

Неспецифический язвенный колит (K-51)

Манова Екатерина Владимировна, ФФМ МГУ

НЯК

- хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки, приводящее к её некрозу и образованию язв.

Этиология:

1. нарушение распознавания бактериальных паттернов дендритными клетками → гиперактивация сигнальных ПВ путей
2. снижение доли анаэробных бактерий (*Bacteroidetes* и *Firmicutes*)
3. пусковые факторы (курение, алко, *C.difficile*, вит Д деф)

Патогенез:

Активация Th2-клеток, экспрессия TNF и молекул клеточной адгезии →

→ лимфоплазмоцитарная инфильтрация слизистой оболочки ТК



Классификация

- Острая форма (экссудативный отек и полнокровие слизистой оболочки с утолщением и сглаженностью складок; деструкция слизистой оболочки и образуются изъязвления)
 - Хроническая форма (воспалительные полипы)
 - Рецидивирующая форма
- По данным эндоскопического исследования
- легкая (отек слизистой, гиперемия, мелкоточечные геморрагии)
 - средняя (+ зернистость, эрозии, сливные геморрагии, фибриновый налет)
 - нетяжелая (+множ. эрозии)
 - тяжелая (псевдополипы и множ. грануляций; симптом «водопроводной трубы» при хронизации)

Клиническая картина

Выделяют несколько вариантов начала заболевания:

- Постепенное появление поноса; через несколько дней в жидких испражнениях обнаруживают слизь, кровь.
- Болезнь дебютирует ректальными кровотечениями при оформленном или кашицеобразном стуле. Потеря крови при дефекации в первые дни обычно незначительная.
- Появление диареи с кровью и слизью, болью, интоксикацией.

Диагностика

Диагноз ЯК устанавливают на основании оценки клинической картины болезни, данных ректороманоскопии, эндоскопического и рентгенологического исследований.

НЯК: ЛОКАЛИЗАЦИЯ - ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ



ТОТАЛЬНЫЙ КОЛИТ - 18%



ЛЕВОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ - 28%



РЕКТОСИГМОИДИТ - 54%

ПРИ ЯК МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ ЛЮБЫЕ ОТДЕЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОДНАКО, ПРЯМАЯ КИШКА ВСЕГДА ВОВЛЕЧЕНА В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ДИФФУЗНЫЙ НЕПРЕРЫВНЫЙ ХАРАКТЕР. ИНТЕНСИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗНЫХ СЕГМЕНТАХ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗЛИЧНОЙ; ИЗМЕНЕНИЯ ПОСТЕПЕННО ПЕРЕХОДЯТ В НОРМАЛЬНУЮ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ, БЕЗ ЧЕТКОЙ ГРАНИЦЫ.

НЯК: ВНЕКИШЕЧНЫЕ СИМПТОМЫ:

ОБЩИЕ: ЛИХОРАДКА, ПОТЕРЯ ВЕСА, АНЕМИЯ

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ: ИРИТ, ИРИДОЦИКЛИТ, КОНЪЮНКТИВИТ

ЯЗВЕННЫЙ СТОМАТИТ

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА

АРТРАЛГИИ И АРТРИТЫ

САКРОИЛЕИТ



**НЯК
КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ
КАК РЕВМАТИЧЕСКОЕ
ЗАБОЛЕВАНИЕ, КАК
ВАРИАНТ
СЕРОНЕГАТИВНОГО
СПОНДИЛОАРТРИТА**

ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА КЛИНИКИ МЕЙО

1 ЧАСТОТА СТУЛА

НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДЕФЕКАЦИЙ ДЛЯ КОНКРЕТНОГО БОЛЬНОГО	0
НА 1 - 2 ДЕФЕКАЦИИ В ДЕНЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ОБЫЧНО	1
НА 3 - 4 ДЕФЕКАЦИИ В ДЕНЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ОБЫЧНО	2
НА 5 И БОЛЕЕ ДЕФЕКАЦИЙ В ДЕНЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ОБЫЧНО	3

КОЛ-ВО БАЛЛОВ

2 РЕКТАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

НЕТ	0
СЛЕДЫ КРОВИ В МЕНЕЕ, ЧЕМ ПОЛОВИНЕ ДЕФЕКАЦИЙ	1
ВИДИМАЯ КРОВЬ В БОЛЬШИНСТВЕ ДЕФЕКАЦИЙ	2
ВЫДЕЛЕНИЕ ОДНОЙ КРОВИ	3

КОЛ-ВО БАЛЛОВ

3 ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА

НОРМАЛЬНАЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА (РЕМИССИЯ)	0
ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ: ГИПЕРЕМИЯ, СМАЗАННЫЙ СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК, ЛЕГКАЯ ЗЕРНИСТОСТЬ	1
СРЕДН. СТЕПЕНЬ: ВЫРАЖЕН. ГИПЕРЕМИЯ, ОТСУТСТВИЕ СОСУД. РИСУНКА, ЗЕРНИСТОСТЬ, ЭРОЗИИ	2
ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ: СПОНТАННАЯ КРОВОТОЧИВОСТЬ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ	3

КОЛ-ВО БАЛЛОВ

4 ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

(1. ЕЖЕДНЕВНЫЕ СООБЩЕНИЯ БОЛЬНОГО ОБ ОЩУЩЕНИЯХ В ОБЛАСТИ ЖИВАТА; 2. ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ; 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТУСА БОЛЬНОГО)

НОРМА	0
ЛЕГКАЯ ФОРМА	1
СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА	2
ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА	3

КОЛ-ВО БАЛЛОВ

РЕМИССИЯ ≤ 2 Б

ЛЕГКАЯ ФОРМА

3-5 Б

СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА 6-10 Б

$$\text{ИНДЕКС МЕЙО} = \sum 1 + \sum 2 + \sum 3 + \sum 4$$

Дифференциальный диагноз между ЯК и БК

В отличие от НЯК, при БК:

- A. значительно чаще выявляют поражение тонкой кишки, прямая кишка при болезни Крона реже изменена;
- B. обычно отсутствуют массивные кровотечения;
- C. чаще наблюдаются перианальные изменения;
- D. поражение носит сегментарный характер (чередование зон поражения и неизмененных участков слизистой);
- E. наблюдаются свищи

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (РЕЗЮМЕ)

УВЕИТ
АРТРИТ
ХОЛАНГИТ
КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ



ИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

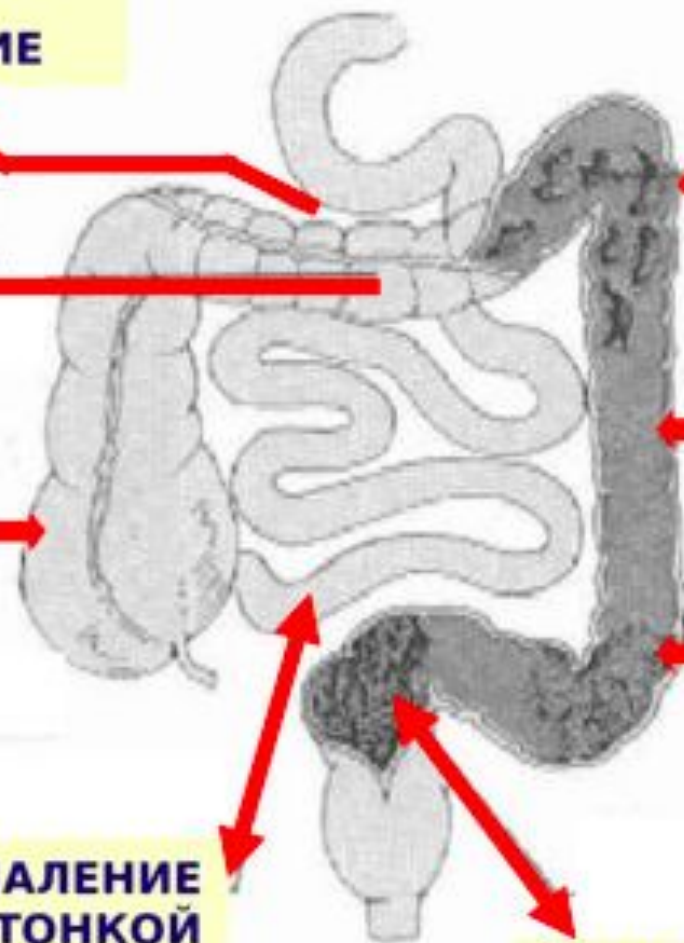
КОЛИКИ

ОСТРАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРИ
ОСТРОМ ПРОЦЕССЕ
ТОКСИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН



ВОЗМОЖЕН РАЗРЫВ
ПЕРИТОНИТ (РЕДКО)

ИНОГДА СЛАБОЕ ВОСПАЛЕНИЕ
ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ
КИШКИ



МНОГОЧИСЛЕННЫЕ
ПОВЕРХНОСТНЫЕ ЯЗВЫ

ПОВЕРХНОСТНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ И
ПРЯМОЙ КИШКИ

ИЗБЫТОЧНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ
ЭПИТЕЛИЯ:

- ОБРАЗОВАНИЕ ПСЕВДОПОЛИПОВ;
- ДИСПЛАЗИЯ;
- ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА

ИНОГДА ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ДИАРРЕЯ (ИНОГДА ТЯЖЕЛАЯ) С
ПРИМЕСЬЮ СЛИЗИ И КРОВИ

- **Острая токсическая дилатация толстой кишки** — одно из самых опасных осложнений язвенного колита. Она развивается вследствие тяжелого язвенно-некротического процесса и связанного с ним токсикоза. Токсическая дилатация характеризуется расширением сегмента или всей пораженной кишки во время тяжелой атаки язвенного колита. Больные с токсической дилатацией толстой кишки на начальных стадиях нуждаются в интенсивной консервативной терапии. При ее неэффективности выполняется оперативное вмешательство
- **Перфорация толстой кишки** является наиболее частой причиной смерти при молниеносной форме язвенного колита, особенно при развитии острой токсической дилатации. Вследствие обширного язвенно-некротического процесса стенка толстой кишки истончается, теряет свои барьерные функции и становится проницаемой для разнообразных токсических продуктов, находящихся в просвете кишки. Помимо растяжения кишечной стенки решающую роль в возникновении перфорации играет бактериальная флора, особенно кишечная палочка с патогенными свойствами. В хронической стадии заболевания данное осложнение встречается редко и протекает в основном в форме периколитического абсцесса. Лечение перфорации только хирургическое.
- Риск развития **рака толстой кишки** при язвенном колите резко возрастает при длительности заболевания свыше 10 лет, если колит начался в возрасте моложе 18 и, особенно, 10 лет.
- **Массивные кишечные кровотечения** встречаются сравнительно редко и как осложнение представляют собой менее сложную проблему, чем острая токсическая дилатация толстой кишки и перфорация. У большинства больных с кровотечением адекватная противовоспалительная и гемостатическая терапия позволяют избежать операции. При продолжающихся массивных кишечных кровотечениях у больных язвенным колитом показано

СОВРЕМЕННЫЕ (?) РЕКОМЕНДАЦИИ ЕССО (EUROPEAN CROHN`S AND COLITIS ORGANISATION) ПО ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА



+NEW:
IL-10 (x IL-1)
РАЕFERON (x IFN-γ)

- * Салофальк — НПВС (произв. АЦС к-ты)
- * Преднизолон —ГКС
- * Азатиоприн, Циклоспорин, Инфликсимаб — иммунодепрессант

Абсолютные показания к хирургическому лечению

- **Острые осложнения НЯК:**

Острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон)

Перфорация толстой кишки

Перитонит

Профузное кишечное кровотечение

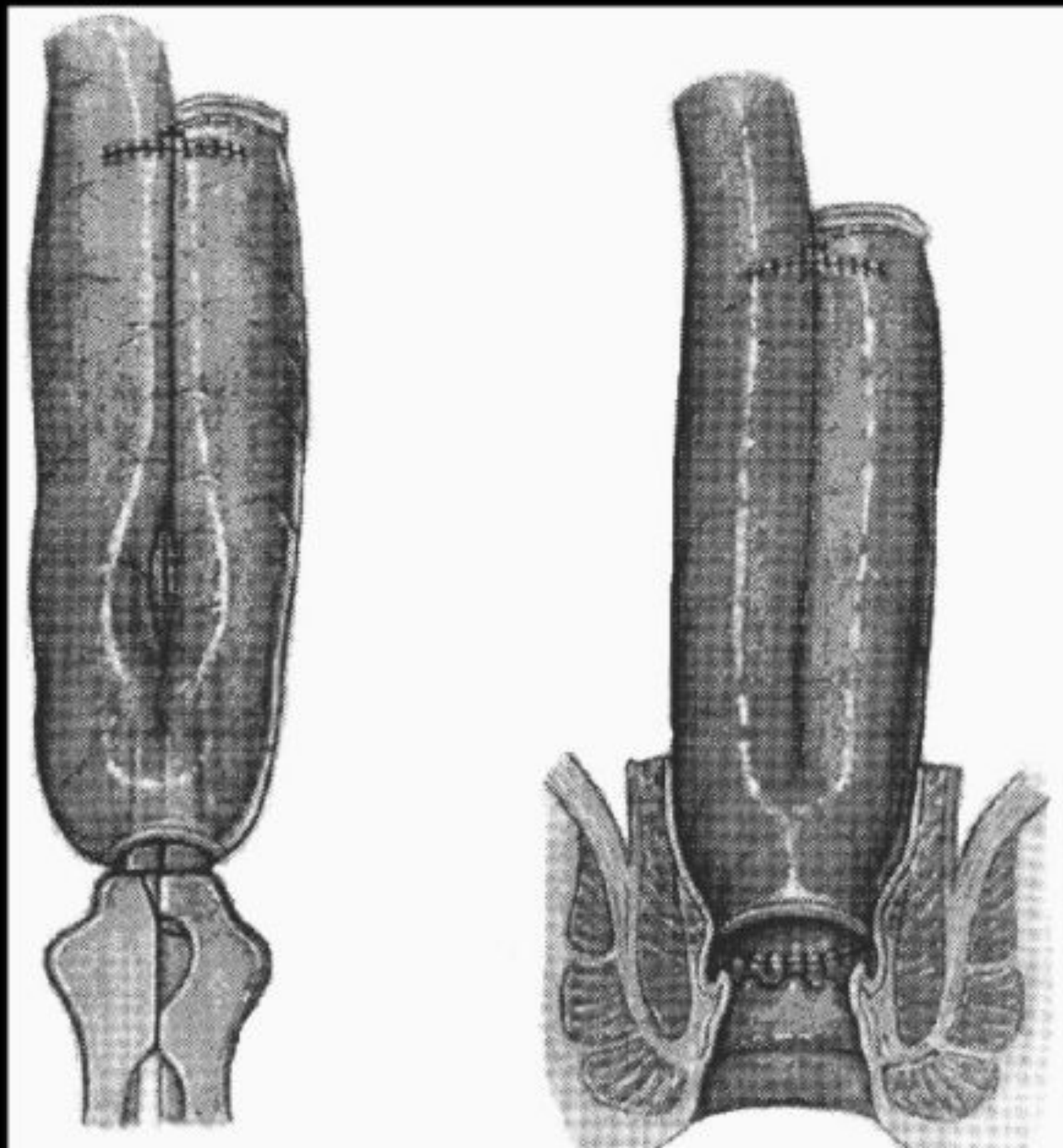
- **Фульминантное течение НЯК** при отсутствии эффекта от адекватной комплексной терапии на протяжении 7 – 10 суток

- **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

Операция формирования илеоанального резервуара при неспецифическом язвенном колите (схема)



Способ формирования тонкокишечного резервуара после колектомии и наданальной резекции прямой кишки.

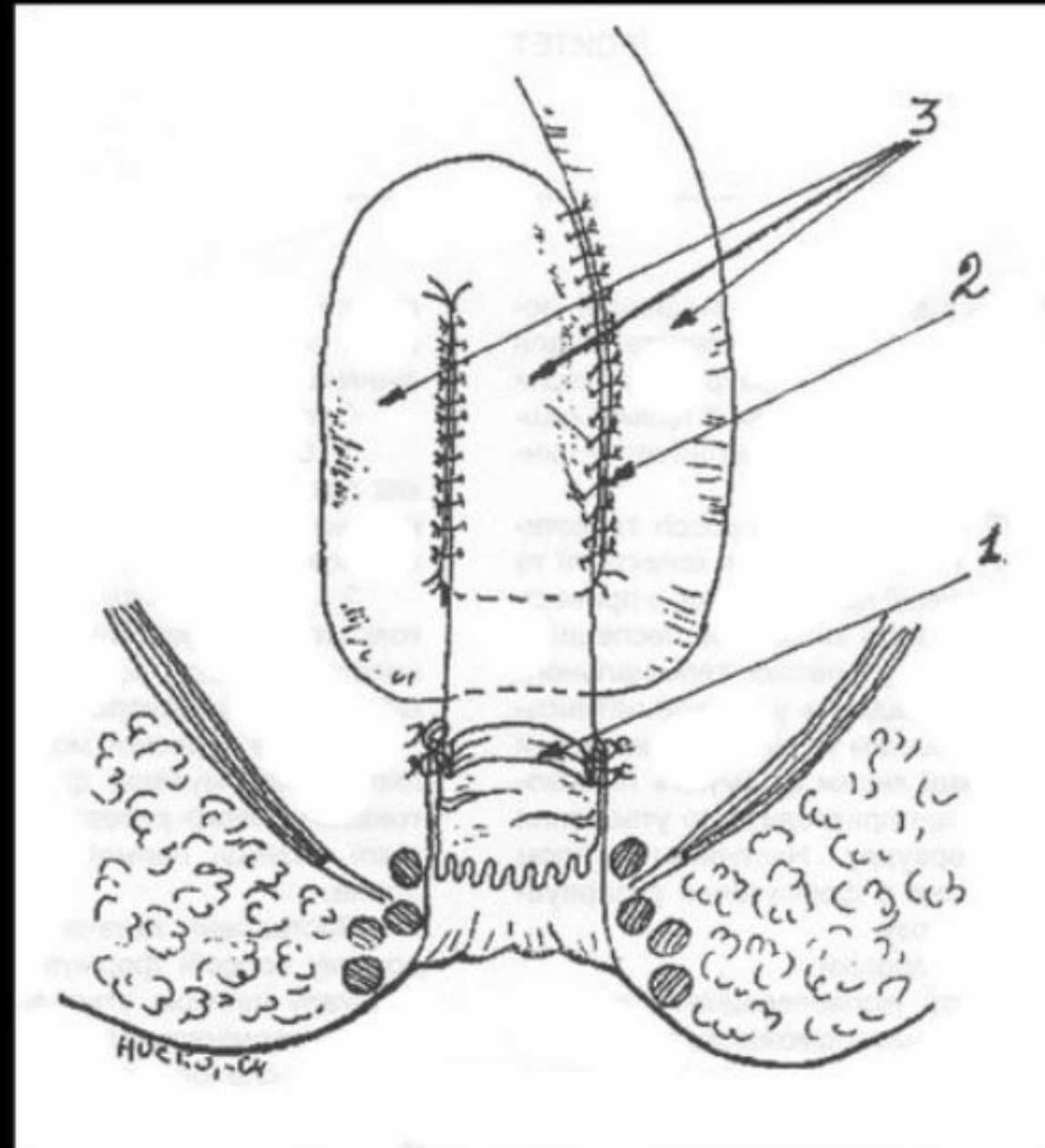
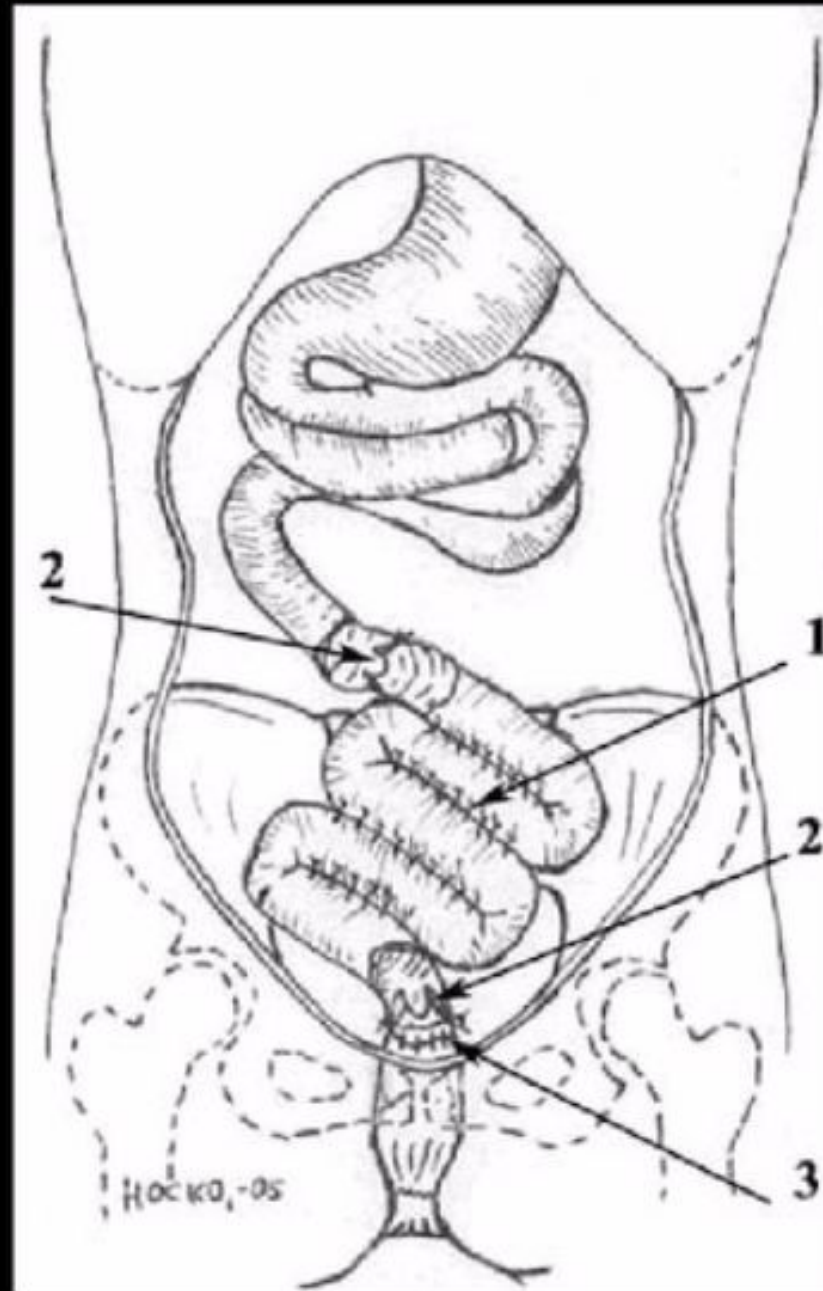


Схема трансформации илеостомы-резервуара в илеоректальный анастомоз с сохранением резервуара (М.П. Захараш).



Спасибо за внимание!