

**Неспецифический
язвенный колит, болезнь
Крона.**

- **НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ** Язвенный колит (ЯК) - это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений. Результаты исследований воспаления кишечника в клинике и на животных показывают, что язвенный колит развивается от такого действия факторов среды, при котором теряется толерантность к нормальной кишечной флоре, если у организма-хозяина имеется соответствующая генетическая предрасположенность.

- БОЛЕЗНЬ КРОНА (гранулематозный колит, гранулематозный энтерит) хроническое заболевание, характеризующееся неспецифическим гранулематозным трансмуральным регионарным воспалением любой зоны ЖКТ

- ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЯК наиболее широко распространен в урбанизированных странах, в частности в Европе и Северной Америке. В этих регионах частота возникновения ЯК (первичная заболеваемость) колеблется от 4 до 20 случаев на человек, составляя при этом в среднем 8-10 случаев в год. Распространенность ЯК (численность больных) составляет больных на жителей. Наибольшее число случаев приходится на возраст лет. Второй пик заболеваемости отмечается в старшей возрастной группе - после 55 лет. Наивысшие показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и через 10 лет после его начала из-за развития у ряда пациентов колоректального рака

- **ЭТИОЛОГИЯ** Точная этиология ЯК к настоящему времени неизвестна. Обсуждаются три основные концепции: - заболевание вызывается непосредственным воздействием некоторых экзогенных факторов окружающей среды, которые пока не установлены.; - ЯК является аутоиммунным заболеванием. При наличии генетической предрасположенности организма воздействие одного или нескольких пусковых (триггерных) факторов запускает каскад механизмов, направленных против собственных антигенов; - ЯК - это заболевание, обусловленное дисбалансом иммунной системы желудочно-кишечного тракта. На этом фоне воздействие разнообразных неблагоприятных факторов приводит к чрезмерному воспалительному ответу.

- ПАТОГЕНЕЗ НЯК (Внегеномные факторы)
Описания отдельных случаев, наблюдения в динамике и эпидемиологические исследования показывают, что нестероидные противовоспалительные препараты могут спровоцировать обострение язвенного колита. В качестве возможных механизмов называются: понижение выработки простагландина, защищающего слизистую, и стимуляция способности лейкоцитов к прикреплению и к миграции.

- ПАТОГЕНЕЗ НЯК (Внегеномные факторы)
Психологический стресс часто упоминается как потенциальный триггер язвенного колита. Получено достаточно много данных, свидетельствующих в пользу связи психологического стресса с повышенной заболеваемостью, и, возможно, с большей подверженностью инфекциям, которая обусловлена нарушением функциональных иммунных реакций. Было показано, что стресс запускает рецидивы колита у животных, вероятно, посредством уменьшения количества муцина толстой кишки и повышения проницаемости кишечника. Продолжительность стресса также может быть важной, ведь есть сведения, что риск обострения болезни повышается за счет долговременного, но не за счет кратковременного стресса

- КЛАССИФИКАЦИЯ НЯК За характером клинического протекания ЯК: – острый, острый молниеносный, хронический рецидивный, хронический непрерывный; – за степенью тяжести: легкий, среднетяжелый, тяжелый; – за распространенностью процесса: проктит, проктосигмоидит, левосторонний гемиколит, тотальный колит.

- **КЛАССИФИКАЦИЯ БК По локализации**
По локализации терминальный илеит терминальный илеит илеоколит илеоколит колит (включая поражение аноректальной зоны) колит (включая поражение аноректальной зоны) поражение высоких отделов тонкой кишки поражение высоких отделов тонкой кишки поражение пищевода, желудка поражение пищевода, желудка поражение ротовой полости, губ, языка поражение ротовой полости, губ, языка смешанное поражение смешанное поражение По характеру течения По характеру течения острая форма острая форма хроническая рецидивирующая хроническая рецидивирующая непрерывная непрерывная

- **КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА** – выделение крови из прямой кишки; – частое опорожнение кишечника в небольшом объеме; – боль в животе появляется в 50 % больных. – вторичные психические расстройства (депрессия, анорексия, плохое настроение и др.);

- **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА**
анамнез; объективное обследование;
пальцевое исследование прямой кишки;
ректороманоскопия; колоноскопия с
прицельной биопсией; ультразвуковое
обследование; рентгенологическое
обследование ЖКТ с барием;
ирригография; лабораторное
обследование; бактериологическое
обследование.

- ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ Отек, гиперемия слизистой, появление грануляций на ее поверхности, отсутствие сосудистого рисунка. Слизистая оболочка легко ранимая, кровоточит. Язвы на фоне воспалительно измененной слизистой оболочки покрыты фибрином, гнойным экссудатом.

Неспецифический
симптом "волны"
Ирригограмм



олит,

- ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК ректальное кровотечение острая токсическая дилатация перфорация стеноз псевдополипоз перерождение в рак

- Осложнения БК со стороны желудочно-кишечного тракта
Абдоминальный инфильтрат
Межкишечные и кишечно-кожные свищи
Абсцессы
Стриктуры
Кишечная непроходимость
Парапроктит (при аноректальном поражении)
Глубокие анальные трещины (при аноректальном поражении)
- Кроветечение
- Перерождение в рак.
- Псевдополипоз
- СВИЩИ ПРИ БК
Наружные (кишечно-кожные)
Межкишечные
Перианальные
Кишечно-пузырные
Кишечно-вагинальные

- ПРОЯВЛЕНИЯ НЯК Группа А осложнения, связанные с основным патологическим процессом в кишечнике, которые клинически проявляются в соответствии со степенью активности основного заболевания: поражение печени (первичный склерозирующий холангит, гепатит, цирроз печени, холангиокарцинома); кожи (узловая эритема, гангренозная пиодермия, псориаз, узелковый панартериит); суставов (моно- и полиартриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит), глаз (склерит, увеит)
- ПРОЯВЛЕНИЯ НЯК Группа Б Осложнения, как следствие основного заболевания, патофизиологически обусловленные изменением функции кишечника (симптом мальабсорбции, желчнокаменная, мочекаменная болезни).
- ПРОЯВЛЕНИЯ НЯК Группа В осложнения, связанные с основным заболеванием, и сопутствующие заболевания (остеохондроз, амилоидоз почек и др.).

- Системные аутоиммунные проявления
БК Гангренозная пиодермия Афтозный
стоматит Иридоциклит, увеит,
эписклерит Артропатии (артриты,
артралгии) Ревматоидный артрит
Узловатая эритема Анкилозирующий
спондилоартрит, сакроилеит

- ФАРМАКОТЕРАПИЯ НЯК Базисные препараты: 1. Препараты АСК и 5-АСК: 1. Препараты АСК и 5-АСК: сульфосалазин месалазин - L (действует при $\text{pH} = 6,0$) и S (эффективен при $\text{pH} = 7,0$) формы; салофальк, олсалазин, мезакол; месаламин (пентаса). 2. Глюкокортикоиды: системные - преднизолон, гидрокортизон; топические с малой биодоступностью - будесонид, буденофальк, флутиказон.

- Препараты резерва-иммуносупрессоры: .
Препараты резерва-иммуносупрессоры: не селективные- азатиоприн, азафальк, 6-меркаптопурин, метатриксат; селективный - циклоспорин А (сандимум). 4. Новая биологическая антицитокиновая стратегия в лечении НЯК : стратегия в лечении НЯК : рекомбинантный противовоспалительный цитокин IL-10; естественный ингибитор провоспалительного цитокина IL1 - IL-1РА; рекомбинантный -интерферон- РЕАФЕРОН – ингибитор провоспалительного IFN - и др.

- **Вспомогательная терапия:**
парентеральное питание,
корректирующая, детоксикационная,
ферментная, десенсибилизирующая,
седативная терапия, плазмацитоферез и
сорбционные методы, пробиотики,
эмбриональная клеточная, баротерапия
и др.

- **БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЕГКОГО И СРЕДНЕГО ТЕЧЕНИЯ**
Легкое течение 5-АСК сульфасалазин 3- 4 г/сутки или месалазин (салофальк, пентаса) 3 г/сутки Среднетяжелое течение 5-АСК сульфасалазин 5-6 г/сутки или месалазин (салофальк, пентаса) г/сутки кортикостероиды преднизолон (метипред) 1 мг/кг/сутки Метронидазол г/сутки

- **БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ** внутрь или в/в преднизолон 1-1,5 –2 мг / кг массы в сутки преднизолон 160 мг в/в метипред 250 –500 мг/ сутки в/в гидрокортизон (сукцинат, гемисукцинат) мг/ сутки в/в **АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА** ципрофлоксацин и др мг x 2 раза в/в + метронидазол (метрогил) 500 мг x 3 раза в/в Эффективность 40-50%

- АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА БК легкого течения толстой кишки- сульфасалазин терминальный илеит и илеоколит – 1-ая линия - будесонид (буденофальк) 2- ая линия месалазин (салофальк)- 4 г БК средней тяжести толстой кишки – системные стероиды терминальный илеит и илеоколит без системных проявлений- будесонид любой локализации с системными проявлениями- системные стероиды

- АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА
тяжелая БК любой локализации – системные стероиды
тяжелая БК со свищами – инфликсимаб (ремикейд)
средне-тяжелая и тяжелая стероидорезистентная БК – инфликсимаб
стероидозависимая БК любой тяжести – азатиоприн, метотрексат, инфликсимаб
(моноклональные антитела к ФНО-α.
Специфический иммуносупрессивный препарат, селективно подавляющий аутоиммунные реакции за счёт специфического связывания с одним из иммунных цитокинов — так называемым «фактором некроза опухоли типа альфа», ФНО-α.)

- Не существует безапелляционных критериев в выборе оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства, которые определяются не только распространенностью поражения, но и степенью выраженности клинических проявлений, эффективностью консервативной терапии, наличием осложнений и другими факторами.

**Выбор метода лечения
(консервативное или
хирургическое НЯК.**

- Абсолютные показания к хирургическому лечению больных НЯК
Острые осложнения НЯК: Острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон). Перфорация толстой кишки. Перитонит. Профузное кишечное кровотечение. Фульминантное течение НЯК при отсутствии эффекта от адекватной комплексной терапии на протяжении 7 – 10 суток. Тяжелое непрерывно рецидивирующее течение НЯК с тотальным поражением толстой кишки при отсутствии эффекта от адекватного комплексного консервативного лечения на протяжении 3-4 недель. Наличие выраженной дисплазии слизистой оболочки толстой кишки. Малигнизация

- Относительные показания к хирургическому лечению больных НЯК Хронические непрерывно рецидивирующие формы НЯК длительностью больше 10 лет с тотальным поражением толстой кишки без тенденции к восстановлению морфологической структуры слизистой оболочки толстой кишки в связи с реальной угрозой малигнизации. Хронические рецидивирующие формы НЯК с тотальным поражением толстой кишки, рефрактерные к консервативной терапии. Непереносимость салицилов, препаратов резерва. Стероидозависимые и стероидорезистентные формы НЯК, требующие проведения кортикостероидной терапии на протяжении многих лет, снижение дозы которых на 15 – 20мг обуславливает рецидив болезни.

- ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ НЯК ЯВЛЯЕТСЯ ТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ С НИЗКОЙ НАДАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА.

- Ввиду тяжести состояния больных и большой травматичности операцию колпроктэктомии, даже при наличии абсолютных показаний к удалению прямой кишки, следует считать не приемлемой. При развитии осложнений НЯК приоритетным является выполнение операции колэктомии с формированием илеостомы-резервуара, что позволяет в дальнейшем выполнить реконструктивно-восстановительную операцию.