон перорально 40-60 мг/сут с последующим снижением дозы по 5 мг/нед до 20 мг/сут, затем снижение дозы по 2,5 мг в нед
- Будесонид 9 г/сутки

Высокая активность/фульминантное течение:

- Преднизолон 40-60 мг/сут парентерально с последующим переходом на пероральный прием.
- Циклоспорин в/в при неэффективности ГКС
- Инфликсимаб 5 мг/кг массы тела в/в 1,2 и 6 неделя
- Хирургическое лечение

Индукция ремиссии при поражении толстой кишки

- Сульфасалазин 3-6 г/сутки в 2 приема
- Метронидазол 10-20 мг/кг/день
- Будесонид 9 мг/сутки при правостороннем колите
- Преднизолон 40-60 мг перорально
- Месалазин только топические формы, только при левостороннем колите в качестве дополнительной терапии

Выбор тактики лечения различных вариантов

Активность	Локализация	Выбор препарата
легкая	Терминальный илеит, илеоколит	Месалазин, при неэффективности - будесонид
	Толстая кишка	Сульфасалазин, при неэффективности – системные ГКС
	Высокие отделы тонкой кишки	Месалазин, при неэффективности - ГКС
средняя	Терминальный илеит, илеоколит	будесонид
	Толстая кишка	Системные ГКС
	Высокие отделы тонкой кишки	Системные ГКС
тяжелая	Любая локализация	Системные ГКС

Варианты БК

- **Стероидорезистентный вариант** – нет ответа на терапию ГКС в дозе 0,75 мг/кг/день на протяжении 4 нед
- **Стероидозависимый вариант** – Невозможность снижения дозы преднизолона ниже 10 мг/сут (будесонида 3 г/сут) через 3 мес от начала терапии стероидами
- **Ранний рецидив** – (< 3 месяца) после отмены ГКС

Выбор тактики лечения различных вариантов

С системными проявлениями любой тяжести и локализации	Системные стероиды
Свищевая форма любой тяжести	Инфликсимаб
Стероидорезистентная форма средней тяжести	Азатиоприн, метотрексат, при неэффективности - инфликсимаб
Тяжелая стероидорезистентная форма	Инфликсимаб
Стероидозависимая форма	Азатиоприн, метотрексат, при неэффективности - инфликсимаб

Поражение желудка и пищевода

- Плохой прогноз
- ИПП длительно
- Системные ГКС или метотрексат
- Инфликсимаб при неэффективности терапии
- Хирургическое лечение при обструкции

Поддержание ремиссии

- Месалазин 2-2,5 г/сутки
- Будесонид 6 мг/сутки, но не более 6 мес
- Азатиоприн 2-2,5 мг/кг (ОАК каждые 3 месяца)
- Метотрексат 7,5-15 мг/неделю в/м
- Инфликсимаб 5 мг/кг каждые 8 недель

Неспецифический язвенный колит

НЯК – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором воспаление имеет диффузный характер и локализуется поверхностно, только в пределах слизистой оболочки толстой кишки.

Эпидемиология

- Распространенность 50-80 случаев на 100 тыс. населения
- Максимальная заболеваемость в возрасте 20-40 и 60-70 лет
- Нет тенденции к росту заболеваемости
- Мужчины и женщины болеют одинаково часто

Этиопатогенез НЯК

- сходен с болезнью Крона
- ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
 1. Микроабсцессы крипт (в 70 %)
 2. Воспаление слизистой оболочки
 3. Макроскопические изъязвления
 4. Псевдополипоз здоровых участков
 5. Локализация (преимущественно) – дистальная часть ободочной и прямой кишки
 6. Панколит в 25 %

Факторы риска НЯК

- Курение – протекторный фактор
- У бывших курильщиков чаще встречаются тотальные и рефрактерные формы
- Прием НПВП
- Родственники первой линии родства – риск НЯК в 10-15 раз выше

Классификация НЯК по протяженности поражения и локализации

Проктит

(поражение ограничено прямой кишкой)

Левосторонний колит

(до селезеночного изгиба)

Тотальный колит

(проксимальнее селезеночного изгиба)

Классификация по фазе заболевания

Обострение

**Ремиссия (стул реже 3 р/сутки
без примеси крови +
нормальная слизистая)**

По характеру ремиссии и обострения:

Хроническое рецидивирующее:

- часто рецидивирующее (≥ 2 раз в год)
- редко рецидивирующее (≤ 1 раз в год)

Хроническое непрерывное

Острое молниеносное (5%)

Клинические признаки

Диарея с примесью крови и слизи

Боли в животе

Тенезмы

Запор, ложные позывы

Повышение температуры тела

При молниеносной форме:

кровавая диарея, картина сепсиса,
анемия, обезвоживание,
гипопротеинемия, гипокалиемия.

Внекишечные проявления (20%)

- Узловатая эритема
- Гангренозная пиодермия
- Афтозное поражение полости рта (10%)
- Увеит, эписклерит, конъюнктивит (5-8%)
- Артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит (2-25%)
- Васкулиты, гломерулонефриты
- Прочие более редкие

Клиника НЯК

- Молниеносное течение (у 5-20%)
 - диарея, боли в животе, гипоальбуминемия, лихорадка, сепсис, электролитные нарушения, дегидратация, узловатая эритема, артрит, эписклерит
- Токсический мегаколон (у 1–2%)
 - атопия, расширение толстой кишки (на рентгенограмме $\square$ 6см диаметр поперечно-ободочный кишки)
 - интоксикация

Индекс клинической активности

по Truelove и Witts

	низкая	средняя	высокая
Количество дефекаций в день с примесью крови	<4	4 и больше	>6
пульс	<90 в мин	≤90 в мин	>90 в мин
температура	< 37,5	≤ 37,8	> 37,8
гемоглобин	> 115 г/л	≥105 г/л	< 105 г/л
СОЭ	< 20 мм/ч	≤ 30 мм/ч	> 30 мм/ч
СРБ	Норма	≤ 30 мг/л	> 30 мг/л

Характеристика фульминантной формы НЯК

- Стул более 10 раз в сутки
 - Постоянное кровотечение
 - Признаки интоксикации
 - Напряженность передней брюшной стенки
- Необходимость в переливании эритроцитарной массы
 - Расширение толстой кишки при рентгенографии

Варианты клинического течения

Стероидорезистентный вариант – нет ответа на терапию ГКС в дозе 0,75 мг/кг/день на протяжении 4 недель терапии

Стероидозависимый вариант:

- Невозможность снижения дозы преднизолона ниже 10 мг/сут (будесонида 3 г/сут) через 3 месяца от начала терапии стероидами
- Ранний рецидив (< 3 месяца) после отмены ГКС

Колит, резистентный к терапии цитостатиками – отсутствие ремиссии при терапии азатиоприном в дозе 2-2,5 мг/кг/день на протяжении 3 месяцев

План обследования

- Клинические данные
- Общий анализ крови, биохимический анализ крови
- pANCA (60-70%)
- Калпротектин
- RRS
- Колоноскопия
- Гистологическое исследование

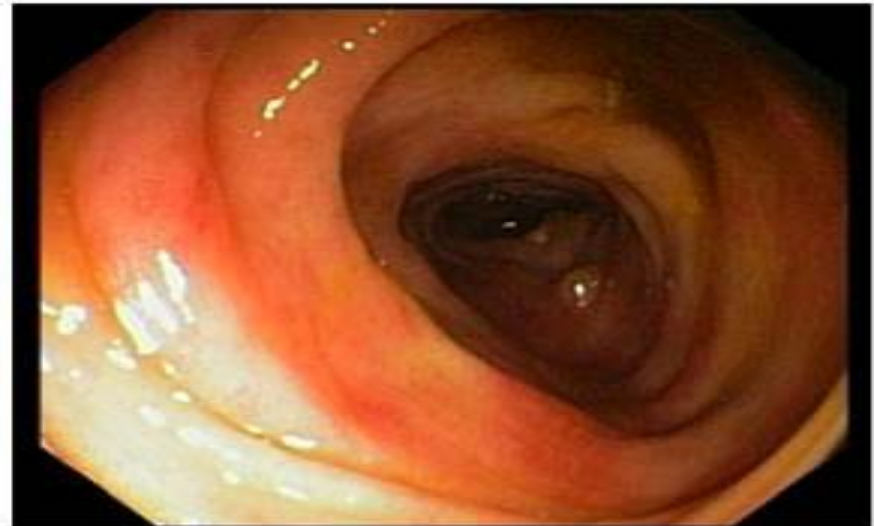
Картина НЯК при эндоскопии

- Отек, гиперемия слизистой
- Контактная кровоточивость
- Потеря сосудистого рисунка
- Эрозии, язвы
- Псевдополипы

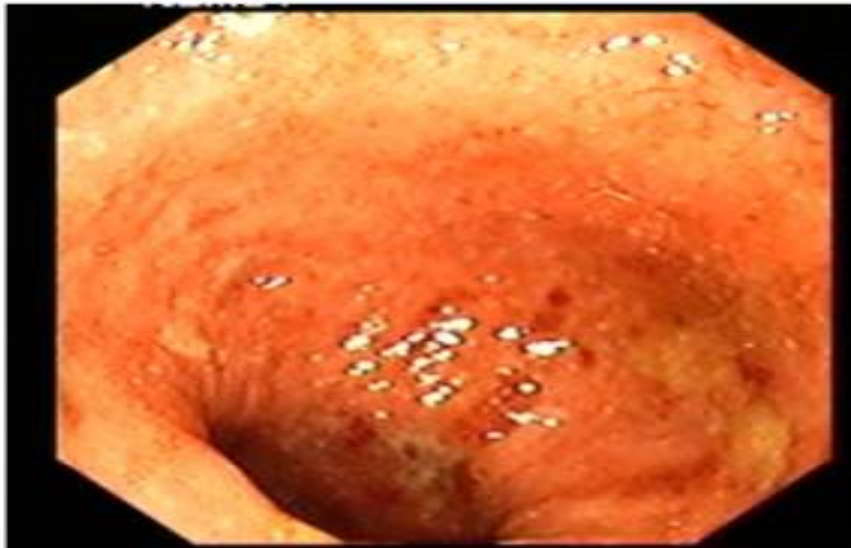
Normal mucosa



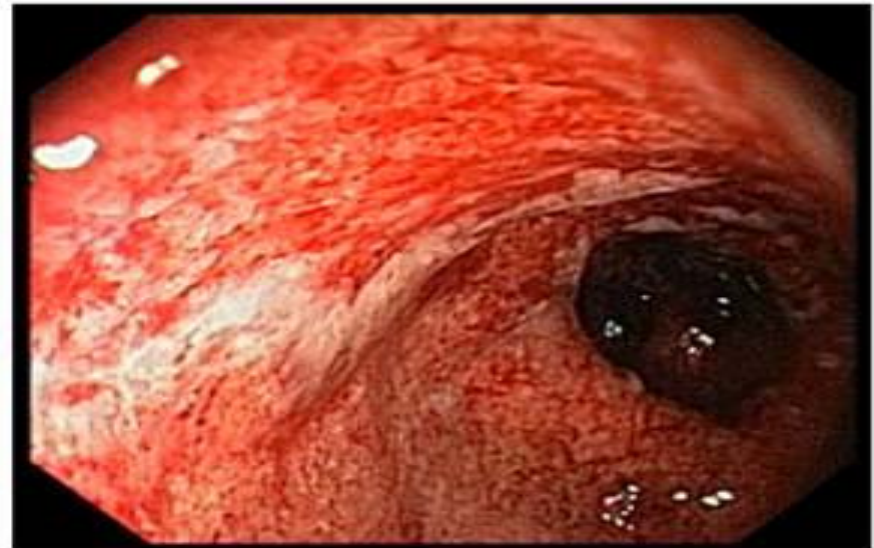
Mild inflammation



Moderate inflammation

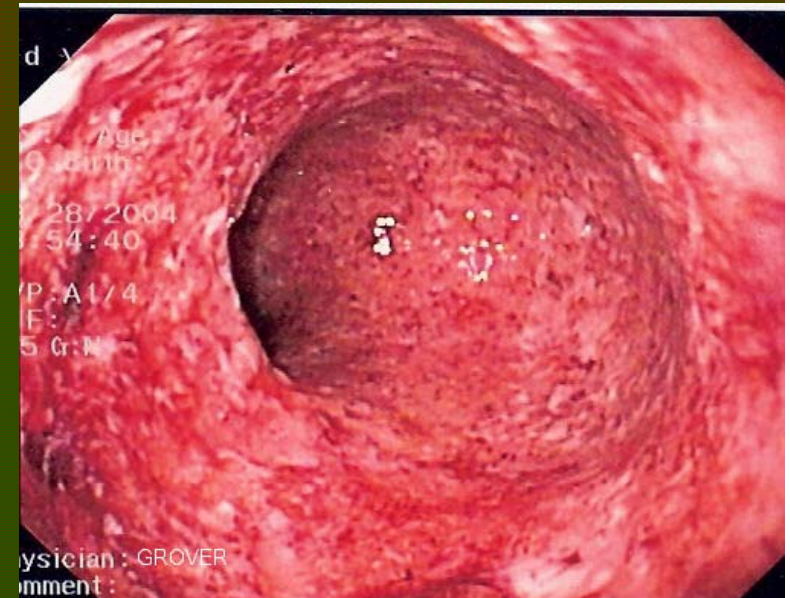
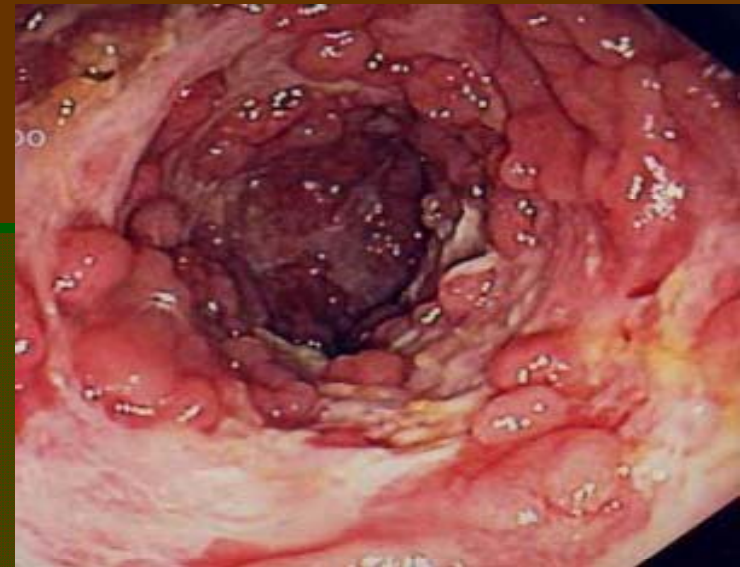


Severe inflammation



Морфологическая характеристика

- Поражение ограничивается слизистой оболочкой
- Инфильтрация слизистой лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами, образующими крипт-абсцессы
- Тромбозы в капиллярах
- Полнокровия сосудов



Дифференциальная диагностика

Острый инфекционный колит

(*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*)

Амебиаз (микроскопия свежих фекальных масс, антитела к *Entamoeba histolytica*)

Псевдомембранозный колит

Ишемический колит

Лучевой колит

НПВП- колопатия

Лимфоцитарный и коллагеновый колиты

Лабораторные данные

Общий анализ крови:

- Анемия
- Лейкоцитоз
- Тромбоцитоз
- Ускорение СОЭ

Биохимический анализ крови:

↑ СРБ, гипергаммаглобулинемия,
сывороточное железо, билирубин,
ЩФ, ГГТП

Диагностика НЯК

- Ректоскопия

- **Посев кала** –

выявление инфекции, простейших, яиц глистов (исключение их), слизь, кровь, лейкоциты в кале

- **Ирригоскопия** (но не в острой фазе!) – уменьшение гаустрации, зазубренность, язвы, псевдополипы

- **Проктосигмоидоскопия** -

разрыхление, отек, гиперемия слизистой, изъязвления, слизисто-гнойный экссудат, псевдополипы (множественная биопсия!)

Примеры формулировки диагноза

- **Неспецифический язвенный колит, активность по Трулав 2, тотальная форма, рецидивирующее течение**
- **Неспецифический язвенный колит, активность по Трулав 3, тотальная форма, часторецидивирующее течение стероидорезистентный вариант.**

**Внекишечные проявления:
узловатая эритема**

Диф диагноз БК и НЯК

Клинические проявления		
	НЯК	БК
Ректальные кровотечения	Постоянно в период обострения	Редко, наблюдаются при поражении прямой кишки
Диарея	Стул частый, водянистый, нередко в ночное время	До 4-6 раз в день, кашицеобразный, обычно в дневные часы
Боль в животе	Часто перед актом дефекации, стихает после опорожнения	Типична
Запоры	Редко при проктитах	Более типичны
Пальпируемый инфильтрат	Нет	Встречается часто в правой подвздошной области

Клинические проявления		
	НЯК	БК
Свищи, кишечная непроходимость, стриктуры	Нет	Типичны
Раковое перерождение	Часто	Редко
Распространение процесса	Всегда начинается с прямой кишки	Любой отдел
Малигнизация	Колоректальный рак	Лимфомы
Выздоровление после операции	Да	Нет
Поражение тонкой кишки	Нет	Типично

Недифференцируемый неспецифический колит

Базисная терапия НЯК

- Препараты 5-АСК
- Кортикостероиды
- Иммуносупрессоры
- Биологические препараты
(моноклональные антитела к ФНО α)

Принципы терапии дистальных форм низкой и средней активности

- Начинать с топических **аминосалицилатов** (уровень доказательности А)
- Топические аminosалицилаты более эффективны, чем топические стероиды (А)
- **Комбинация перорального и местного применения 5-АСК** более эффективно, чем монотерапия (А)
- У пациентов, не отвечающих на оральные аminosалицилаты и топические стероиды, применение **месалазина в клизмах и свечах** может быть эффективным (А)
- Пациенты, не отвечающие на препараты 5-АСК и топические стероиды могут получать **преднизолон 40-60 мг/сут** или **инфликсимаб** (С)

Проктит

- Месалазин свечи 1 г/сутки
- Ответ ожидается на 2-3 неделе
- Длительность терапии – 3-6 недель
- Терапия второй линии: топические стероиды:
 - Клизмы с гидрокортизоном 100 мг н/ночь, будесонид в клизмах (энтокорт 4 г/день)

Лечение дистального колита низкой и средней активности

- Комбинация орального и местного введения 5-АСК– терапия выбора: месалазин 2-4 г/сутки (разделить на 2 приема) или сульфасалазин 4-6 г/день (разделить на 4 приема) + месалазин клизма (1-4 г/сутки)
- ГКС местно

Лечение тотального колита низкой и умеренной активности

- Комбинация месалазин per os 2-4 г/день или сульфасалазин 4-6 г/день и клизмы 1-4 г/день
- При отсутствии ответа через 2 недели – переход на ГКС per os (преднизолон 40-60 мг/сут)
- Пациенты, не отвечающие на терапию ГКС требуют назначение азатиоприна и 6-МП
- Инфликсимаб 5 мг/кг/день на 0, 2, 8 неделе

Лечение любых форм высокой активности

Высокая активность – потенциально
жизнеугрожающее состояние!

- Внутривенное введение ГКС:
- Преднизолон 60 мг/сут
- Гидрокортизон 300 мг, при отсутствии эффекта на 5 день, переход на циклоспорин или колэктомия
- Циклоспорин 4 мг/кг 1-2 недели, затем 5 мг/кг внутрь 6 мес
- Инфликсимаб

Дополнительная терапия

- **Антибиотики:** в/в метронидазол или ципрофлоксацин, ванкомицин per os
- **Коррекция дегидратации солевого дисбаланса:** кристаллоиды (2-3 л/сутки), препараты калия
- **Гепарин** для профилактики тромбозмболических осложнений?
- **Энтеральное питание:** пептамен, нутрилан, берламин-модуляр, модулен
- **Отмена НПВП, лоперамида, холинолитиков**

Показания к хирургическому лечению

АБСОЛЮТНЫЕ:

- Массивное кишечное кровотечение
- Перфорация толстой кишки
- Токсический мегаколон при неэффективности консервативной терапии в течение 12-24 часов
- Рак толстой кишки

Показания к хирургическому лечению

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ:

- Выраженная активность, несмотря на достаточную консервативную терапию
- Дисплазия слизистой оболочки
- Несколько эпизодов тромбоэмболических осложнений

Поддерживающая терапия дистальных форм

- При проктите свечи месалазин 500-1000 мг
- Дистальный колит:
 - клизмы с месалазином 2-4 г/сутки или через день
- Сульфасалазин 2 г/сут
- Месалазин перорально 1-1,5-2 г
сутки
- Возможна комбинация месалазина
в капсулах и местных форм
- ГКС не используются

Поддерживающая терапия тотального колита

- Сульфасалазин 2-4 г
- Месалазин 1-2 г
- Азатиоприн при
стероидозависимых и
стероидорезистентных формах
- Инфликсимаб каждые 8 недель
в дозе 5 мг/кг

Оценка эффективности лечения

Исчезновение симптомов
Нормализация
эндоскопической
картины

аминосалицилаты

ГКС

азатиоприн

14-21 день

7-21 день

2-3 месяца

Риск развития рака толстой кишки

- Частота малигнизации 3-10%
- У пациентов с НЯК рак развивается на 20 лет раньше
- Молодой возраст
- Длительность заболевания
- Распространенность процесса
- Сочетание с ПСХ

Программа эндоскопического наблюдения при НЯК

8-10 лет от начала заболевания:
Колоноскопия в фазу ремиссии, биопсия
через 10-15 см

Нет
дисплазии

Тяжелая
дисплазия

Легкая
дисплазия

Контрольная
колоноскопия
через 8-10 лет

Колэктомия

Контроль через 3 мес,
При подтверждении
контроль
Каждые 1-2 года

Осложнения НЯК

- Токсическая дилатация толстой кишки (мегаколон)
- Перфорация толстой кишки
- Рак толстой кишки
(при течении > 20 лет – частота 25 %).

Надо ежегодно кольпоскопию с биопсией через 8-10 лет от начала болезни

ТОКСИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН

(лечение)

- аспирация через назальный зонд
- коррекции электролитов
(до 200 мЭкв/сутки), гидратации
- ГКС парентерально
- ~~тотальная колонэктомия~~
(при 48 часовом неуспехе)
- антибиотики широкого спектра