

**ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ  
ДИАГНОСТИКА И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

**Рустамов Мирзабек Надирович**

**УО Белорусский государственный медицинский университет**

**Кафедра кардиологии и внутренних болезней**

## **БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА**

1. Функциональные кишечные расстройства: Синдром раздраженного кишечника (СРК).

2. ВЗК:

а. Язвенный колит (ЯК);

б. Болезнь Крона (БК).

## СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

СРК относится к функциональным заболеваниям, при которых патогенез развития симптомов не может быть объяснен органическими причинами.

Согласно современным представлениям СРК является психосоциальным расстройством с нарушением висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника, обусловленных или снижением порога восприятия боли, или увеличением интенсивности ощущения болевых импульсов при нормальном пороге их восприятия.

*Drossman D. A., Camilleri M., Mayer E. A., Whitehead W. E. AGA technical review on irritable bowel syndrome // Gastroenterology. 2002; 123: 2108–2131.*

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРК (ВОЗ)**

СРК определяется как «функциональное расстройство кишечника, при котором боли в животе или дискомфорт связаны с дефекацией и/или изменением привычки (поведения) кишечника. Ощущения дискомфорта (вздутия живота), растяжения и расстройства дефекации являются обычно ассоциированными признаками».

Однако в последнее время были объяснены структурные нарушения.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРК

СРК - это ФКР, в котором рецидивирующая боль в животе связана с дефекацией или изменением привычек кишечника. Обычно присутствуют ненормальные привычки (поведение) в кишечнике (например, запор, диарея или сочетание запоров и диареи), а также симптомы вздутия/растяжения живота. Начало симптомов должно происходить по крайней мере за 6 месяцев до постановки диагноза, и симптомы должны присутствовать в течение последних 3 месяцев.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СРК

Популяционное исследование выявило распространенность СРК на уровне 10-20% и 1-2% новых случаев в год.

Только 10-20% пациентов с СРК обращаются за медицинской помощью.

20-50% жалоб и клиническая картина гастроэнтерологических пациентов относятся к этому комплексу симптомов.

Однако в США более низкая распространенность СРК у латиноамериканцев в Техасе и азиатов в Калифорнии.

Популяции в Азии и Африке могут иметь более низкую распространенность СРК.

В западных странах женщины в 2-3 раза чаще развивают СРК, чем мужчины, хотя мужчины составляют 70-80% пациентов с СРК на индийском субконтиненте.

Женщины чаще обращаются за медицинской помощью

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРК - 1

Изучена достоверность диагностических критериев; Однако это не было сделано с использованием обычного измерения чувствительности и специфичности в общеобразовательных выборках, потому что нет золотого стандарта, который позволял бы независимое подтверждение диагноза, такого как биомаркер.

Распространенность СРК в популяции составляет от 10% до 25%.

The epidemiology of irritable bowel syndrome Caroline Canavan, Joe West and Timothy Card, *Clinical Epidemiology*, 2014; 6: 71-80. Published online 2014 Feb 4. doi: 10.2147/CLEP.S40245

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРК - 2

Данные о частоте распространенности СРК среди взрослых колеблются от 14-22% до 30-48%, а соотношение женщин и мужчин - 2-4:1.

Чаще болеют женщины в репродуктивном возрасте, несколько реже первичное развитие болезни начинается после 40 лет, но тогда для исключения органической патологии эти больные нуждаются в особенно тщательном обследовании.

Сведения о частоте и распространенности СРК не являются достоверными, так как не более 10% больных, страдающих этим заболеванием, обращаются за медицинской помощью. К тому же в России в отличие от некоторых других стран СРК среди врачей не является “излюбленным” диагнозом и только в последнее время становится более популярным.

Синдром раздраженной кишки, ассоциированный с дисбактериозом. *Опубликовано в журнале: «Consilium Medicum», 2000, Том 2, №7. П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРК - 3

По данным некоторых исследований, распространенность данного синдрома в разных странах составляет 6–46% (Boivin M., 2001; Ehlin A.G. et al., 2003; Wilson S. et al., 2004; Jafri W. et al., 2005; Schmulson M. et al., 2006; Quigley E.M. et al., 2006).

В США СРК отмечают у 5–15% всего взрослого населения, а расходы на лечение больных с СРК превышают 1 млрд дол. США в год (Boivin M., 2001; Müller-Lissner S.A. et al., 2001; Hungin A.P. et al., 2005).

Распространенность СРК в европейских странах колеблется в диапазоне 3–22% (Müller-Lissner S.A. et al., 2001).

Однако при этом к семейным врачам обращается всего около 20–28%, а к гастроэнтерологам — только 1–2% пациентов.

Выходит, что около 70–80% больных и вовсе выпадают из поля зрения специалистов.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРК - 4

- Распространенность СРК в разных исследованиях отличаются
- 28% Хорватском исследовании,
- 14% в Румынском.
- В большинстве исследований указывается, что у женщин частота выше чем у мужчин.
- Эпидемиологические исследования СРК проводились в большинстве стран Восточной Европы.
- В этих исследованиях информация базируется на отчётах эндоскопических отделений
- Психосоматический подход к СРК принимается во внимание в некоторых странах (Польша, Венгрия, Румыния) в основном психологами и психотерапевтами, а не гастроэнтерологами.

Flaviu Rusu and Dan L. Dumitrascu. Epidemiology of irritable bowel syndrome in the former communist countries from Eastern Europe: a systematic review. *Clujul Med.* 2015; 88(2): 146–151.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРК - 5

### Распространенность в первичной помощи

- Доля тех, кто посещает первичную помощь по своим симптомам, составляют от 10% до 70%.
  - В Великобритании доля обращающихся варьируются от 30% до 50%.
  - В исследованиях, проведенных в Германии, отмечается, что частота консультаций с людьми с симптомами также варьируется от 10 до 50%;
  - Наибольшая доля в Италии, 50% ;
  - 30% консультируются в Нидерландах,
  - 20% в Бельгии и
  - 10% в Швейцарии, Франции и Испании.
- 
- The epidemiology of irritable bowel syndrome Caroline Canavan, Joe West and Timothy Card, Clinical Epidemiology, 2014; 6: 71-80. Published online 2014 Feb 4. doi: 10.2147/CLEP.S40245

## СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

СРК является хроническим и обычно прерывистым расстройством, характеризующимся эпизодами боли, связанными с раздуванием и изменением привычек кишечника, при отсутствии каких-либо структурных нарушений или органических повреждений.

СРК является наиболее часто диагностированным желудочно-кишечным расстройством, причем распространенность среди населения в целом составляет от 5 до 25%, причем две трети пациентов составляют женщины.

СРК составляет 12% посещений врачей общей практики и 28-36% посещений гастроэнтерологов.

Предлагаемые патологические механизмы:

постинфекционное развитие;

воспаление слизистой оболочки;

висцеральную гиперчувствительность мышц и нервов;

измененную двигательную активность,

измененную модуляцию ЦНС кишечника и дисбаланс серотонина

## ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ СРК

- СРК является функциональным расстройством ЖКТ, хотя микроскопическое воспаление было зарегистрировано у некоторых пациентов.
- В 1892 году Ослер когда писал о расстройстве мукорей и абдоминальной колики с высоким уровнем заболеваемости у пациентов с сопутствующей психопатологией использовал термин «слизистый колит».
- С тех пор синдром был упомянут под различными названиями, включая спастическая толстая кишка, раздраженная толстая кишка.
- В прошлом СРК считался диагнозом исключения; однако он больше не считается диагнозом исключения, но он имеет широкий диапазон дифференциальной диагностики.
- Ни в одной работе не была последовательно продемонстрирована корреляция между специфическими моторными или структурными изменениями; эксперты считают, что использование доступных рекомендаций можно оптимизировать исследований и диагностику.

## ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ СРК

- Первая попытка установить диагностические критерии для определения СРК была сделана в 1970-х годах Маннингом и его коллегами.
- Критерии Маннинга были идентифицированы путем сравнения симптомов у пациентов с абдоминальной болью, которые либо имели, либо не имели органического заболевания.
- I Римские критерии (1989), опубликованы в 1990г.
- II Римские критерии (1999);
- III Римские критерии (2006);
- IV Римские критерии (2016);

## КРИТЕРИИ МАННИНГА

Диагностический алгоритм, используемый при диагностике СРК

Критерии Маннинга:

1. Начало боли, связанное с более частыми движениями кишечника
2. Жидкий стул, связанный с началом боли
3. Боль облегчается после стула
4. Заметное вздутие живота
5. Чувство неполной эвакуации более чем в 25% случаев
6. Диарея со слизью более 25% времени

Исследование, проведенное в 2013 году, показало, что критерии Маннинга имеют меньшую чувствительность, но более специфичны, чем Римские критерии

Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;2:653–654

## КРИТЕРИИ МАННИНГА

Диагноз СРК подтверждается, если присутствуют  $\geq 3$  этих симптомов:

Боль в животе

Уменьшение боли при дефекации

Повышенная частота стула с болью

Жидкий стул с болью

Слизь в стуле

Ощущение неполной эвакуации

Знаки «Красного флага»

Если пациент старше 50 лет или имеет:

Потеря веса (немотвированная)

Кровь в стуле

Анемия

Лихорадка

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СРК

Популяционное исследование выявило распространенность СРК на уровне 10-20% и 1-2% новых случаев в год.

Только 10-20% пациентов с СРК обращаются за медицинской помощью.

20-50% жалоб и клиническая картина гастроэнтерологических пациентов относятся к этому комплексу симптомов.

Однако в США более низкая распространенность СРК у латиноамериканцев в Техасе и азиатов в Калифорнии.

Популяции в Азии и Африке могут иметь более низкую распространенность СРК.

В западных странах женщины в 2-3 раза чаще развивают СРК, чем мужчины, хотя мужчины составляют 70-80% пациентов с СРК на индийском субконтиненте.

Женщины чаще обращаются за медицинской помощью

## АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ

Боль часто диффузная, без иррадиации

Характерная локализация боли: нижняя часть живота, левый нижний квадрант

Эпизоды острой боли часто накладываются на более постоянную тупую боль

Питание может ускорить боль

Дефекация обычно уменьшает боль, но она полностью не исчезает

Боль из предполагаемых газовых карманов в изгибе селезенки может маскироваться как передняя грудная боль или левая верхнеквадрантная абдоминальная боль

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ

Дополнительные симптомы, соответствующие СРК следующие:

- Прозрачная или белая мукорея невоспалительной этиологии
- Диспепсия, изжога
- Тошнота, рвота
- Сексуальная дисфункция (слабое либидо)
- Частое и неотложное мочеиспускание
- Ухудшение симптомов в перименструальный период
- Коморбидная фибромиалгия
- Симптомы, связанные со стрессом

## ЭТИОЛОГИЯ

- Причина развития СРК остается неясной. При лабораторных, рентгеновских, гистологических исследованиях не удается обнаружить структурных нарушений.
- Эмоциональные факторы, факторы питания, прием некоторых лекарств способны уменьшать или усугублять симптомы болезни. В прежние годы заболевание рассматривали как чисто психосоматическое расстройство. И хотя психосоциальные факторы оказывают определенное влияние, патогенез СРК более корректно рассматривать с точки зрения комбинированного воздействия психосоциальных факторов и факторов, нарушающих физиологические функции кишечника.

## ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ КИШЕЧНИКА - 1

- Разнообразные изменения физиологии кишечника оказывают влияние на симптоматику СРК. Эти факторы включают нарушения моторики, повышенную висцеральную чувствительность (висцеральная гипералгезия) и различные генетические и внешние факторы.
- Висцеральная гипералгезия – повышенная чувствительность кишечника к обычному растяжению стенки и обостренное восприятие боли в присутствии обычного количества кишечных газов.
- Гипералгезия может быть следствием перестройки нервной регуляции связи "кишечник-мозг".
- У некоторой части пациентов (по оценкам, у 1 из 7) симптомы СРК впервые возникают после перенесенного острого гастроэнтерита (постинфекционный СРК).
- У части пациентов с СРК отмечаются вегетативные расстройства. Однако у многих пациентов нет явных физиологических нарушений, но и при их наличии корреляции с выраженностью симптомов нет.
- Развитие запора может объясняться замедлением, а развитие диареи – ускорением толстокишечного транзита. У части больных с запором снижено число высокоамплитудных пропульсивных сокращений толстой кишки, обеспечивающих продвижение содержимого на несколько сегментов.
- В других случаях избыточная двигательная активность сигмовидной кишки может способствовать замедлению транзита при функциональном запоре.

## ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ КИШЕЧНИКА - 2

- Дискомфортные ощущения в животе после приема пищи (постпрандиальные) можно объяснить усилением гастроколитического эффекта (сократительного ответа толстой кишки в ответ на прием пищи), появлением высокоамплитудных пропульсивных сокращений толстой кишки, висцеральной гипералгезией или комбинацией этих факторов.
- Прием жиров увеличивает проницаемость кишечника и усиливает гиперчувствительность. Прием пищи, богатой способными к ферментации олигосахаридами, дисахаридами, моносахаридами и полиолами (называемые в совокупности ФОДМИП) слабо абсорбируются в тонком кишечнике и могут увеличивать перистальтику толстого кишечника и секрецию.
- У женщин колебания уровня гормонов влияет на функции кишечника. Чувствительность прямой кишки повышается при менструации и не меняется в другие фазы менструального цикла. Половые гормоны оказывают слабое влияние на желудочно-кишечный транзит. Роль избыточного бактериального роста в тонкой кишке остается предметом дискуссий.

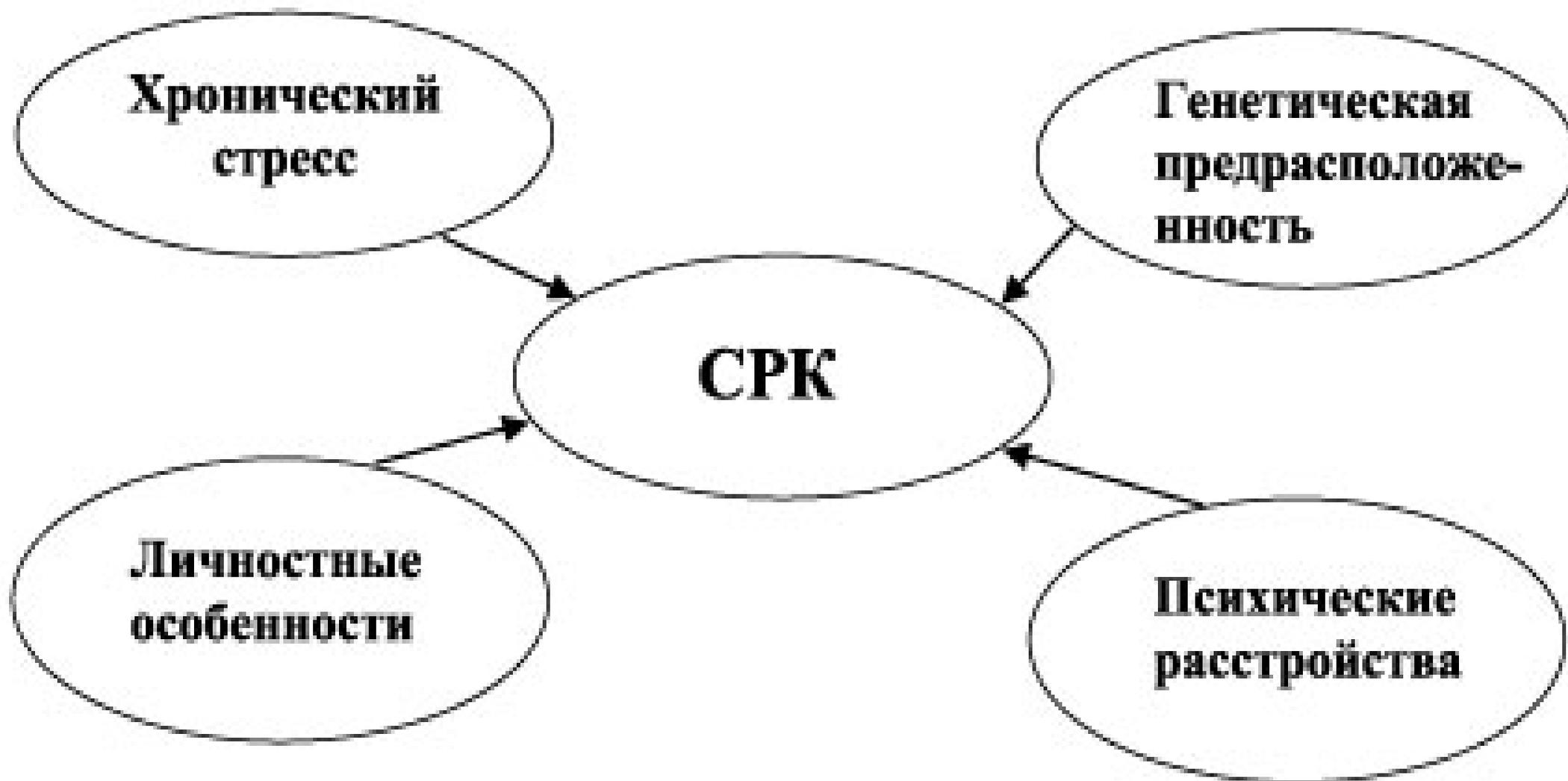
# ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СРК

Традиционные теории в отношении патофизиологии СРК могут выглядеть как трех-компонентный комплекс, включающей:

*нарушение двигательной активности ЖКТ, висцеральной гипералгезии и психопатологии.*

Единый механизм патогенеза до сих пор не доказан.

## ПРИЧИНЫ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА



## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- В большинстве случаев СРК впервые проявляется в подростковом возрасте и 20-е годы и протекает в виде обострений, сменяющихся ремиссиями различной продолжительности. В более пожилом возрасте заболевание проявляется реже. Пробуждение пациента во время сна от появления симптомов СРК нетипично. Симптомы часто провоцирует пища либо стресс.
- У пациентов отмечаются дискомфортные ощущения в животе, существенно различающиеся по локализации и характеру; часто боль локализуется в нижней части живота, носит постоянный или схваткообразный характер и связана с дефекацией. Кроме того, появление боли или дискомфорта по времени связано с изменениями частоты стула (повышается при СРК с преобладанием диареи и снижается при СРК с преобладанием запора) и консистенции каловых масс (неоформленный или твердый и комковатый). Боль/дискомфорт, которые имеют связь с дефекацией с большой вероятностью указывают на кишечное происхождение симптомов. Если же они связаны с физической нагрузкой, движениями, мочеиспусканием, менструацией, то, как правило, имеют другое происхождение.
- Хотя кишечные симптомы являются относительно стабильными у большинства пациентов, у некоторых может возникать чередование запоров и диареи. Также могут отмечаться расстройства дефекации (необходимость избыточного натуживания, императивные позывы, чувство неполного опорожнения прямой кишки), отхождение слизи, ощущение вздутия и избыточное отхождение газов. Нередко отмечаются признаки диспепсии. Характерны внекишечные проявления (например, общая слабость, фибромиалгия, нарушения сна, хроническая головная боль).

## ДИАГНОСТИКА СРК

Нет определенного метода исследования, поскольку биомаркер не был найден, поэтому СРК диагностируется клинически.

Оценка клинической картины на основе Римских критериев

- Скрининговое обследование для выявления органических заболеваний с проведением лабораторных исследований и сигмо- или колоноскопии
- Другие исследования при наличии симптомов тревоги (например, выделений крови из прямой кишки, похудания, лихорадки)
- Диагностика СРК основана на определении типа нарушений стула, времени возникновения и характера боли и исключении других болезненных процессов путем проведения объективного обследования и рутинных диагностических тестов.

Симптомы тревоги:

- Пожилой возраст
- Лихорадка
- Снижение веса
- Ректальное кровотечение

## БРИСТОЛЬСКАЯ ШКАЛА ФОРМ КАЛА

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи (труднопроходящие)	
Тип 2	Колбасовидный, но комковатый	
Тип 3	Колбасовидный, но с трещинами на поверхности	
Тип 4	Колбасовидный или змеевидный, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящий)	
Тип 6	Пушистые рваные кусочки, пористый кал	
Тип 7	Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость	Полностью жидкий

## **СРК С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ**

СРК с преобладанием запоров: более одной четверти (25%) дефекации 1 или 2 типа по бристольской шкале форм кала и менее четверти (25%) дефекации 6 или 7 типа по бристольской шкале форм кала. Альтернатива для эпидемиологии или клинической практики: пациент сообщает, что аномальные движения кишечника обычно являются запорами (тип 1 или 2 на картине шкалы формы стула по Bristol).

## **СРК С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДИАРЕИ**

СРК с преобладанием диареи: более одной четверти (25%) дефекации 6 или 7 типа по бристольской шкале форм кала и менее четверти (25%) дефекации 1 или 2 типа по бристольской шкале форм кала. Альтернатива для эпидемиологии или клинической практики: пациент сообщает, что аномальные движения кишечника обычно являются диарей (тип 6 или 7 на картине шкалы формы стула по Bristol).

## СРК СМЕШАННОГО ТИПА

СРК смешанного типа (СРК-М): более четверти (25%) дефекации 1 или 2 типа по бристольской шкале форм кала и более четверти (25%) дефекации 6 или 7 типа по бристольской шкале форм кала. Альтернатива для эпидемиологии или клинической практике: пациент сообщает, что аномальные движения кишечника обычно являются как запоры, так и диарея (более четверти всех аномальных движений кишечника являются запорами и более одной четверти являются диареей).

## **СРК НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЙ**

СРК неклассифицируемый (IBS-U): Пациенты, которые отвечают диагностическим критериям для СРК, но чьи привычки в кишечнике нельзя точно отнести к 1 из 3 вышеуказанных групп, должны быть классифицированы как имеющие СРК неклассифицируемый.

Для клинических испытаний рекомендуется использовать подтипы, основанные, по крайней мере, на ежедневных данных в течение 2-х недель , с использованием «правила 25%».

Подтипы СРК, связанные с аномалиями кишечной привычки (СРК-С, СРК-Д и СРК-М), могут быть уверенно установлены только тогда, когда пациент не принимает лекарств, используемых для лечения аномалий кишечника.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ СРК

- Классифицировать СРК на 3 основные подтипы (клинически), при этом исключаются препараты, влияющие на консистенцию кала;
- Изучение внекишечных жалоб;
- Пациенты должны быть опрошены о характере принятой ими пищи (мучное, кофе, фрукты, овощи, соки, подслащенные напитки, жвачки);
- Наконец, следует провести краткий психосоциальный анализ.

## СИНДРОМ ТРЕВОГИ ПРИ СРК

- Наличие признаков тревоги (положительный семейный анамнез колоректального рака, кровотечение из прямой кишки при отсутствии документированных кровоточащих геморроидальных узлов или анальных трещин, непреднамеренная потеря веса или анемия) не подтверждает диагностических критериев СРК.
- Одно исследование показало, что отсутствие симптомов тревоги уменьшает вероятность органического заболевания у пациентов с симптомами СРК-D.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ СРК

- Пациенты с СРК часто сообщают, что симптомы индуцируются или усугубляются при приеме пищи, хотя эти симптомы недостаточно специфичны для включения в диагностические критерии СРК. Множество других симптомов ЖКТ (диспепсии) и негастроэнтерологические (головные боли мигрени, фибромиалгия, интерстициальный цистит) часто встречаются у пациентов с СРК; Наличие этих сопутствующих симптомов оказывает дополнительную поддержку для диагноза.
- Наличие признаков тревоги (положительный семейный анамнез колоректального рака, кровотечение из прямой кишки при отсутствии документированных кровоточащих геморроидальных узлов или анальных трещин, непреднамеренная потеря веса или анемия) не подтверждает диагностических критериев СРК.

## ДИАГНОСТИКА СРК

Нет определенного метода исследования, поскольку биомаркер не был найден, поэтому СРК диагностируется клинически.

Эндоскопия: сигмоскопия, колоноскопия,

УЗИ ОБП

ФГДС

Ирригоскопия

КТ

Лабораторные тесты:

Исследование на нарушение толерантности к лактозе

Дыхательный тест для исключения избыточного бактериального роста тонкой кишки

Серологический тест для исключения глютеновой энтеропатии

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови

Исследование фекалий бактерии и паразиты

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СРК

- Непереносимость лактозы
- Лекарственно-индуцированная диарея
- Постхолецистэктомический синдром
- Злоупотребление слабительными средствами
- Паразитарные заболевания
- Эозинофильный гастрит или энтерит
- Микроскопический колит
- Избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике
- Целиакия
- Раннее воспалительное заболевание кишечника

Однако при отсутствии воспаления кишечных дивертикулов симптоматика отсутствует, таким образом, их наличие не может объяснить СРК-подобные проявления.

## ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРК

- Лечение при СРК начинается с обучения пациента о пользы и безопасности диагностических тестов и вариантов лечения.
- Лечение должно основываться на подтипе СРК и степени тяжести.
- В исследовательских исследованиях допустимая шкала тяжести симптомов СРК может использоваться для количественной оценки тяжести симптомов.

## ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРК

- Модификации образа жизни, которые могут улучшить симптомы СРК, включают физические упражнения, снижение стресса и внимание к нарушенному сну.
- Увеличение в рационе пищевых волокон остается краеугольным камнем управления СРК, хотя его оптимальное использование может быть весьма нюансировано.

## ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРК

- Ограничение клейковины в рационе может улучшить симптомы у некоторых пациентов с СРК. В двух небольших проспективных исследованиях, у пациентов с СРК, у которых целиакия была исключена, исключение злаковых продемонстрировало улучшение клинической картины болезни.
- Ограничение в пище FODMAPs (fermentable oligo-, di-, and monosaccharides and polyols) (ферментируемые олигосахариды, дисахариды, моносахариды и полиолы) связано с уменьшением ферментации и значительным улучшением симптомов у некоторых пациентов с СРК.

## ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРК

- Лоперамид - синтетический периферический агонист м-опиоидных рецепторов, который замедляет транзит в толстой кишке и увеличивает абсорбцию воды и ионов, широко используется для лечения пациентов с СРК-D. В одном небольшом КРИ лоперамид улучшил консистенцию стула, боль, императивный стул. В другом исследовании лоперамид улучшил стул, уменьшил частоту стула и уменьшил интенсивность боли, хотя увеличил абдоминальную боль в ночное время.
- Спазмолитики используются при всех подтипах СРК
- Пробиотики могут принести пользу пациентам с СРК с помощью многочисленных механизмов. *Bifidobacterium infantis* 35624 привел к значительному улучшению абдоминальной боли /дискомфорта, вздутия растяжения и / или трудности движения кишечника по сравнению с плацебо в двух рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях, проведенных у пациентов с СРК .
- Недавно проведенный мета-анализ, включавший 43 клинических испытания с использованием различных продуктов, позволил найти пробиотики, которые могли бы улучшить основные симптомы СРК, боли, вздутия и метеоризма .

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СРК АССОЦИИРОВАННОГО С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА**

1. устранение микробной контаминации тонкой кишки и восстановление нормальной кишечной микрофлоры в толстой кишке;
2. восстановление нарушенных процессов пищеварения и всасывания, а также устранение гипо- и авитаминоза и дефицита микро- и макроэлементов;
3. нормализацию моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и акта дефекации.

## УПРАВЛЕНИЕ СРК

Управление синдромом СРК состоит главным образом, из оказания психологической поддержки и рекомендации диетических мер.

Фармакологическое лечение является вспомогательным и должно быть направлено на симптомы.

## ДИЕТА

Прием клетчатки может улучшить симптомы запора и диареи.

Поликарбофильные соединения могут вызывать меньше метеоризма, чем соединения псиллиума.

Разумное потребление воды рекомендуется пациентам с преимущественно запорами.

Исключение кофеина может ограничить беспокойство и обострение симптомов.

Исключение бобовых (овощи, бобы) может уменьшить вздутие живота

Лактоза и/или фруктоза следует ограничивать или избегать у пациентов с этими способствующими расстройствами.

## ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

- Антихолинергические средства (например, дицикломин, гиосциамин)
- Противодиарейные средства (например, дифеноксилат, лоперамид)
- Трициклические антидепрессанты (например, имипрамин, amitриптилин)
- Прокинетики
- Объемобразующие слабительные
- Антагонисты серотониновых рецепторов (например, алосетрон)
- Активаторы хлоридных каналов (например, lubiprostone)
- Агонисты гуанилатциклазы C (GC-C) (например, линаклотид)
- Спазмолитики (например, масло мяты перечной, пинаверий, тримебутин, циметропий / дицикломин)

## ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ

- Дивертикул — это грыжевидное выпячивание стенки полого органа.
- По строению дивертикулы разделяют на истинные, в которых прослеживаются все слои полого органа, и ложные, стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой.

## ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ - ТЕРМИНОЛОГИЯ

- Дивертикулярная болезнь кишечника - заболевание, характеризующееся образованием дивертикулов кишечной стенки.
- Дивертикул — это грыжевидное выпячивание стенки полого органа.
- Дивертикул кишечника – это выпячивание кишечной стенки.
  
- По строению дивертикулы разделяют на истинные и ложные.
- Истинные дивертикулы содержат все слои кишечной стенки.
- Ложные дивертикулы (псевдодивертикулы) представляют собой выпячивание слизистой оболочки через просветы в мышечной оболочке.
- К истинным дивертикулам относят врождённые дивертикулы (дивертикул Меккеля), а к ложным приобретённые дивертикулы толстой кишки.
- Дивертикулёз – наличие множественных дивертикулов без развития клинических симптомов.
- Дивертикулит – воспалительные изменения дивертикула с возможным переходом воспаления на близлежащие структуры

## ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ

Незаращённый эмбриональный желточный проток (аномалия развития подвздошной кишки) — расположен на противобрыжеечном крае подвздошной кишки на расстоянии 60-100 см от илеоцекального угла.

Дивертикул Меккеля считают истинным дивертикулом, так как его стенка содержит все слои кишки. Средняя длина — 5-7 см, но бывают дивертикулы и большего размера.

Эпителий примерно одной трети дивертикулов относят к эпителиям железистого типа, способных вырабатывать соляную кислоту.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- Частота дивертикулярной болезни толстой кишки достигает 20% в популяции; с возрастом частота растёт, достигая 40-50% среди пациентов в возрасте 60-80 лет. До 40 лет возникает редко.
- Дивертикулез толстой кишки распространён больше в США и Европе, чем в менее индустриально развитых странах Африки, Южной Америки, и Азии. У жителей развивающихся стран в связи со значительно более низкой средней продолжительностью жизни дивертикулёз обнаруживается крайне редко.
- Заболевание встречается приблизительно с одинаковой частотой как среди мужчин, так и среди женщин.
- Дивертикулы двенадцатиперстной кишки по частоте занимают второе место после дивертикулов ободочной кишки (10% всех дивертикулов ЖКТ), чаще всего они - врождённые.
- Частота рождения детей с дивертикулом Меккеля в популяции – 2-3%. 50% случаев выявленных дивертикулов Меккеля – дети до 10 лет, остальные манифестируют в возрасте до 30 лет.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Дивертикулярную болезнь кишечника различают по локализации:

- Дивертикулы толстой кишки. Более частое поражение левой половины толстой кишки объясняют её анатомическими и функциональными особенностями — меньший диаметр, большое количество изгибов, более плотная консистенция содержимого. Сигмовидная кишка обладает резервуарной функцией, поэтому давление в ней выше.
- Дивертикулы тонкой кишки. Встречают реже дивертикулов толстой. Чаще возникают дивертикулы двенадцатиперстной кишки, преимущественно её дистального отдела. В 3% случаев дивертикулы двенадцатиперстной кишки сочетаются с дивертикулами тощей и подвздошной кишок.
- Приблизительно 70% дивертикулов двенадцатиперстной кишки локализуется в области большого дуоденального сосочка (чаще на расстоянии 1–2 см), именно они чаще остальных вызывают клиническую симптоматику (например, панкреатит, холангит, желтуху, кровотечения).

## ЭТИОЛОГИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- Причины возникновения дивертикулов разнообразны.
- Возникновение заболевания обусловлено скорее сочетанием факторов, а не действием одного из них.
- Хотя механизм развития дивертикулов до конца неясен, известно, что они возникают при снижении содержания в рационе клетчатки, увеличении внутрипросветного давления в кишечнике и слабости кишечной стенки.

## ПАТОГЕНЕЗ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- Недостаточное содержание балластных веществ в пище приводит к увеличению внутрипросветного давления из-за уменьшения объема стула и возникновения большей сегментации толстой кишки во время перистальтических движений.
- Причину появления дивертикулов усматривают в интермиттирующих функциональных препятствиях в ряде толстокишечных сегментов, дискоординации деятельности продольных и циркулярных мышц кишечной стенки.
- Пораженный дивертикулами сегмент кишки в ответ на прием пищи или действие фармакологических стимулов сокращается сильнее.
- Регистрируемые изменения давления в толстой кишке отражают сегментарные ее сокращения смешивающего, а не пропульсивного характера. Это проявляется задержкой продвижения содержимого по толстой кишке, вследствие чего улучшается абсорбция воды, каловые массы «высыхают», их объем уменьшается и, как следствие, развиваются запоры.
- По мере возрастания внутриполостного давления дивертикулы выбухают и достигают максимального размера.
- Увеличением внутрипросветного давления можно объяснить и более частую локализацию дивертикулов в сигмовидной кишке – до 85% пациентов с дивертикулезом кишечника в западных странах

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- Примерно в 2/3 случаев наличие дивертикулов толстой кишки не сопровождается наличием клинической симптоматики (бессимптомный дивертикулёз) и они случайно диагностируются при эндоскопическом или рентгенологическом исследованиях.

Основные клинические проявления при симптоматическом течении дивертикулярной болезни толстой кишки:

- Регулярно возникающие боли в левой подвздошной области, исчезающие после акта дефекации и продолжающиеся в течение нескольких недель, а иногда и нескольких месяцев. Аналогичная боль иногда может локализоваться в мезогастриуме и в правой подвздошной области.
- Вздутие живота и обильное отделение газа.
- Диспепсические расстройства, связанные с сопутствующей ГПОД и ЖКБ (триада Сента).
- Ректальные кровотечения и появление другой кишечной симптоматики (боль в эпигастральной области, диареи, тенезмов) нельзя объяснить только дивертикулёзом без исключения других причин.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

## ДИВЕРТИКУЛИТ

Факторами риска развития дивертикулита являются наличие дивертикулита в анамнезе и наличие множественных дивертикулов ободочной кишки.

Дивертикулиты наблюдаются примерно у 25% пациентов с дивертикулёзом.

К основным признакам развития дивертикулитов относят:

- Острое начало – боль и напряжение мышц передней брюшной стенки в левом нижнем квадранте живота.
- При прогрессировании заболевания – повышение температуры тела, озноб.
- Анорексия, тошнота, рвота.
- Диарея или запор.
- Болезненный плотный малоподвижный инфильтрат в брюшной полости (при распространении воспалительного процесса с дивертикула на окружающие ткани).
- При вовлечении в процесс мочевого пузыря — дизурия.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

## КРОВОТЕЧЕНИЕ

- Возникает в 20-25% случаев, нередко - первое и единственное проявление заболевания.
- Обычно кровотечение связано с изъязвлением шейки или стенки дивертикула и проходящего там сосуда в результате хронического воспаления или образования пролежня на месте калового камня.
- Кровотечение из невоспалённого дивертикула может возникнуть у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией, атеросклерозом, заболеваниями сердца, заболеваниями крови и при длительном применении глюкокортикостероидов.
- Объём кровопотери бывает различным: незначительная примесь крови в каловых массах (иногда скрытое кровотечение), массивное профузное кровотечение, сопровождающееся коллапсом и иногда приводящее к смерти.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

## ПЕРФОРАЦИЯ

- При перфорации дивертикула в брюшную полость развивается клиника разлитого перитонита.
- При перфорации дивертикула в забрюшинную клетчатку или пространство между листками брыжейки возникают инфильтраты или абсцессы.
- При медленном прогрессировании воспаления серозная оболочка слипается с окружающими органами, возникает прикрытая перфорация.

Развитие перитонита может быть связано не только с перфорацией дивертикула, но и абсцессами, возникающими в толще кишечной стенки, при воспалении и отёке шейки дивертикула с его закупоркой

# ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

## КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- Причиной кишечной непроходимости могут быть воспалительный инфильтрат, сдавливающий кишку, спаечный процесс, приводящий к деформации кишки и её брыжейки, в отдельных случаях — инвагинация части кишки с дивертикулом или спазм гладкой мускулатуры.
- Кишечная непроходимость при дивертикулёзе чаще носит характер обтурационной со всеми присущими этой форме проявлениями.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Внутренние или, реже, наружные кишечные свищи

- У мужчин чаще развиваются сигмовезикальные свищи, у женщин — сигмовагинальные.
  - При формировании внутренних свищей возможно образование сложной системы свищевых ходов, открывающихся на кожу передней брюшной стенки.
  - При образовании кишечно-мочепузырного свища — пневматурия, фекалурия.
  - Мальабсорбция.
- 
- Дивертикулы тонкой кишки могут приводить к развитию синдрома мальабсорбции вследствие чрезмерного роста бактериальной флоры.

# ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- Заподозрить наличие дивертикулярной болезни можно при возникновении регулярных болей в левой или, реже, правой подвздошных областях, которые уменьшаются после акта дефекации.
- В большинстве случаев дивертикулярная болезнь кишечника не проявляется наличием каких-либо симптомов и выявляется случайно при рентгенологическом или эндоскопическом обследовании кишечника.

## ЦЕЛИ ДИАГНОСТИКИ

- Определение локализации и распространённости поражения.
- Выявление осложнений.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- Диагностика дивертикулярной болезни включает анализ клинических проявлений заболевания, анамнеза, данных объективного обследования больного. ФКС, Rtg, КТ

## СБОР АНАМНЕЗА

- При сборе анамнеза обращают внимание на возраст пациента, европейское (поражаются чаще левые отделы ободочной кишки) или азиатское (преимущественно поражаются правые отделы) происхождение.
- Необходимо расспросить пациента о наличии жалоб, характерных для дивертикулярной болезни или её осложнений, давности их появления и динамике развития.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- При осложнённых формах дивертикулярной болезни толстой кишки дифференциальный диагноз представляет трудности.
- Диагностика и дифференциальная диагностика дивертикулеза толстой кишки основывается на анализе клинических проявлений заболевания и результатах обязательного рентгенологического и эндоскопического исследований толстой кишки.
- У пожилых пациентов следует предусмотреть исключение ишемического колита, рака толстой кишки, кишечной непроходимости, пенетрирующей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, нефролитиаза/уросепсиса, острого холецистита.
- У пациентов молодого и среднего возраста исключают острый сальпингит (у женщин), острый аппендицит, уросепсис, ВЗК (болезнь Крона), пенетрирующую язву желудка или двенадцатиперстной кишки, ангиодисплазию (при кровотечении).
- При наличии свищей (колоезикальных, коловагинальных) необходимо исключить болезнь Крона, предшествующую лучевую терапию органов малого таза, предшествующие гинекологические операции, абсцессы малого таза.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

При выявлении стриктур толстой кишки прежде всего проводят дифференциальную диагностику со злокачественными опухолями.

Отличие стриктур, развившихся вследствие дивертикулита:

- Наличие дивертикулов в области толстой кишки.
- Стриктуры при дивертикулите длиннее (3-6 см в длину),
- отличаются более плавными контурами (при раковой стриктуре резкие границы с обеих сторон, протяженность до 3 см; при болезни Крона протяженность стриктуры – 6-10 см; стриктура в области селезеночного изгиба чаще обусловлена ишемическим колитом).

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ - 1

- При дивертикулёзе с клиническими проявлениями, но без интоксикации, при отсутствии симптомов раздражения брюшины и лейкоцитоза возможно амбулаторное лечение под наблюдением врача.
- При дивертикулёзе с осложнённым течением показано стационарное лечение в специализированном отделении (колопроктологии).
- Лечение дивертикулярной болезни может включать использование как консервативных, так и хирургических методов лечения.

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ - 2

### Цели лечения

- Предотвращение прогрессирования заболевания и развития осложнений.
- Нормализация функции кишечника и купирование обострений.
- Лечение осложнений при их возникновении.

# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ - 3

## ДИЕТОТЕРАПИЯ

- Всем больным с дивертикулёзом показана диета с повышенным содержанием растительной клетчатки.
- Пшеничные отруби значительно снижают внутриполостное давление и ускоряют скорость миграции содержимого кишечника, причём в большей степени этот эффект оказывают отруби грубого помола.
- Необходимо исключение продуктов, вызывающих метеоризм (бобовые, виноград, чечевица, лук) и запоры (черника, рис).
- Следует исключить также семечки, плоды с большим количеством зёрен и чрезмерно грубую клетчатку (хурма, ананасы, репа, редис, редька).

# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ - 4

## Медикаментозное лечение

### При дивертикулёзе

- При болевом синдроме применяют спазмолитические средства.
- Для усиления моторики желудка и кишечника - прокинетики
- При выявлении дисбактериоза для восстановления нормальной кишечной микрофлоры – пробиотики и пребиотики.
- При постоянных запорах – вазелиновое или оливковое масло внутрь или в микроклизмах.

### При дивертикулите

При лёгкой степени дивертикулита (умеренные боли, четко локализованные в левой подвздошной области, субфебрильная температура и незначительный лейкоцитоз, отсутствие симптомов интоксикации и рвоты) лечение включает назначение внутрь на 10-14 дней: антибиотики+пробиотики+противовоспалительные

## **МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ КОЛИТ**

Микроскопический колит, представленный двумя нозологическими формами — коллагеновым колитом (КК) и лимфоцитарным колитом (ЛК), — заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся наличием характерных микроскопических изменений в слизистой оболочке толстой кишки при отсутствии макроскопических изменений (эндоскопических) и радиологических.

## МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Симптомы: водянистая диарея (преимущественно ночью) на протяжении 4 недель и более (обильные испражнения, но редко наступает обезвоживание), схваткообразная боль в животе, выраженный метеоризм, потеря массы тела (в среднем  $\approx 5$  кг).

Эндоскопически вид толстой кишки преимущественно нормальный; иногда — небольшой отек, участки гиперемии и геморрагии в слизистой оболочке, неоднородность сосудистого рисунка, линейные дефекты.

При проведении колоноскопии обязательным является взятие биоптатов из всех отделов толстой кишки (поскольку утолщение субэпителиального коллагенового слоя существенно чаще встречается в правых отделах толстой кишки).

Результаты обычных лабораторных и рентгенологических исследований тонкой и толстой кишки в пределах нормы.

## МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Диагноз ставится на основании гистологической картины: главный признак коллагенового колита — утолщение субэпителиального коллагенового слоя  $>10$  мкм (норма  $<3-5$  мкм), лимфоцитарного колита — увеличение количества внутриэпителиальных лимфоцитов  $>20$  на 100 эпителиальных клеток (норма  $<5$ ).

Дифференциальную диагностику проводят с такими заболеваниями, как синдром раздраженного кишечника (характерный отличительный признак — переменный ритм и характер дефекации, а не только водянистая диарея), непереносимость лактозы, целиакия (может быть overlap), лекарственные поражения кишечника, злоупотребление слабительными препаратами, другие колиты, амилоидоз, гормонально активные опухоли, нарушения циркуляции желчных кислот.

## МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Лечение: будесонид 9 мг/сут п/о в течение 6–8 нед. — препарат выбора; возможно, другой ГКС (преднизолон), месалазин, субсалицилат висмута, холестирамин, антидиарейные препараты (лоперамид).

Отмена (по возможности) НПВП, ИПП, антидепрессантов.

Пациентам рекомендована поддерживающая (противорецидивная) терапия: будесонид 3–6 мг в сутки в течение 6–12 мес.

При неэффективности лечения — азатиоприн, антитела к ФНО- $\alpha$ , оперативное вмешательство.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

- Язвенный колит (ЯК) — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки, возникающее в результате взаимодействия между генетическими факторами и факторами внешней среды, характеризующееся обострениями. Есть вероятность внекишечных проявлений, в особенности артритов. Отдаленный прогноз характеризуется повышенным риском развития рака толстой кишки, по сравнению с неподверженными данному заболеванию лицами. Диагноз основывается на данных колоноскопии.
- Обнаруживается у 35-100 человек на каждые 100 тыс. жителей, то есть затрагивает менее 0,1 % популяции.

# ЭТИОЛОГИЯ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТА

Этиология ЯК точно не известна. В настоящее время рассматриваются следующие причины.

- Генетическая предрасположенность (наличие у родственников БК или ЯК повышает риск развития ЯК у пациента). Изучается большое число генов, для которых выявляется связь с развитием заболевания. Однако в настоящее время не доказана роль только генетических факторов, то есть наличие мутаций определенного гена не обязательно вызовет развитие язвенного колита.
- Бактерии, вирусы — роль этих факторов до конца не ясна.
- Факторы внешней среды вызывают значительный рост числа воспалительных заболеваний кишечника. Наиболее исследованы: употребление оральных контрацептивов, влияние курения и диет.
- Иммунологические нарушения и аутосенсебилизация — факторы, несомненно участвующие в патогенезе заболевания

# ПРИЧИНЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Причины ВЗК неизвестны, но существует несколько теорий. Одна теория основана на генетике. От 15 до 30 процентов пациентов с ВЗК имеют родственников с этим заболеванием.

Многие изменения в иммунной системе организма были обнаружены у пациентов с ВЗК.

В этой области проводится большое количество исследований, чтобы выяснить, вызвано ли ВЗК инфекционным агентом.

Существует мало доказательств того, что стресс вызывает ВЗК.

Как и при других заболеваниях, стресс может усугубить симптомы и потребовать программы лечения.

ВЗК чаще всего встречается у людей в возрасте от 13 до 20 лет.

Были случаи у детей в возрасте двух лет и у пожилых людей в возрасте 70-80 лет.

# ОСНОВНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Воспалительные заболевания кишечника представлены двумя основными заболеваниями, которые являются язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК).

- Мужчины и женщины одинаково страдают ВЗК.
- Наиболее распространенными симптомами ЯК, возникающими в слизистой оболочке толстой или прямой кишки, являются диарея, спазмы в животе и ректальное кровотечение.
- Пациенты, страдающие БК, воспалением и язвенным процессом, возникающим в глубоких слоях кишечной стенки, испытывают боль в животе, часто в нижней правой части, диарею, потерю веса и иногда кровотечение.
- БК и ЯК - это болезни с периодами ремиссии и рецидивами.
- Есть много различных типов планов лечения, которые врач может назначить для контроля симптомов ВЗК, и у каждого из них есть определенные действия и побочные эффекты.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ)

- Аппендэктомия в молодом возрасте по поводу «истинного» аппендицита считается защитным фактором, снижающим риск развития язвенного колита.
- Потребление олеиновой кислоты с пищевыми продуктами на 90 % снижает риск развития болезни. Кислота предупреждает развитие язвенного колита, блокируя химические вещества в кишечнике, которые усугубляют воспаление при заболевании.
- Двух-трёх столовых ложек оливкового масла в день достаточно для проявления защитного эффекта его состава.
- Грудное вскармливание: Имеются противоречивые сообщения о защитном эффекте грудного вскармливания в развитии воспалительного заболевания кишечника. Одно итальянское исследование показало потенциальный защитный эффект.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ)

- Никотин: корреляция заболевания с курением давно известна, однако подробные исследования выявили меньшую распространенность язвенного колита у курильщиков, чем у некурящих, в отличие от болезни Крона, но вероятность развития заболевания многократно возрастает у бросивших курить.
- В одном двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, 48,6% пациентов, которые использовали никотиновый пластырь, в сочетании с их стандартным лечением, полностью избавились от симптомов.
- Другое рандомизированное, двойное слепое плацебо-контролируемое централизованное клиническое исследование, проведенное в США показало, что 39% пациентов, которые использовали пластырь показали значительное улучшение, по сравнению с 9% тех, кто получил плацебо. Использование только пластыря без других стандартных средств, имеет частоту рецидивов сходную с методами лечения без никотина.
- Железосодержащие препараты: Постепенная потеря крови из желудочно-кишечного тракта, а также хроническое воспаление, часто приводит к анемии, поэтому профессиональные рекомендации предлагают регулярный мониторинг количества железа с помощью анализов крови раз в три месяца при обострении болезни и ежегодно при стабилизации состояния.
- Разные руководства по лечению рекомендуют разные типы добавок железа, но все сходятся в мнении о необходимости введения парентерального железа при случаях тяжелой анемии (уровень гемоглобина менее 100 г/л).

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

## (Патологическая анатомия)

- В острой стадии язвенного колита отмечаются экссудативный отек и полнокровие слизистой оболочки с утолщением и сглаженностью складок. По мере перехода его в хронический нарастает деструкция слизистой оболочки и образуются изъязвления, проникающие лишь до подслизистого или, реже, до мышечного слоя. Для хронического язвенного колита характерно наличие псевдополипов. Они представляют собой островки слизистой оболочки, сохранившейся при её разрушении, или же конгломерат, образовавшийся вследствие избыточной регенерации железистого эпителия.
- При тяжелом хроническом течении заболевания кишка укорочена, просвет её сужен, отсутствуют гаустры. Мышечная оболочка обычно не вовлекается в воспалительный процесс. Стриктуры для язвенного колита нехарактерны. При язвенном колите 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.
- При гистологическом исследовании в фазе обострения язвенного колита в слизистой оболочке отмечаются расширение капилляров и геморрагии, образование язв в результате некроза эпителия и формирование крипт-абсцессов. Наблюдается уменьшение количества бокаловидных клеток, инфильтрация lamina propria лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами и эозинофилами. В подслизистом слое изменения выражены незначительно, за исключением случаев проникновения язвы в подслизистую основу.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЯК

Язвенный колит обычно начинается с прямой кишки. Может локализоваться в прямой кишке (язвенный проктит) или проксимально простирается, иногда охватывая всю толстую кишку.

Язвенный колит редко вовлекает большую часть толстой кишки одновременно.

Воспаление, вызванное язвенным колитом, поражает слизистую оболочку и подслизистую оболочку, и между нормальной и пораженной тканью существует четкая граница.

Только при тяжелых случаях задействован мышечный слой.

В начале заболевания слизистая оболочка становится эритематозной, мелкозернистой и рыхлой, с потерей нормального сосудистого рисунка и часто с рассеянными геморрагическими областями.

Крупные язвы слизистой с обильным гнойным экссудатом характеризуют тяжелое заболевание. Острова относительно нормальной или гиперпластической воспалительной слизистой оболочки (псевдополипов) выступают над областями изъязвленной слизистой оболочки .

Свищи и абсцессы не возникают.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (СИМПТОМЫ)

- Частый понос или кашицеобразный стул с примесью крови, гноя и слизи.
- «Ложные позывы» на дефекацию, «императивные» или обязательные позывы на дефекацию.
- боль в животе (чаще в левой половине).
- лихорадка (температура от 37 до 39 °С в зависимости от тяжести заболевания).
- снижение аппетита.
- потеря веса (при длительном и тяжелом течении).
- водно-электролитные нарушения различной степени.
- общая слабость
- боли в суставах.
- Некоторые из перечисленных симптомов могут отсутствовать или выражены минимально.
- Внекишечные проявления: нодулярная эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит, артралгии и анкилозирующий спондилит, эписклерит, увеит, первичный склерозирующий холангит.

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ДИАГНОСТИКА)

Постановка диагноза язвенный колит в большинстве случаев не вызывает затруднений. Клинически он проявляется наличием крови и слизи в стуле, учащение стула, болью в животе. Объективное подтверждение диагноза происходит после проведения ФКС осмотром подвздошной кишки и гистологическим исследованием биоптатов, до этого момента диагноз является предварительным.

- В клиническом анализе крови — признаки воспаления (увеличение общего количества лейкоцитов, палочкоядерных лейкоцитов, тромбоцитов, повышение СОЭ) и анемии (снижение уровня эритроцитов и гемоглобина).
- В биохимическом анализе крови — признаки воспалительного процесса (повышение уровня С-реактивного белка, гамма-глобулинов), анемии (снижение уровня сывороточного железа), иммунного воспаления (повышены циркулирующие иммунные комплексы, иммуноглобулины класса G).
- Один из современных маркеров диагностики воспалительных заболеваний кишечника (в том числе и язвенного колита) является фекальный калпротектин. При обострении его уровень повышается (выше 100—150).

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

## (ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА)

- В ряде случаев диагноз ЯК может быть выставлен ошибочно. Имитируют это заболевание другие патологии, в частности, острые кишечные инфекции (дизентерия), протозойные инвазии (амебиаз), БК, глистные инвазии, рак толстой кишки.
- Для исключения инфекций необходимо получить отрицательные бак посевы кала, отсутствие антител к возбудителям в крови. Ряд кишечных инфекций определяются или исключаются путём определения возбудителя методом ПЦР в кале. Этим же методом определяют наличие гельминтов в кале (желательно также проводить определение антител к гельминтам в крови пациента). Необходимо помнить, что выявление гельминтов не исключает диагноз ЯК.
- Трудным является проведение дифференциальной диагностики между ЯК и БК. ЯК поражает только толстую кишку (в редких случаях при тотальном поражении толстой кишки наблюдается ретроградный илеит, когда при илеоколоноскопии выявляется неспецифическое воспаление слизистой подвздошной кишки). Для ЯК характерно непрерывное поражение слизистой толстой кишки, тогда как при БК это чаще всего сегментарное поражение (например, сигмоидит и илеит). Важно также проведение гистологического исследования взятых из разных отделов толстой и подвздошной кишок. Определение специфических антител нередко помогает отличить ЯК от БК. Так, например, антитела к цитоплазматическим перинуклеарным типом свечения (р-ANCA) более характерны для ЯК (выявляются у 35—85 % пациентов), а при БК их находят только в 0—20 % случаев.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

- В период слабого или умеренного обострения показано амбулаторное лечение.
- При язвенном колите — диета: с момента обострения назначается диета № 4а, при стихании воспалительных процессов — диета 4б, в период ремиссии — диета 4в, затем обычная диета с исключением продуктов, плохо переносимых пациентом.
- В случае тяжелого обострения язвенного колита — назначение парентерального (через вену) и/или энтерального питания.

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Основные препараты для лечения язвенного колита — препараты 5-аминосалициловой кислоты. К ним относятся сульфасалазин и месалазин. Эти препараты обладают противовоспалительным действием и оказывают заживляющий эффект на воспаленную слизистую толстой кишки.

Важно помнить, что сульфасалазин может вызывать большее количество побочных эффектов, чем месалазин, и нередко оказывается менее эффективен при лечении.

Препараты, содержащие месалазин как действующее вещество (салофальк, месакол, самезил, пентаса, мезавант), оказывают эффект в разных отделах толстой кишки. Так, пентаса начинает действовать ещё в двенадцатиперстной кишке, месакол, салофальк — начиная с толстой кишки. Мезавант (благодаря уникальной технологии ММХ) позволяет молекулам 5-аминосалициловой кислоты высвобождаться равномерно на всем протяжении толстой кишки.

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Применяются следующие формы препаратов месалазина: таблетированные (салофальк, пентаса, месакол, мезавант) и местные. К местным формам относятся микроклизмы (Салофальк объемом 30 мл (2 г) и 60 мл (4 г)), свечи (Салофальк 250 и 500 мг, Пентаса 1 г), ректальная пена (Салофальк 1 г).
- Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) относятся к средствам базисной терапии ЯК и применяются в большинстве случаев его лечения.
- На выбор лекарственной формы 5-АСК влияет распространенность поражения толстой кишки и активность заболевания.
- При язвенном проктите (поражение ограничено только прямой кишкой) легкой и средней степени тяжести в качестве терапии первой линии рекомендовано лечение свечами в дозе не более 1 г в сутки (эффективность большей дозы не доказана).
- Альтернатива — ректальная пена с месалазином в дозе 1 г в сутки. Клизмы с месалазином менее эффективны, чем свечи. Эффективность таблетированных форм 5-АСК при проктите низка.
- При отсутствии ремиссии заболевания — рекомендовано добавление местных форм стероидов.
- Рефрактерный проктит требует добавления иммуносупрессоров (азатиоприн, метотрексат) или даже назначения биологической терапии (инфликсимаб).

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Также для лечения язвенного колита существует тофацитиниб (tofacitinib). Результаты исследования эффективности данного препарата опубликованы в New England Journal of Medicine. Всего было проведено 3 исследования, в которых приняли участие 1732 человека. В испытаниях OStAVE Induction 1 и 2 было отобрано 1139 пациентов с язвенным колитом средней и тяжелой степени, не ответившие на терапию антагонистами фактора некроза опухоли. Пациенты получали тофацитиниб или плацебо 2 раза в сутки в течение 8 недель. В третьем испытании OStAVE Sustain (593 человека) принимали участие только пациенты, ответившие на лечение тофацитинибом (пациенты принимали 5 мг, 10 мг или плацебо в течение года). По итогам OStAVE Induction 1, у 19% пациентов на фоне тофацитиниба наступала ремиссия язвенного колита (в плацебо группе – у 8%). По итогам OStAVE Induction 2 ремиссия наступила у 17% пациентов в тофацитиниб-группе, у 4% - в плацебо-группе. В испытаниях поддерживающей дозы через год применения 5 мг тофацитиниба ремиссия наблюдалась у 34%, а в случае 10 мг – у 40% (только 11% в плацебо-группе).

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Левосторонний колит (поражение выше прямой кишки и ограничено селезеночным изгибом ободочной кишки) легкой или средней степени тяжести требует назначения комбинации месалазина в виде таблеток в дозе не менее 2 гр в сутки и месалазина в виде микроклизм.
- При недостаточной эффективности — добавляются топические стероиды (клизмы с будесонидом, ректальные капельницы с гидрокортизоном).
- Отдельное назначение местных форм гормонов менее эффективно, чем комбинация их с месалазином. В случае отсутствия эффекта — назначение системных стероидов.

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Гормоны — преднизолон, дексаметазон — назначаются при недостаточной эффективности препаратов 5-АСК или при тяжелой атаке ЯК.

Обычно их комбинируют с сульфасалазином или месалазином. В случаях среднетяжелого и/или тяжелого заболевания преднизолон или его аналоги вводятся внутривенно в дозах от 180 до 240 мг в сутки и выше в зависимости от активности заболевания.

Через 3-7 дней при наличии терапевтического эффекта гормоны назначаются перорально в таблетированной форме.

Обычно стартовая дозировка составляет 40-60 мг в сутки в зависимости от активности заболевания и массы тела больного. В последующем доза преднизолона снижается по 5 мг в неделю.

Гормональные препараты не заживляют слизистую толстой кишки, они лишь снижают активность обострения. Ремиссия не поддерживается при назначении гормонов на длительное время.

# ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЛЕЧЕНИЕ)

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Биологические препараты — ремикейд, хумира — назначаются при гормонорезистентных формах заболевания.

# **ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И РИСК РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Риск рака толстой кишки выше у пациентов ЯК с вовлечением всей толстой кишки и у пациентов, у которых диагноз был установлен от 8 до 10 лет назад и более.

Пациенты с диагнозом левостороннего ЯК в течение 15-20 лет также попадают в группу повышенного риска развития рака.

Пациенты, попадающие в эти группы, должны проконсультироваться у гастроэнтеролога и проходить периодическую колоноскопию с биопсией.

# БОЛЕЗНЬ КРОНА

БК является хроническим рецидивирующим, интермиттирующим воспалительным заболеванием ЖКТ, причина которого остается неизвестной.

У некоторых пациентов может быть постоянно клинически активное заболевание.

Болезнь Крона поражает ЖКТ от рта до заднего прохода, но чаще всего заболевание локализуется как в подвздошной кишке, так и в толстой кишке (40%); только в тонкой кишке (30%) и только в толстой кишке (25%).

Может наблюдаться во всех возрастах, чаще среди молодого населения, и нет заметных половых различий.

Заболеваемость БК в европейских странах оценивается в 6-8,5/100000.

Недавние эпидемиологические исследования выявили повышенный риск смертности у пациентов с БК, и большинство людей испытывают влияние заболевания на их повседневную жизнь.

## СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

Наиболее распространенные симптомы БК:

Боль в животе, часто в нижней правой части.

Диарея.

Потеря веса.

Ректальное кровотечение.

Лихорадка.

Хроническое кровотечение может привести к снижению количества эритроцитов - анемии.

У детей, у которых развивается БК, может наблюдаться задержка в развитии и роста.

## **ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА**

Анамнез, история заболевания и объективный осмотр, анализы крови и образцы фекалия.

Другие тесты такие же, как описано при ЯК (колоноскопия).

Может потребоваться рентгеноскопия тонкой кишки или капсульная эндоскопия.

На сегодняшний день золотым стандартом при диагностики болезни Крона является МРТ.

## ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

Наиболее распространенным осложнением БК является кишечная непроходимость.

Утолщение стенки кишечника отеком и рубцовой тканью приводит к стриктуре или закупорке его просвета.

Свищи являются распространенным осложнением БК.

Язвы в кишечнике прорываются через стенку кишечника, образуя туннели в окружающие ткани мочевого пузыря, влагалища или в кожу.

Свищи часто возникают вокруг заднего прохода и ануса.

Свищи могут инфицироваться и могут привести к образованию абсцесса.

Программы лечения используются для лечения инфицированных свищей, но часто требуется хирургическое вмешательство.

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА**

Несмотря на то, что нет конкретного лечения БК, существует ряд лекарств, которые могут помочь контролировать воспаление и облегчить такие симптомы, как боль в животе, диарея и ректальное кровотечение.

Лечение пациента будет зависеть от локализации процесса и тяжести заболевания, осложнений и ответа на предыдущее лечение.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Противовоспалительные препараты: обычно первая линия лечения, эти препараты помогают контролировать воспаление.

Потенциальные побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, изжога и головная боль.

Кортикостероиды: у пациентов с БК кортикостероиды дают очень эффективные результаты. Препараты обычно назначают в больших дозах в начале, когда заболевание находится в тяжелой степени тяжести, затем снижают.

Они могут вызывать побочные эффекты: увеличение веса, прыщи, волосы на лице, гипертония, диабет, перепады настроения, потеря костной массы и повышенный риск инфекции.

Иммуномодуляторы. Иммуномодуляторы или иммунодепрессанты блокируют иммунную реакцию, которая способствует воспалению.

Общие побочные эффекты включают тошноту, рвоту и диарею, а также снижение способности бороться с инфекциями.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Биологическое лечение.

Некоторым пациентам могут потребоваться лекарства, нацеленные на специфические белки в иммунной системе организма, для контроля развития воспаления.

Фактор некроза опухоли (TNF) может вызвать иммунную систему для нападения на здоровые ткани в организме и вызвать воспаление и повреждение.

Препараты против TNF распознают, связывают и блокируют действие TNF.

Блокирование TNF не излечивает воспалительные заболевания кишечника, но может уменьшить воспаление, вызванное TNF в организме. Эти агенты используются для лечения БК от средней до тяжелой степени, которые не поддаются стандартной терапии (аминосалицилатные вещества, кортикостероиды или иммунодепрессанты) и для лечения открытых истощающих свищей.

# ХИРУРГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

ЯК хирургически излечим.

Хирургическая резекция не излечивает БК, рецидив является обычной ситуацией.

Хирургическое вмешательство при ВЗК включает:

ЯК: проктоколэктомия с илеостомией, тотальная проктоколэктомия с илеоанальным анастомозом  
Фульминантный колит. Выбор хирургического метода - субтотальная колэктомия с конечной илеостомией и созданием мешка Гартмана.

БК: хирургия (не излечимая) чаще всего проводится в случаях осложнений заболевания; как правило, состоит из консервативной резекции (потенциальная строгая пластика или резекционная хирургия) для сохранения длины кишечника на случай, если в будущем потребуются дополнительная операция.

Отдельные пациенты с дистальным отделом подвздошной кишки или проксимальным отделом толстой кишки: вариант для илеоректального или илеоколонического анастомоза.

Тяжелые перианальные свищи: вариант для отводящей илеостомы; как правило, резекция для симптоматических кишечно-кишечных свищей