

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Работу выполнил
Студент 5 курса
педиатрического
факультета
Мандрик Роман*

К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ:

- ? 1. Язвенный колит
- ? 2. Болезнь Крона
- ? 3. Аденомы (полипы) толстой кишки

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

- это хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением, главным образом слизистой оболочки и подслизистого слоя, с развитием местных и системных осложнений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ? Наиболее высокая заболеваемость отмечается в Северной Америке, Северной Европе и Австралии. Ежегодно регистрируется от 3 до 15 случаев на 100 тыс. населения в год, распространенность составляет 50-80 случаев на 100 тыс. населения.
- ? Среди пациентов с язвенным колитом на 30% больше женщин, нежели мужчин.
- ? Заболеваемость язвенным колитом имеет 2 возрастных пика – в 15-25 лет и в 55-65 лет, однако может развиваться в любом возрасте.

ЭТИОЛОГИЯ

Существует три основные концепции возникновения ЯК:

- ? *Непосредственное воздействие неустановленных **экзогенных факторов** окружающей среды; в качестве основной причины рассматривают **инфекцию**.*
- ? ***Дисбаланс иммунной системы** желудочно-кишечного тракта, на фоне которого воздействие разнообразных неблагоприятных факторов приводит к чрезмерному воспалительному ответу, который возникает из-за наследственных или приобретённых нарушений в механизмах регуляции иммунной системы.*
- ? ***Аутоиммунный механизм** (на фоне генетической предрасположенности), при котором воздействие одного или нескольких «пусковых» факторов приводит к каскаду реакций, направленных против*

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

1. *ЯК поражает всю **толстую кишку**.*
2. *Измененная слизистая оболочка постепенно переходит в нормальную без чёткой границы.*
3. *Мышечная оболочка обычно не вовлечена в воспалительный процесс. Стриктуры кишки для ЯК не характерны.*
4. *В острой стадии ЯК отмечают экссудативный отёк и полнокровие слизистой оболочки с утолщением и сглаженностью складок.*
5. *При тяжёлом хроническом течении ЯК кишка **укорочена**, просвет её **сужен**, отсутствуют гаустры, характерны **псевдополипы** (воспалительные полипы).*

КЛАССИФИКАЦИЯ

? **Локализация и протяжённость ЯК:**

1. Дистальный (в виде проктита или проктосигмоидита);
2. Левосторонний (до правого изгиба);
3. Тотальный.

? **Тяжесть клинического течения:**

1. Легкое (проктит или проктосигмоидит);
2. Среднее;
3. Тяжелое (тотальное поражение).

? **Форма (характер) течения:**

1. Острая (первая атака);
2. Молниеносная (как правило, с летальным исходом);
3. Хроническая рецидивирующая (с повторяющимися обострениями, чаще сезонного характера).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

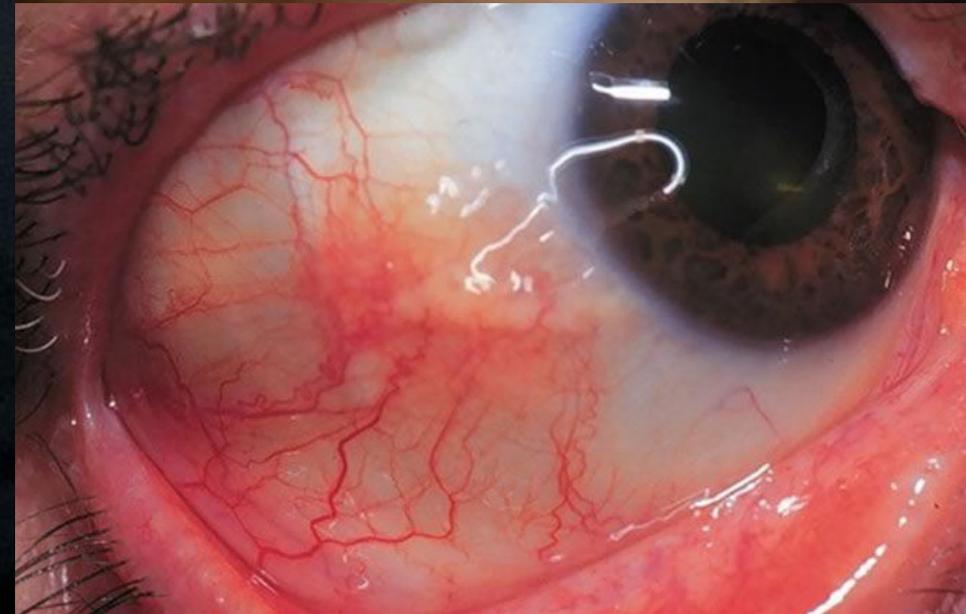
? Местные симптомы:

1. *Наличие крови в кале;*
2. *Диарея (может достигать 15-20 раз в сутки. Ночной характер). Возможен запор (чаще у лиц старшего возраста);*
3. *Тенезмы;*
4. *Боль (чаще локализуется в левой подвздошной области. При тотальном поражении характерен диффузный характер).*

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

? **Внекишечные проявления:**

1. *Кожные изменения: узловатая эритема (часто на поверхности голени), гангренозная пиодермия;*
2. *Поражение слизистой оболочки: афтозный стоматит, гиперпластические изменения полости рта;*
3. *Поражение суставов: моно- и полиартриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилоартрит;*
4. *Поражение глаз: эписклерит, ириты, иридоциклиты;*

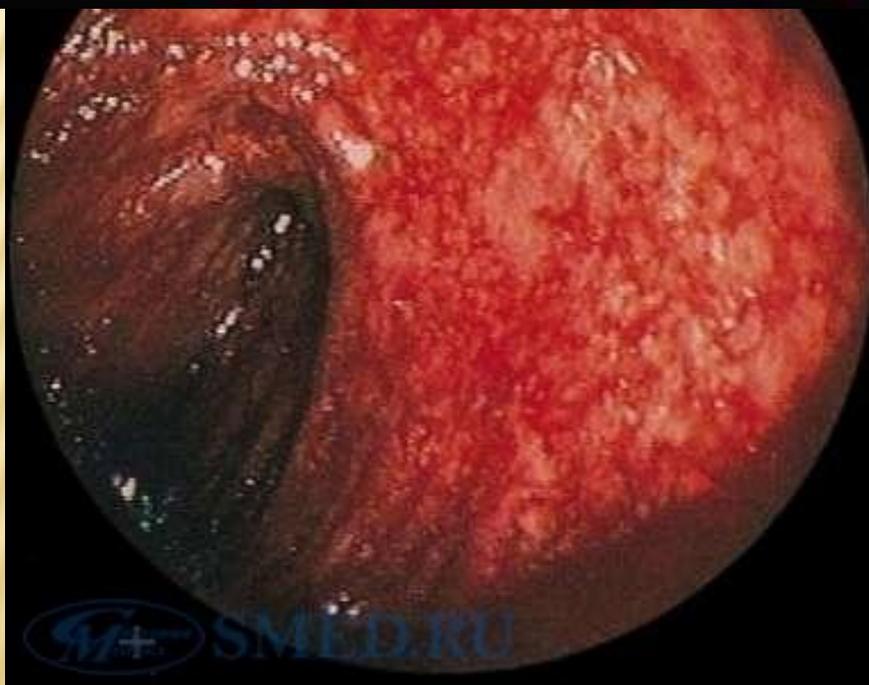


ДИАГНОСТИКА

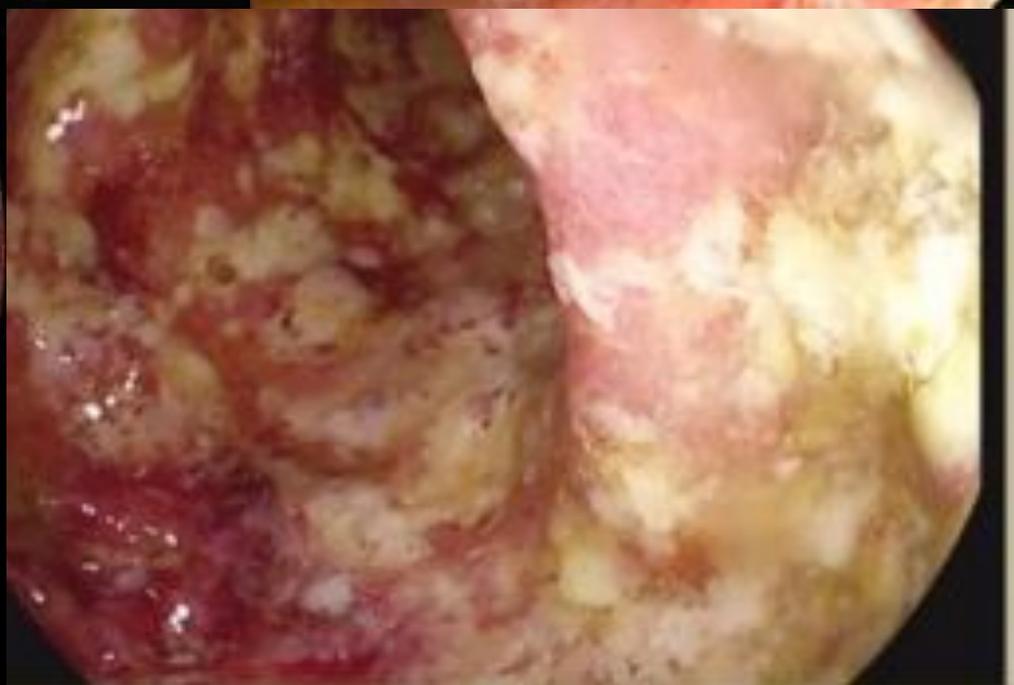
- ? *Стандартный набор: опрос, физикальный осмотр, общий анализ крови, БАК, общий анализ мочи, копрограмма (проба Грегерсена);*
- ? *Тотальная колоноскопия с илеоскопией;*
- ? *Биопсия слизистой оболочки толстой кишки (при первичной постановке диагноза, сомнениях, при длительном анамнезе (более 7-10 лет));*
- ? *Ирригоскопия с двойным контрастированием (симптом водопроводной трубы):*



DR. MURRAY



SMED.RU





ЛЕЧЕНИЕ

? Консервативное:

1. Диета с преобладанием белков, исключением молока и углеводов;
2. Десенсибилизирующие средства и антигистаминные препараты;
3. Витамины (А, Е, С, К, группы В);
4. **Аминосалицилаты** (2г. Сульфасалазин или 1,5г. Месалазин) на 6 месяцев;
5. Одновременно назначают **кортикостероидные гормоны** (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон): преднизолон внутрь по 20—40 мг в день и в виде микроклизм (по 20 мг два раза в день).

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ

1. Кортикостероидные гормоны — внутривенно.
2. Парентеральное питание, инфузионная терапия для корригирования потерь воды, электролитов, восстановления кислотно-основного состояния.
3. При снижении гемоглобина до 100 г/л показано переливание компонентов крови.
4. Иммуносупрессоры (азатиоприн, циклоспорин и др.) применяют в случаях гормональной резистентности для уменьшения доз кортикостероидов, а также для снижения вероятности рецидива заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ПОКАЗАНИЯ)

? *Относительные:*

1. *Неэффективность консервативной терапии или невозможность её продолжения (гормональная зависимость).*

? *Абсолютные показания (при осложнениях):*

1. *Массивное кишечное кровотечение;*
2. *Острая токсическая дилатация (токсический мегаколон);*
3. *Перфорация толстой кишки.*

? **Стандарт: колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом.**

БОЛЕЗНЬ КРОНА

- *представляет собой идиопатическое хроническое трансмуральное воспалительное заболевание пищеварительного тракта, которое может поражать любой из его отделов (от ротовой полости до анального отверстия), но чаще возникает в дистальном отделе подвздошной кишки и толстой кишке.*

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ? Распространенность в различных странах различна. В США его распространённость равна 7 случаям на 100 000 населения. В Южной Европе, странах Южной Африки и Австралии заболевание наблюдается приблизительно с частотой 0.9-3.1 случаев на 100 000 населения.
- ? Заболевание более распространено в регионах с холодным климатом (скандинавские страны). Заболевание чаще развивается среди белого населения, чем среди чёрного или азиатов.
- ? Мужчины и женщины заболевают приблизительно с одинаковой частотой, хотя по данным некоторых авторов это соотношение составляет - 1.1-1.8:1.
- ? У родственников первой линии пациентов с болезнью Крона риск развития данного заболевания в 10 раз больше, чем в общей популяции. Если больны оба родителя, то в 50% случаев их дети заболевают болезнью Крона в возрасте моложе 20 лет
- ? У курящих болезнь Крона встречается в 4 раза чаще, чем у некурящих. Отмечена связь с приёмом оральных контрацептивов.

ЭТИОЛОГИЯ

? К предрасполагающим к развитию болезни Крона факторам относят:

1. Генетические факторы (ген IBD1/NOD2);
2. Инфекционные факторы (вирусы, *Micobacterium paratuberculosis*);
3. Иммунологические факторы;
4. Факторы окружающей среды;
5. Диету (диета с высоким содержанием рафинированного сахара);
6. Сосудистые факторы;
7. Психосоциальные факторы.

? К факторам, провоцирующим рецидив заболевания, относятся:

1. Интеркуррентные инфекции (инфекции верхних дыхательных путей, кишечные инфекции);
2. Курение;

КЛАССИФИКАЦИЯ

? По локализации и протяжённости поражения:

1. Энтерит
2. Энтероколит
3. Колит

? По тяжести обострений:

1. Лёгкая
2. Среднетяжелая
3. Тяжелая

ПАТОМОРФОЛОГИЯ (МАКРОСКОПИЧЕСКИ)

1. *Длина изменяется не так заметно, как при НЯК.*
2. *Отмечают сегментарное поражение кишечника с сужением просвета протяжённостью 5-15 см («чемоданная ручка»); выше и ниже этой зоны стенка кишки не изменена.*
3. *Серозная оболочка неравномерно полнокровная, местами мутноватая, изредка в ней можно обнаружить мелкие округлые бугорки (гранулёмы).*
4. *В участках поражения: глубокие узкие язвы с ровными неподрытыми краями, ориентированные вдоль или поперёк оси кишки, а сохранившиеся между ними участки отёчной слизистой оболочки придают поверхности кишки сходство с **булыжной мостовой**.*

ПАТОМОРФОЛОГИЯ (МИКРОСКОПИЧЕСКИ)

1. *Трансмуральный характер воспаления;*
2. *В слизистой оболочке края язв строение крипт нарушается, бокаловидные клетки почти полностью исчезают, что придаёт этим изменениям сходство с таковыми при НЯК. При это в других участках изменений не наблюдается.*
3. *Неравномерная плотность инфильтрата собственной пластинки слизистой оболочки кишки. Преобладают лимфоциты, в меньшем количестве находят плазматические клетки; эозинофилы и сегментоядерные лейкоциты единичные.*
4. *Характерно наличие неказеозных гранулём, но при микроскопическом исследовании их обнаруживают редко.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

? Местные симптомы:

- 1. Боль в животе: у 85-90% больных, в нижнем правом квадранте. Возможно отсутствие боли, но наличие ощущения дискомфорта, вздутия, схваткообразные боли, усиливающиеся при нарушении диеты;*
- 2. Диарея: у 90% больных;*
- 3. Анальные и перианальные поражения: парапрактиты, анальные трещины, свищи.*

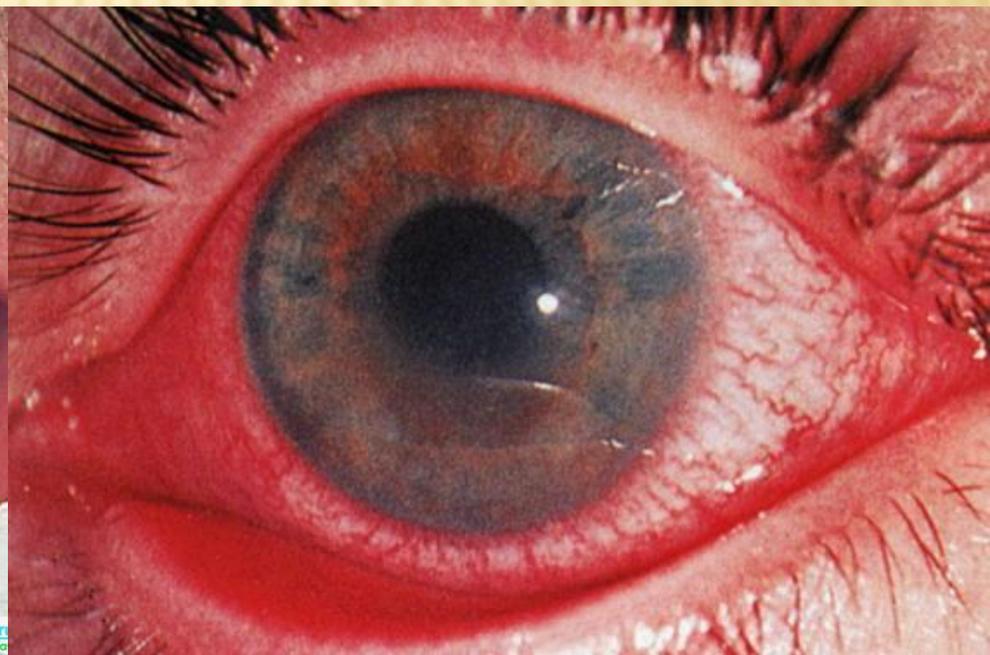
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

? Общие симптомы:

1. *Лихорадка: при обострении заболевания, связанна с гнойными процессами или системными осложнениями токсико-аллергического характера;*
2. *Уменьшение массы тела;*
3. *Слабость;*
4. *Основные нарушения обмена веществ: анемия, стеаторея, гипопротеинемия, авитаминоз, гипомагниемия и др.*

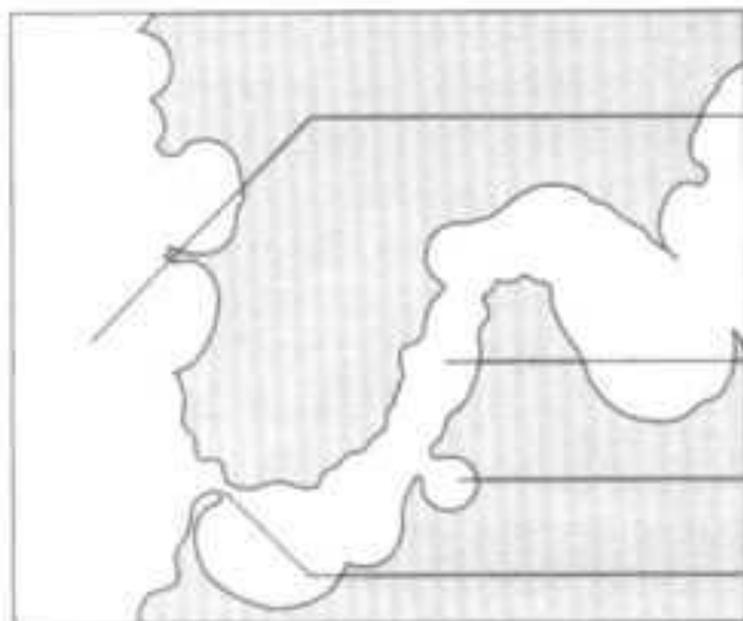
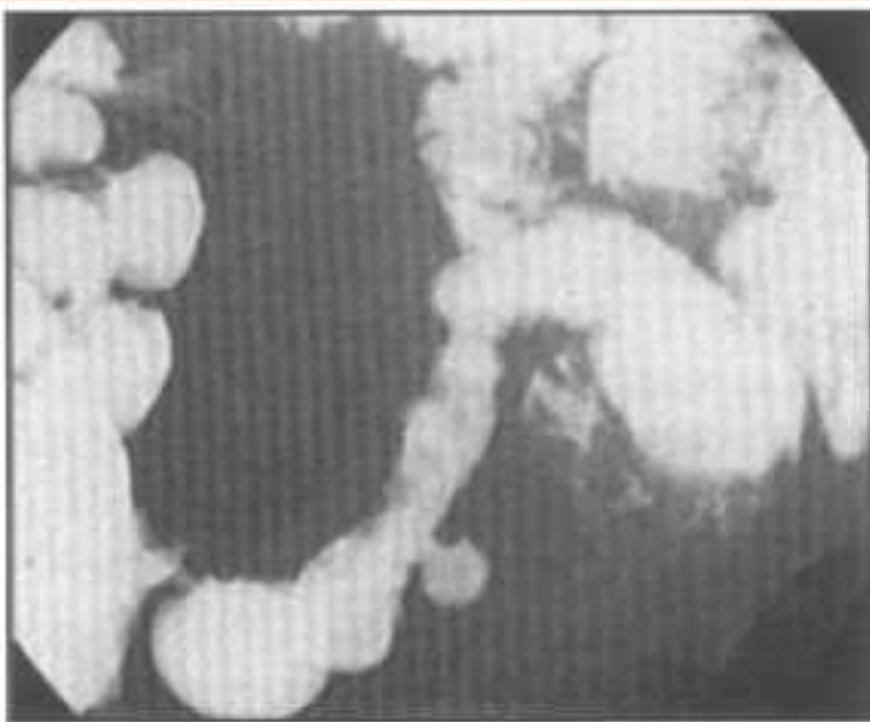
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

? Внекишечные проявления: такие же как и при язвенном колите.



ДИАГНОСТИКА

- ? *Ирригоскопия с двойным контрастированием (сужение пораженного участка кишки);*
- ? *Тотальная колоноскопия с илеоскопией;*
- ? *Биопсия слизистой оболочки толстой кишки (при первичной постановке диагноза, сомнениях, при длительном анамнезе (более 7-10 лет)).*

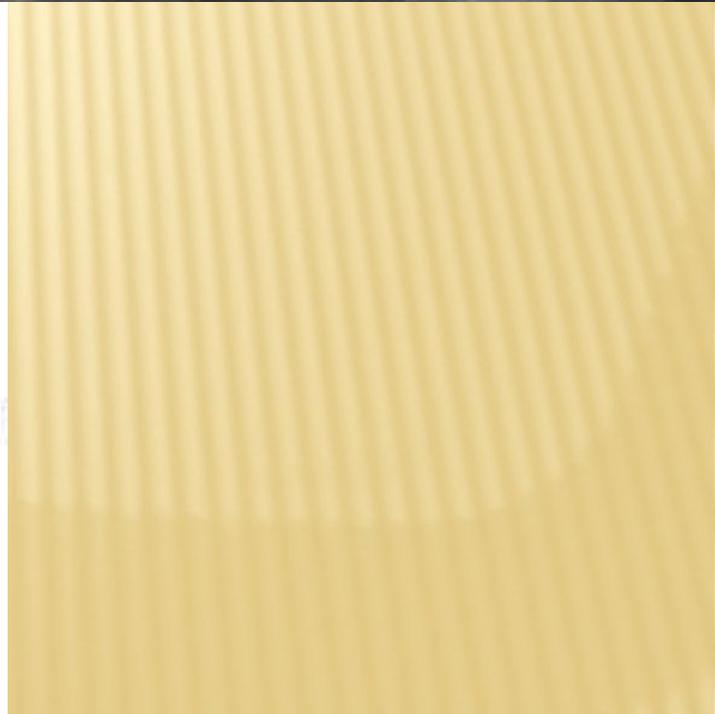


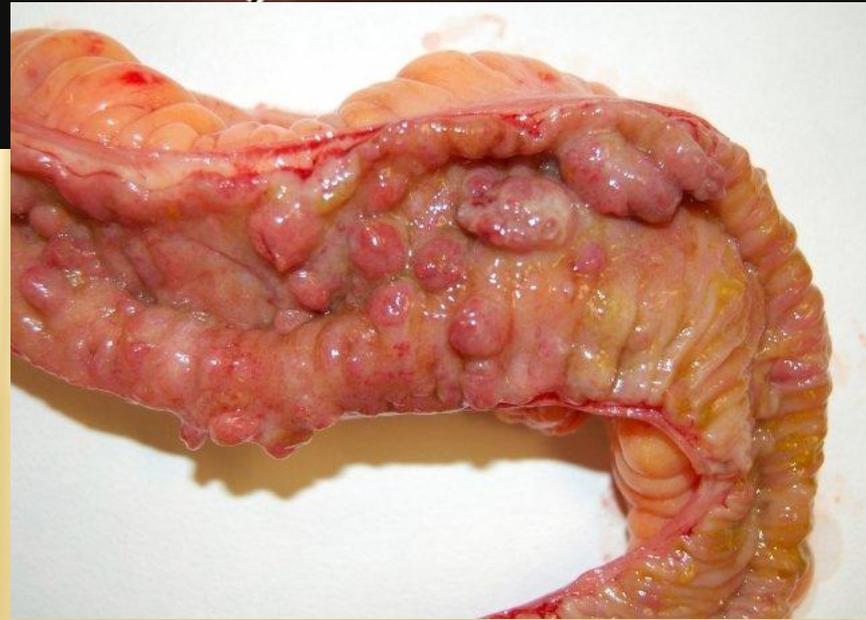
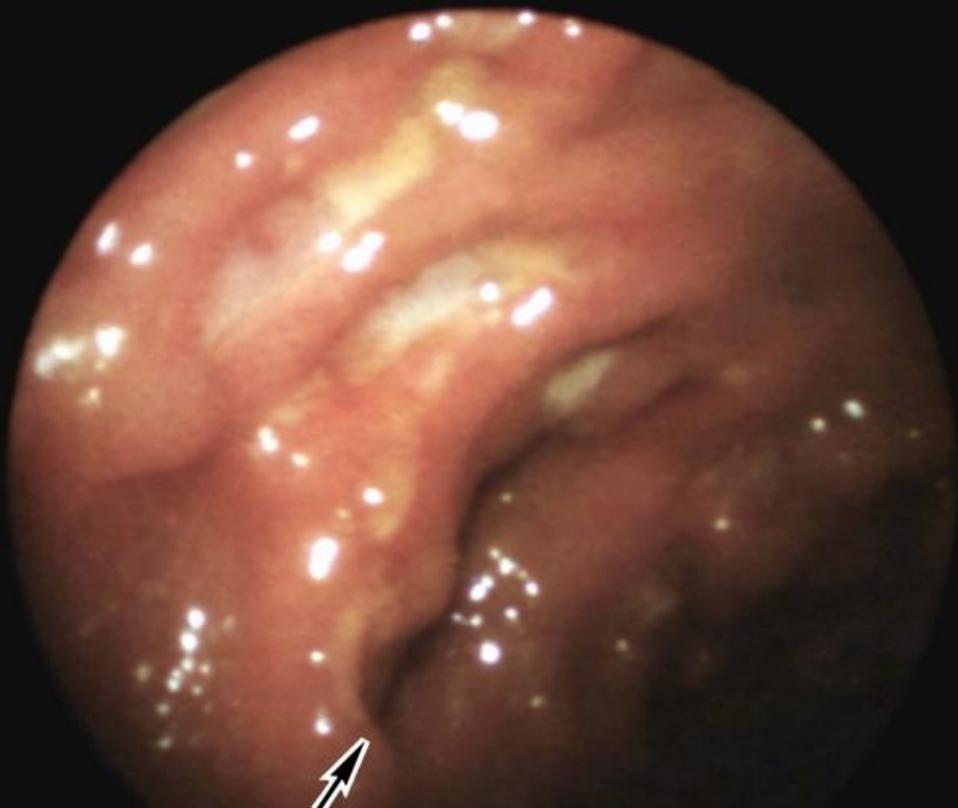
Слепая кишка

Утонченный и
изъязвленный сегмент
подвздошной кишки

Псевдодивертикул

Стриктура





ЛЕЧЕНИЕ

? Консервативное:

1. **Аминосалицилаты** (2г. Сульфасалазин или 1,5г. Месалазин) на 6 месяцев;
2. **Глюкокортикостероиды** (постепенное снижение дозировки. Не более 12 недель);
3. **Иммуносупрессоры** (азатиоприн или меркаптопурин);
4. **Антибиотики** (при наличие инфильтратов).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ПОКАЗАНИЯ)

- ? *Острые осложнения: кишечное кровотечение, перфорации, токсический мегаколон;*
- ? *Хронические осложнения: стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние и наружные кишечные свищи.*

РИСК РАЗВИТИЯ КРР

- ? Крупнейшее на сегодня последнее когортное исследование, проводимое в Дании в течение 30 лет, показало, что в целом риск развития КРР у пациентов с диагностированным НЯК и болезнью Крона сравним с таковым в общей популяции. Имеют значение продолжительность заболевания и степень поражения. У пациентов, которым диагноз НЯК был поставлен в детском или подростковом возрасте (от 0 до 19 лет), риск развития КРР больше, чем у тех, у кого заболевание диагностировано в возрасте 20–39 лет;
- ? Повышение риска развитие рака на фоне ЯК возникает через 8-10 лет заболевания.

АДЕНОМЫ (ПОЛИПЫ) ТОЛСТОЙ КИШКИ

- морфологически представляют собой разрастания железистой ткани, клетки которой характеризуются полиморфизмом, дисплазией, повышенной митотической активностью и полной или частичной утратой способности к дифференцировке.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ? *Установить истинную частоту появления доброкачественных полипов толстой кишки очень трудно, поскольку они протекают практически бессимптомно, и обнаруживают их чаще всего случайно;*
- ? *В результате работ российских и зарубежных ученых установлено, что частота выявления аденом толстой кишки (при использовании только ректороманоскопии) колеблется от 2,5 до 7,5 % общего количества обследованных.*

ЭТИОЛОГИЯ

- ? *Этиология полипов толстого кишечника не выяснена;*
- ? *Связывают с влиянием окружающей среды (мегаполисы, наличие крупных производств), уменьшением физической активности. Важным фактором многие исследователи считают изменение характера питания населения в условиях индустриализации.*

КЛАССИФИКАЦИЯ

? По гистологическому строению полипы подразделяются на:

1. Гиперпластические;
2. Железистые;
3. Железисто-ворсинчатые;
4. Ворсинчатые.

? По фактору множественности эпителиальные опухоли делят на:

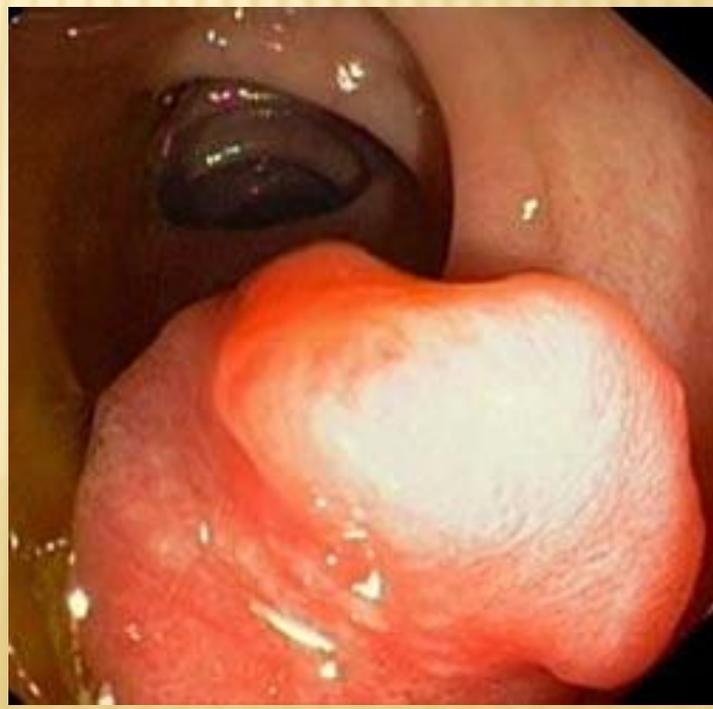
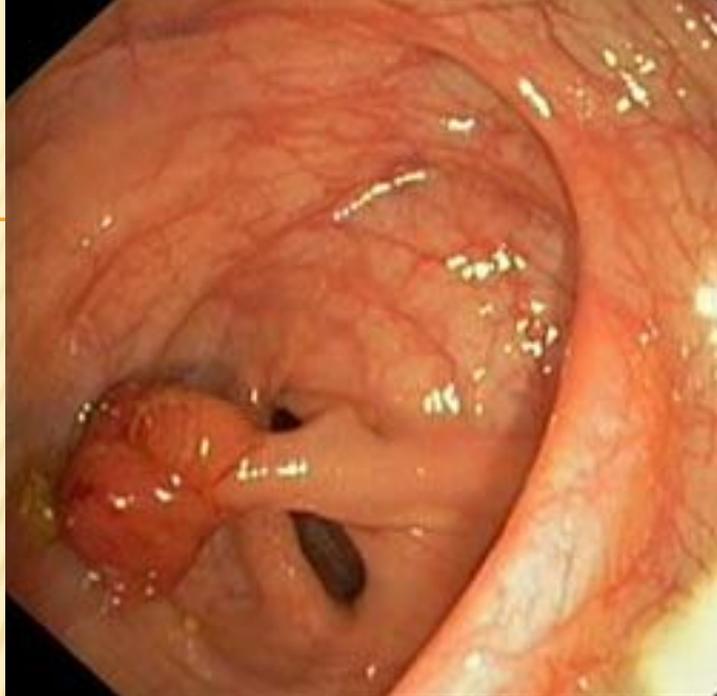
1. Одиночные;
2. Множественные;
 - групповые
 - рассеянные
3. Диффузный (семейный) полипоз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ? У большинства больных протекают бессимптомно и обнаруживают их, в основном, при эндоскопическом исследовании.
- ? При достижении больших размеров (2—3 см) ворсинчатых опухолей могут отмечаться кровянисто-слизистые выделения, боль в животе и заднем проходе, запор, понос, анальный зуд.
- ? При гигантских ворсинчатых опухолях потери белка и электролитов в связи с гиперпродукцией слизи иногда могут приводить к существенным нарушениям гомеостаза (диспротеинемия, нарушение водно-электролитного баланса, анемия).
- ? Возможно появление симптомов острой полной или частичной непроходимости (вследствие инвагинации).

ДИАГНОСТИКА

- ? *Пальцевое исследование прямой кишки;*
- ? *Ректороманоскопия или тотальная колоноскопия с илеоскопией;*
- ? *Ирригоскопия.*



ЛЕЧЕНИЕ

? Хирургическое:

- 1. Полипэктомия с помощью ректоскопа или колоноскопа с электрокоагуляцией ножки или ложа полипа;*
- 2. Трансанальное иссечение новообразования;*
- 3. Колотомия или резекция кишки с опухолью;*
- 4. Трансанальная резекция прямой кишки с формированием ректоанального анастомоза по поводу циркулярных или почти циркулярных ворсинчатых опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки;*
- 5. Трансанальное эндомикрохирургическое иссечение новообразования.*

СВЯЗЬ МЕЖДУ РАЗВИТИЕМ КРР И АДЕНОМАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- ? Аденоматозные ткани часто сопровождают рак, и редко можно обнаружить маленькие раковые опухоли без прилегающей аденоматозной ткани;
- ? Спорадические аденомы гистологически идентичны аденомам при САП, а это состояние определено предшествует злокачественной опухоли;
- ? В крупных аденомах с большей вероятностью обнаруживают клеточную атипию и генетические нарушения, чем в маленьких опухолях;
- ? Аденомы обнаруживают более чем в трети всех образцов, полученных при резекции по поводу колоректального рака;
- ? Показано снижение заболеваемости колоректальным раком на фоне программы долгосрочного скрининга с применением колоноскопии и полипэктомии.