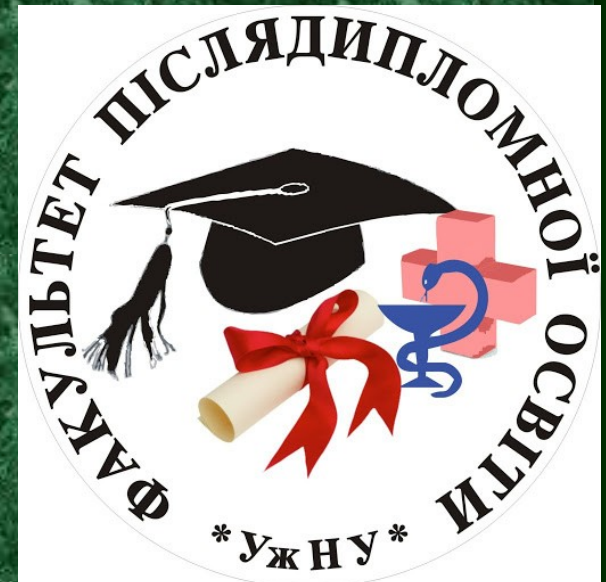


Неспецифічний виразковий КОЛІТ

Доц. Росул М.В.





**Все, що дізнаєтеся
на заняттях
- лише вершина
айсберга.**

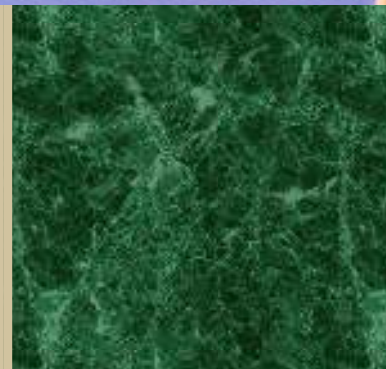
**Останнє Вам
належить
шукати і дізнаватися
самим!**

Соціальна значущість проблеми

Запальні захворювання кишечника – це група хронічних захворювань, що спричиняють запалення шлунково-кишкового тракту. За даними ЕССО близько 2,2 млн людей у Європі (5 млн в усьому світі) страждають на цю групу захворювань.

При виразковому коліті (НВК) приблизно 1 \ 3 хворих протягом життя потребує оперативного лікування.

Майже всі пацієнти з хворобою Крона (БК) піддаються операції хоча б раз в житті



Соціальна значущість проблеми

- Виразковий коліт - захворювання, що триває впродовж життя та пов'язане з ускладненням соціально-психологічного добробуту людини, особливо якщо моніторинг недостатній.
- Як правило, виразковий коліт - це захворювання з періодами загострення та ремісії.
- Усі поточні медичні заходи, що спрямовані на лікування активної стадії захворювання, направлені на поліпшення якості життя, а у подальшому на підтримання ремісії хвороби.
- Строки ремісії залишаються неясними.

Актуальність проблеми

У 2013 році в Україні зареєстровано 9421 хворий на виразковий коліт (ВК) (20,8 на 100 000 населення). Відмічається тенденція до росту числа тяжких, резистентних до лікування форм хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗЗК), ускладнень та оперативних втручань, що призводять до інвалідизації пацієнтів молодого, працездатного віку. Усе це, в свою чергу, зумовлює значні економічні витрати, пов'язані з доглядом, лікуванням та реабілітацією пацієнтів.



Частота летальних результатів в Україні в 3 рази вище, ніж в Зах.Європі.

Діагноз протягом 1-го року ставлять у 25% хворих, у інших - протягом 3-12 років.

Ускладнені форми хвороби у 100% хворих при діагностиці в терміни більше 3 років від початку хвороби

Виразковий коліт – захворювання, що триває впродовж життя людини, виникає при взаємодії багатьох генетичних та зовнішніх чинників та спостерігається переважно у розвинених країнах світу.

К.51. Виразковий коліт

- К.51.0 Виразковий (хронічний) панколіт
- К.51.2 Виразковий (хронічний) проктит
- К.51.3 Виразковий (хронічний) ректосигмоїдит
- К.51.4 Запальні поліпи товстої кишки
- К.51.5 Лівосторонній коліт
- К.51.8 Інший виразковий коліт
- К.51.9 Виразковий коліт, неуточнений

Етіопатогенез запальних захворювань кишечника (ЗЗК)

Причина виразкового коліту невідома.

Він може розвинути у будь-якому віці, але пік захворюваності припадає на 15-25 років.

Другий пік захворювання, але нижчий по чисельності, припадає на 55-65 років.

ФАСТ-ФУД

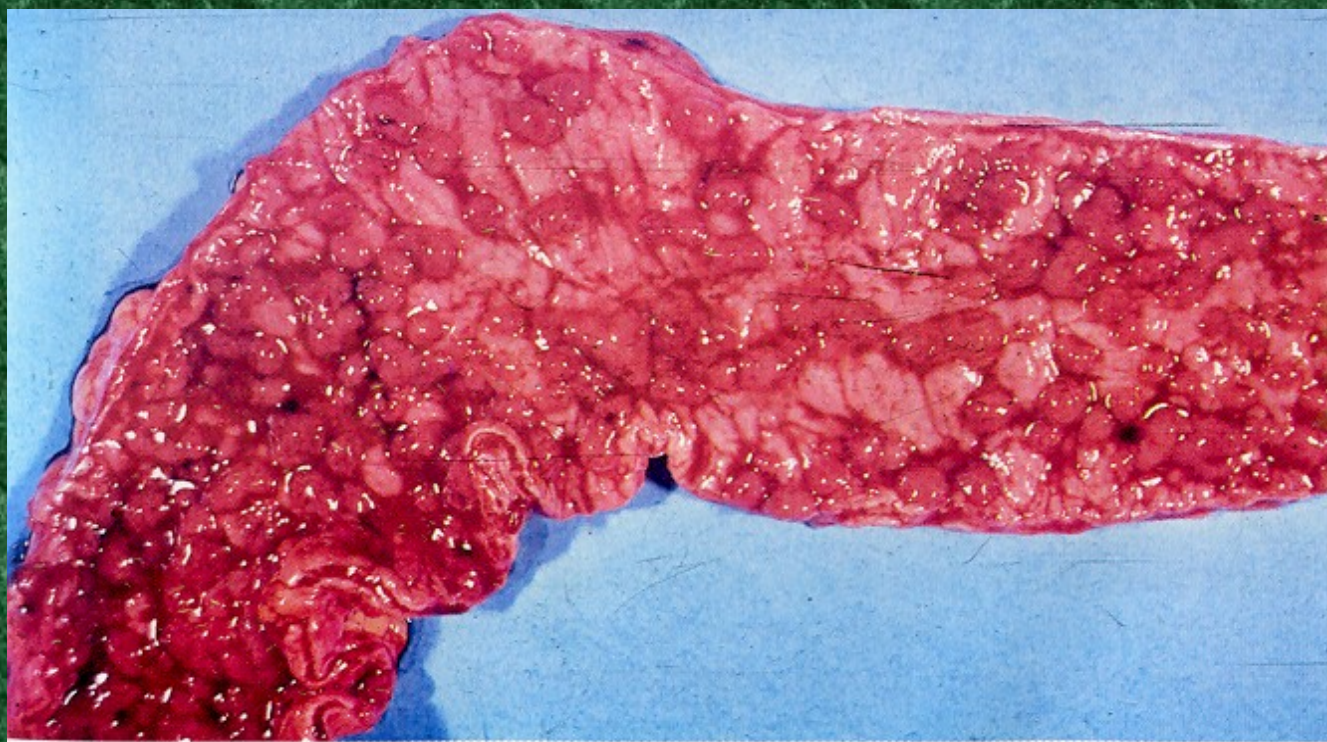
Ресторани быстрого обслуживания



Вплив на людей з генетичною схильністю до захворювання різних компонентів їжі викликає неспецифічне імунне запалення кишечника у відповідь на життєдіяльність його нормальної коменсальної мікрофлори при певному образі їхнього життя



Виразковий коліт (ВК) – ідіопатичне хронічне запальне захворювання товстої кишки, що переважно вражає пряму кишку та характеризується тривалим запаленням і виразкуванням слизової і підслизової оболонки кишки.



Фактори ризику розвитку виразкового коліту

- Апендектомія при гістологічно підтвердженому апендициті забезпечує деякий захист від подальшого розвитку ВК та знижує тяжкість захворювання в разі проведення операції в молодшому віці, у разі коли виникав «справжній» апендицит [EL2b, RGB].
- Прийом неселективних НПЗП пов'язаний із підвищеним ризиком загострення ВК [EL2b, RGB]. Ймовірно, що безпечним є нетривалий прийом інгібіторів циклооксигенази-2 [EL1b, RGB].
- Наявність ХК або ВК у родинному анамнезі підвищує ризик розвитку ВК у інших членів родини [EL1b, RGB].
- Активне паління має захисний вплив на розвиток та ступінь тяжкості ВК. Натомість у колишніх курців вірогідність розвитку ВК збільшується на 70%, при цьому захворювання носить більш поширений та рефрактерний характер, ніж у пацієнтів, які ніколи не палили. Серед колишніх курців також спостерігаються підвищена частота госпіталізації та проведення колектомії порівняно із пацієнтами, які ніколи не палили. У колишніх курців, які знову починають палити, спостерігається полегшення симптомів та дещо слабший перебіг захворювання, втім, подібний ефект є нестійким.

Критерії діагнозу НВК

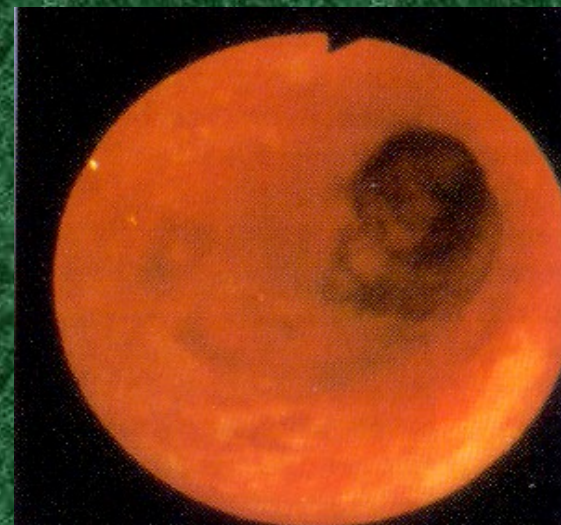
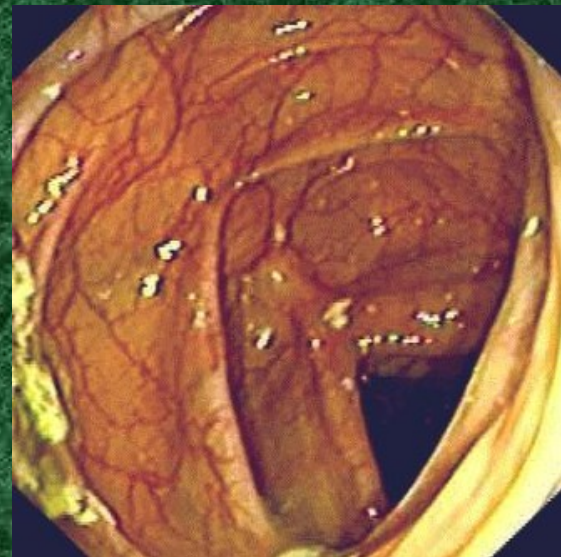
- Симптоми виразкового коліту залежать від поширеності та тяжкості захворювання; серед симптомів, зазвичай, спостерігається кривава діарея, ректальна кровотеча, та/або імперативні позиви до дефекації. Також відомо про виникнення позивів до дефекації у нічний час.
- Наявність таких системних проявів, як погане самопочуття, анорексія, лихоманка, свідчить про тяжкий напад хвороби.
- Наявність неформлених випорожнень (або випорожнень зниженої консистенції) протягом 6 або більше тижнів дозволяє диференціювати ВК від більшості інфекційних захворювань, які спричиняють діарею.
- Пацієнти із поширеним ВК активного перебігу скаржаться на хронічну діарею, яка майже завжди супроводжується ректальною кровотечею або наявністю видимої крові у випорожненнях. У таких пацієнтів також спостерігаються імперативні та болісні позиви до дефекації, виділення слизово-гнойного ексудату, нічні позиви до дефекації, спазматичний біль у черевній порожнині, тупий біль над лівою клубовою ямкою, який згасає після дефекації.
- Натомість у пацієнтів з проктитом зазвичай спостерігаються ректальна кровотеча, імперативні позиви до дефекації, болісні позиви до дефекації та у деяких випадках тяжкий закріп.

- Початок ВК зазвичай поступовий, і візиту до лікаря можуть передувати симптоми тривалістю у декілька тижнів або навіть місяців. Перші прояви хвороби можуть мати вигляд періодично виникаючих симптомів або тяжкого нападу (приблизно у 15% пацієнтів) із такими системними симптомами, як втрата ваги, лихоманка та тахікардія, або навіть нудота та блювання.
- Приблизно у 10% випадків початок захворювання може супроводжуватись такими позакишковими проявами, як аксіальна або периферійна артропатія, епісклерит та вузлова еритема, які у поодиноких випадках (10% та менше) можуть передувати кишечним проявам.
- У пацієнтів з ВК тромбоемболія спостерігається частіше, ніж у загальній популяції, але зазвичай пов'язана із активним перебігом захворювання та панколітом.

Критерії діагнозу НВК

ЕНДОСКОПІЧНІ

завжди - ураження прямої кишки
набряк, гіперемія, відсутність
судинного малюнка, множинні
ерозії, які зливаються виразки,
відсутність складок, контактна
кровоточивість, трубчаста
ригідність товстої кишки
завжди - безперервність
ураження товстої кишки



У пацієнтів із підозрою на ВК перевага надається колоноскопії з інтубацією термінального відділу клубової кишки та біопсії зразків слизової оболонки. Перед проведенням інструментальних досліджень треба зважити на стан пацієнта: у випадку гострого тяжкого коліту краще уникати проведення колоноскопії та відповідної підготовки кишечника через високу ймовірність перфорації та довготривалість самої процедури.

Звичайне рентгенологічне обстеження черевної порожнини не використовується в якості діагностичного дослідження при ВК, але є цінним при первісній оцінці стану пацієнта із підозрою на тяжкий ВК

Пацієнтам із наявністю симптомів з боку верхніх відділів шлунко-кишкового тракту показане проведення езофагогастродуоденоскопії та біопсії слизової оболонки.

- Такі ознаки, як неоднорідність ураження, особливості судинного малюнку, наявність виразок, кровотеча та кровоточивість допомагають встановити загальну оцінку ендоскопічного індексу тяжкості захворювання;
- втім до структури ендоскопічного індексу важкості ВК (англ. UCEIS) входять лише три критерії: особливості судинного малюнку, кровотеча та наявність виразок.

| Бали (зазначте найбільш наявні патологічні зміни) | Градації за шкалою Лайкерта | Визначення |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Судинний малюнок | Нормальний (0) | Судинний малюнок нормальний, із чітким деревоподібним розгалуженням капілярів, або з нечітко візуалізованими краями капілярів чи втратою чіткості країв у межах певних ділянок |
| | Несистематичне стирання судинного малюнка (1) | Нечітко видно судинний малюнок |
| | Стирання судинного малюнка (2) | Повністю зникає судинний малюнок |
| Кровотеча | Відсутня (0) | Відсутність видимої кровотечі |
| | Слизової оболонки (1) | У полі зору перед ендоскопом на поверхні слизової оболонки візуалізуються краплі або прожилки зміненої крові, які легко змиваються |
| | Слабка, у просвіті кишки (2) | Наявність незначної кількості вільної рідкої крові у просвіті кишки |
| | Помірна або інтенсивна, у просвіті кишки (3) | Наявність незміненої крові у полі зору ендоскопа або видиме виділення крові зі слизової оболонки після її змивання, або видиме виділення крові з геморагічної слизової оболонки. |
| Наявність ерозій та виразок | Відсутні (0) | Нормальний стан слизової оболонки, без видимих ерозій чи виразок |
| | Ерозії (1) | Малі (≤ 5 мм) дефекти слизової оболонки, білого або жовтого кольору із плоскими краями |
| | Неглибокі виразки (2) | Дефекти слизової оболонки більшого розміру (> 5 мм) у вигляді виразок покритих тонким шаром фібрину (порівняно з ерозіями), але поверхневої локалізації |
| | Глибокі виразки (3) | Більш глибокі дефекти слизової оболонки, із дещо піднятими краями. |

Ендоскопічний індекс тяжкості перебігу ВК (UCEIS)

На момент постановки діагнозу у пацієнта мають бути результати таких досліджень: загального клінічного аналізу крові, маркерів запалення (СРБ або ШОЕ), рівні електролітів та печінкові проби, а також мікробіологічне дослідження зразку випорожнень.

Фекальний калпротектин є точним маркером запалення прямої кишки. У випадку дистального ВК легкого чи помірного перебігу лабораторні маркери хронічного запалення можуть бути у нормі. Загальний клінічний аналіз крові може виявити тромбоцитоз як наслідок хронічного запального процесу, анемію, що свідчить про тяжкий або хронічний перебіг, та лейкоцитоз, що може вказувати на ускладнення інфекційного характеру.

У випадку ВК, окрім проктиту, рівень СРБ корелює із клінічно вираженою активністю перебігу захворювання. У пацієнтів із клінічно вираженим тяжким перебігом ВК підвищений рівень СРБ зазвичай супроводжується підвищеним ШОЕ, анемією та гіпоальбумінемією. Ці показники використовують як прогностичні біомаркери необхідності проведення колектомії у випадку гострого тяжкого коліту. Рівень СРБ >10 мг/л після поширеного коліту тривалістю 1 рік вказує на підвищену вірогідність хірургічного втручання. Втім, ані ЦРБ, ані ШОЕ не є настільки специфічними, щоб відрізнити ВК від інфекційного захворювання або інших причин.

Для встановлення попереднього діагнозу ВК потрібно виключити інфекційні причини симптоматики коліту. Потрібно зробити посіви зразків фекалій на загальнопоширені патогени, а також на токсини А та В *C. difficile*, *Campylobacter* spp., та *Escherichia coli* 0157:H7. Відповідно до анамнезу, можливе проведення додаткових досліджень, наприклад, дослідження зразків ще теплих фекалій на наявність амеб чи інших паразитів.

У пацієнтів із тяжким або рецидивуючим перебігом хвороби рефрактерного характеру рекомендовано проводити мікробіологічні дослідження, у тому числі на *C. difficile* та цитомегаловірусну інфекцію

Гістологічна діагностика

З метою встановлення точного діагнозу ВК, при проведенні біопсії потрібно взяти кілька зразків матеріалу з п'яти ділянок на протязі товстої (включно із прямою) та сліпої кишок. Йдеться про отримання щонайменше двох зразків з кожної точки

При проведенні біопсії мають зазначатися клінічні відомості про пацієнта, зокрема вік, тривалість захворювання, тривалість та тип лікування. Біопсійний матеріал, отриманий із різних ділянок, має бути належним чином позначений із зазначенням ділянки. Для цього використовують різні види контейнерів, багатолункові планшети, або прозору плівку для відповідного маркування.

Всі зразки тканин перед перенесенням мають бути зафіксовані шляхом занурення у буферний розчин формаліну або аналогічний розчин. Рекомендується вивчення декількох секцій кожного зразка

Класифікація НВК

За поширеністю –

проктит,

лівобічний,

і тотальний коліт (10% пацієнтів)

по важкості - легкого, середньо-важкого і важкого перебігу

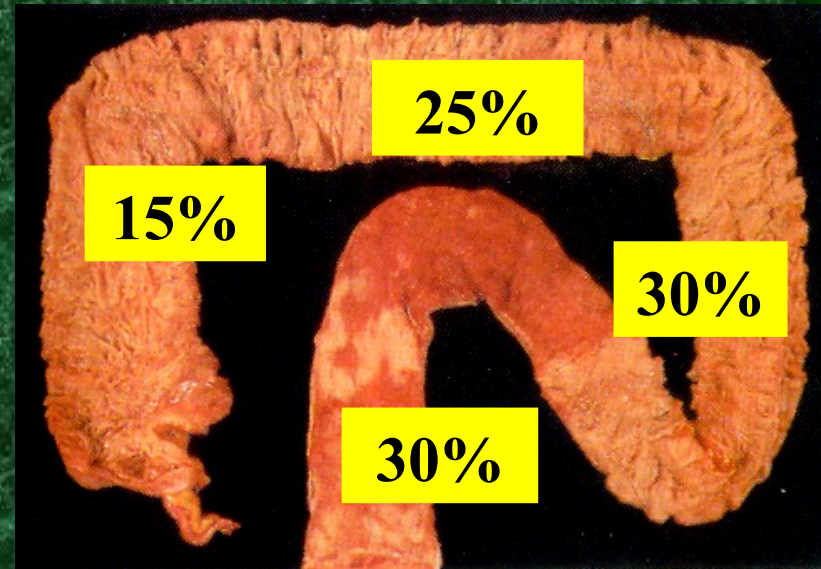
За характером перебігу –

гострий (до 6 міс.),

Хр. рецидивний і

хр. безперервний перебіг

По відповіді на гормонотерапію - гормоночутливі,
гормонорезистентні, гормонозалежні



Термін «підгострий» також використовується для опису виразкового коліту, але на нього не поширюється індекс Truelove і Witts або PUCAI.

Підгострий виразковий коліт визначається як активний виразковий коліт від помірної до тяжкої фази, який, як правило, лікується в амбулаторних умовах і не вимагає госпіталізації або термінового хірургічного втручання

Індекс тяжкості Truelove і Witts(для дорослих)

Таблиця 1. Індекс тяжкості Truelove і Witts

| | Легкий | Помірний | Тяжкий |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|--------------|
| Випорожнення (на день) | менше 4 | 4-6 | 6 або більше |
| | Не більше, ніж незначні прожилки крові | Помірні та значні прожилки | Видима кров |
| Пірексія (вище 37,8 ° C)* | ні | ні | так |
| Частота пульсу більше, аніж 90 ударів на хвилину* | ні | ні | так |
| Анемія* | ні | ні | так |
| Швидкість осідання еритроцитів (мм/година)* | 30 або нижче | 30 або нижче | Більше 30 |

Таблиця 1.3. Активність перебігу виразкового коліту за критеріями Трулава та Віттса²³

| | Легкий перебіг | Перебіг середньої тяжкості «між легким та тяжким перебігом» | Тяжкий перебіг |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| Кількість кривавих випорожнень/день | <4 | 4 або більше якщо | ≥6 та |
| Пульс | <90 ударів/хвилину | ≤90 ударів/хвилину | >90 ударів/хвилину або |
| Температура | <37,5 °С | ≤37,8 °С | >37,8°С або |
| Гемоглобін | >11,5 г/дл | ≥10,5 г/дл | <10,5 г/дл або |
| ШОЕ | <20 мм/год | ≤30 мм/год | >30 мм/год або |
| СРБ | Нормальний | ≤30 мг/л | >30 мм/год |

Класифікація ВК за тяжкістю корисна у клінічній практиці та визначає стратегію ведення пацієнта [EL1b,RG B]. Від тяжкості захворювання залежить вибір методів терапії та початок прийому пероральних лікарських засобів або їх внутрішньовенного введення, а також рішення про необхідність хірургічного втручання.

Індекс активності дитячого виразкового коліту (PUCAI)

| Пункт | Бали |
|--------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. Біль у животі | |
| Без болю | 0 |
| Біль може бути проігнорована | 5 |
| Біль не може бути проігнорована | 10 |
| 2. Кровотеча з прямої кишки | |
| Немає | 0 |
| Лише невеликий об'єм, менше ніж 50% калу | 10 |
| Невелика кількість з більшістю калу | 20 |
| Велика кількість (50% від вмісту калу) | 30 |
| 3. Консистенція більшості калу | |
| Сформований | 0 |
| Частково сформований | 5 |
| Повністю несформований | 10 |
| 4. Кількість випорожнень протягом 24 годин | |
| 0-2 | 0 |
| 3-5 | 5 |
| 6-8 | 10 |
| > 8 | 15 |
| 5. Нічні випорожнення (будь-який епізод, що викликає пробудження) | |
| Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 6. Рівень активності | |
| Немає обмежень активності | 0 |
| Поодинокі обмеження активності | 5 |
| Значне обмеження активності | 10 |
| Сума PUCAI (0-85) | |

Тяжкість захворювання визначається наступними балами:

- тяжка: 65 або вище;
- помірна: 35-64;
- легка: 10-34
- ремісія (хвороба не активна): нижче 10.

Поширеність виразкового коліту

З метою визначення поширеності захворювання, використовується Монреальська класифікація. Цією класифікацією користуються для визначення максимальної поширеності ураження при макроскопічній оцінці під час проведення колоноскопії, оскільки у минулому в якості прогностичного фактора для довгострокового прогнозу при ВК використовували ступінь поширеності захворювання, що визначалася із застосуванням барієвої клізми.

Таблиця 1.2. Поширеність виразкового коліту (Монреальська класифікація¹⁶⁾)

| Термін | Поширеність | Опис |
|---------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E1 | Проктит | ураження обмежується прямою кишкою (тобто проксимальна межа області запалення розташована дистальніше ректосигмоїдного переходу) |
| E2 | Лівобічний (дистальний) | ураження обмежується частиною товстої кишки, що розташована дистальніше селезінкового кута ободової кишки «дистальний» коліт) |
| E3 | Поширений (панколіт) | ураження поширюється проксимальніше селезінкового кута ободової кишки, включаючи панколіт |

Положення ЕССО 2А

Ступінь поширеності ВК впливає на вибір стратегії ведення пацієнта. Від ступеня поширеності захворювання залежить вибір методів терапії та лікувальних засобів для перорального прийому та/або місцевого використання [EL 1b, RG B] (EL- рівень переконливості; RG - оцінка рекомендації).

Поширеність захворювання також впливає на початок та частоту клінічного нагляду [EL2, RG B]. Отже, рекомендовано застосування класифікації захворювання відповідно до ступеня поширеності [EL5, RG D].

Перевага надається Монреальській класифікації, заснованій на результатах ендоскопічних досліджень, згідно якої розрізняють виразковий проктит (процес обмежується прямою кишкою), лівобічний коліт (до селезінкового кута ободової кишки) та поширений коліт; а також класифікації за максимальним ступенем поширеності ураження під час контрольного спостереження [EL5, RG D].

Ступінь поширеності запалення впливає на стратегію ведення пацієнта та на вибір лікарських форм препаратів. Наприклад, місцева терапія із застосуванням супозиторіїв (у випадку проктиту) або клізм (у випадках лівобічного коліту) часто виступає варіантом терапії першої лінії, однак у випадках поширеного коліту найчастіше призначають лікування із застосуванням пероральних та місцевих препаратів [EL1b, RG B].

Поширеність захворювання впливає на початок та частоту клінічного нагляду [EL2, RG B]. Для захворювання, обмеженого прямою кишкою, збільшення відносного ризику (ВР) не передбачається, у той час як ВР для лівобічного та поширеного коліту (або, у минулому, панколіту) - відповідно 2,8 (95% КІ 1.6–4.4) та 14,8 (95%СІ 11.4–18.9). Отже, пацієнтам з лівобічним та поширеним колітом рекомендована оглядова колоноскопія, але пацієнтам із проктитом ця процедура не потрібна. Спеціалістами дослідницької групи ЕС-ІВД нещодавно було доведено, що виявлена під час діагностики поширеність захворювання має значення для оцінки ризику розвитку злоякісних новоутворень.

Термін ремісія виразкового коліту:

Ремісія визначається як повна регресія симптомів та загоювання слизової оболонки, що можна спостерігати при ендоскопічному обстеженні. Одночасне використання клінічних та ендоскопічних індексів доречно при проведенні клінічних досліджень, але в залежності від визначення терміну «ремісія» у тому чи іншому дослідженні частота ремісії у результатах відрізняється майже вдвічі.

У клінічній практиці «ремісія» означає три або менше актів дефекації на день при відсутності кровотечі або проносу.

Ремісія, визначена пацієнтами у індивідуальному порядку, має 86% чутливості та 76% специфічності порівняно з нормативно-означеною ремісією (відсутність слідів кровотечі та кровоточивості слизової оболонки), що вказує на необов'язковість проведення сигмоїдоскопії для підтвердження загоєння слизової оболонки у клінічній практиці.

Відповідь на терапію

Відповідь на терапію - це сукупність ознак (клінічних або ендоскопічних), що свідчать про покращення стану пацієнта, залежно від індексу активності перебігу захворювання, який використовується (у КД). Загалом мається на увазі зниження індексу активності перебігу захворювання більше ніж на 30%, а також зменшення інтенсивності ректальної кровотечі та ендоскопічних відхилень.

Рецидив

Термін «рецидив» означає раптове загострення симптомів у пацієнта з діагнозом ВК під час клінічної ремісії, що виникає спонтанно або після лікування. Ректальна кровотеча є необхідною ознакою рецидиву захворювання

Коліт, стійкий до терапії кортикостероїдними препаратами
У пацієнтів з активним перебігом захворювання незважаючи на прийом преднізолону у дозах до 0,75 мг/кг ваги тіла на день протягом 4 тижнів. Таке визначення узгоджується з визначенням стійкої до терапії КС препаратами хвороби Крона однак визначення може змінитися із скороченням тривалості КС терапії внаслідок змін порогових значень для початку біологічної терапії.

Коліт, залежний від прийому кортикостероїдних препаратів

Визначається у пацієнтів, у яких:

- 1) виникає рецидив захворювання при спробах зменшити дозування КС препаратів до рівнів, менших за 10 мг/день, протягом 3 місяців з початку терапії, або
- 2) спостерігається рецидив захворювання протягом 3 місяців з моменту припинення терапії КС препаратами.

Визначення залежності від КС терапії, встановлене Європейською організацією з питань діагностики та лікування ВК та ХК, вимагає, щоб терапія КС препаратами тривала не більше 3 місяців до досягнення порогового еквіваленту преднізолону 10 мг/день. Пацієнт вважається таким, що і надалі має залежність від КС препаратів, якщо рецидив захворювання відмічається протягом 3 місяців після припинення їх прийому.

Коліт, стійкий до терапії імуномодулюючими препаратами.
Визначається у пацієнтів із активним перебігом захворювання або рецидивом, незважаючи на лікування адекватними дозами тіопуринів протягом щонайменше трьох місяців (тобто, азатіоприн 2-2,5 мг/кг ваги тіла в день, або меркаптопурин 1-1,5 мг/кг ваги тіла в день за відсутності лейкопенії). Наведене визначення є умовним, але його клінічна значущість для рішень щодо оперативного втручання або початку біологічної терапії зростає.

Стійкий до лікування (рефрактерний) дистальний коліт
Визначається як наявність стійких симптомів запалення товстої кишки, переважно обмеженого прямою кишкою (проктит), або лівою стороною товстої кишки, які не піддаються лікуванню із пероральним та місцевим застосуванням КС препаратів у поєднанні з месалазином (5-АСК) протягом 4-8 тижнів. Чи є такий стан самостійною нозологічною одиницею, невідомо, хоча це питання становить загальновідому клінічну дилему.

Клінічні та лабораторні показники тяжкості захворювання

- До об'єктивних клінічних ознак, що є гарними прогностичними факторами наслідків хвороби, належать частота кривавих випорожнень, температура тіла та частота серцебиття.
 - Ретельні вивчення лабораторних маркерів не дали задовільні результати.
- Визначення С-реактивного білка у гострій фазі захворювання має більше значення при діагностиці хвороби Крона, а не ВК, за винятком випадків гострого тяжкого коліту у дорослих, а також у дітей.
 - Підвищений рівень СРБ (більше 45 мг/л) на третій день госпіталізації з приводу тяжкого коліту разом із наявністю 3-8 дефекацій в день свідчить про велику вірогідність необхідності колектомії у майбутньому.
- Вивчалось також і значення інших білкових маркерів гострої фази, позитивних (ШОЕ, прокальцитонін) та негативних (альбумін), втім жоден з них не продемонстрував більш високу ефективність.
- В останній час перспективним вважається використання фекальних маркерів. Найбільш вивченими є калпротектин і лактоферин, але еластаза та нещодавно відкритий маркер S100A12 також дозволяють із точністю діагностувати запалення кишечника.

Шкала Мейо

| Індекс Мейо | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------------|------------|-------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| Частота випорожнень | Нормальна | 1-2 рази на день більше норми | 3-4 рази на день більше норми | П'ять разів на день більше |
| Ректальна кровотеча | Відсутня | Із прожилками крові | Очевидна | Інтенсивна |
| Стан слизової оболонки | Нормальний | Слабка кровоточивість | Кровоточивість середньої інтенсивності | Спонтанна кровотеча |
| Загальна оцінка лікаря | Нормальний | Легкого перебігу | Середньо-тяжкого перебігу | Тяжкого перебігу |

Індекс Мейо: Ремісія $\leq 2^$; Легкого ступеня 3–5; Середнього ступеня 6–10; Тяжкого ступеня 11–12.*

УСКЛАДНЕННЯ НВК (КИШКОВІ)

- Профузна кровотеча - 4-5%
- Токсична дилатація - 3-5%
- Перфорація - 2-3%
- Малігнізація (при анамнезі НВК більше 10-15 років) - 10-12%

Позакишкові прояви (ПКП) є частим явищем при ВК, уражаючи до 35% пацієнтів.

- Поява одного ПКП часто провокує появу інших.
- Активність певних ПКП, таких як периферичний артрит, вузлувата еритема, оральні афтозні виразки та епісклерит, пов'язана з активністю ВК.
- І навпаки, гангренозна піодермія, увеїт, аксіальна артропатія та первинний склерозуючий холангіт (ПСХ) зазвичай мають незалежний перебіг.

УСКЛАДНЕННЯ НВК (ПОЗАКИШКОВІ)



стеатоз,
хронічний гепатит,
цироз печінки
та утворення
каменів у
жовчному міхурі

ураження печінки – 30%

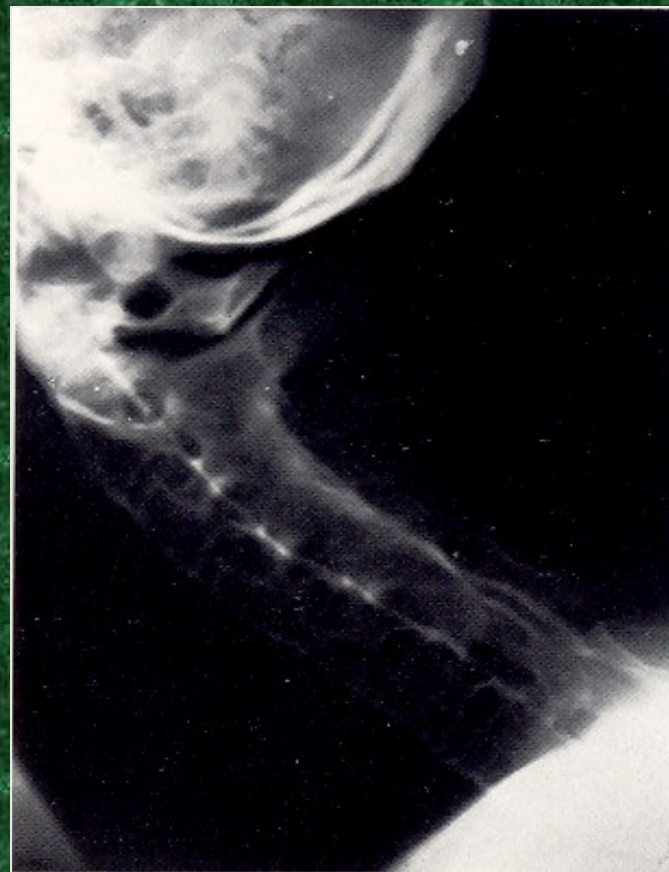
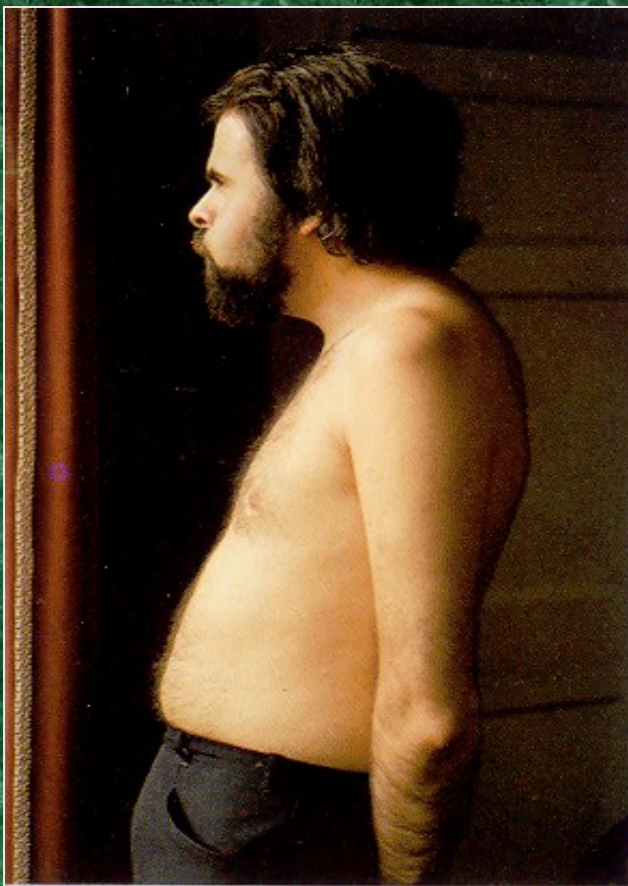
УСКЛАДНЕННЯ НВК (ПОЗАКИШКОВІ)



Склерозуючий холангіт
- 3%

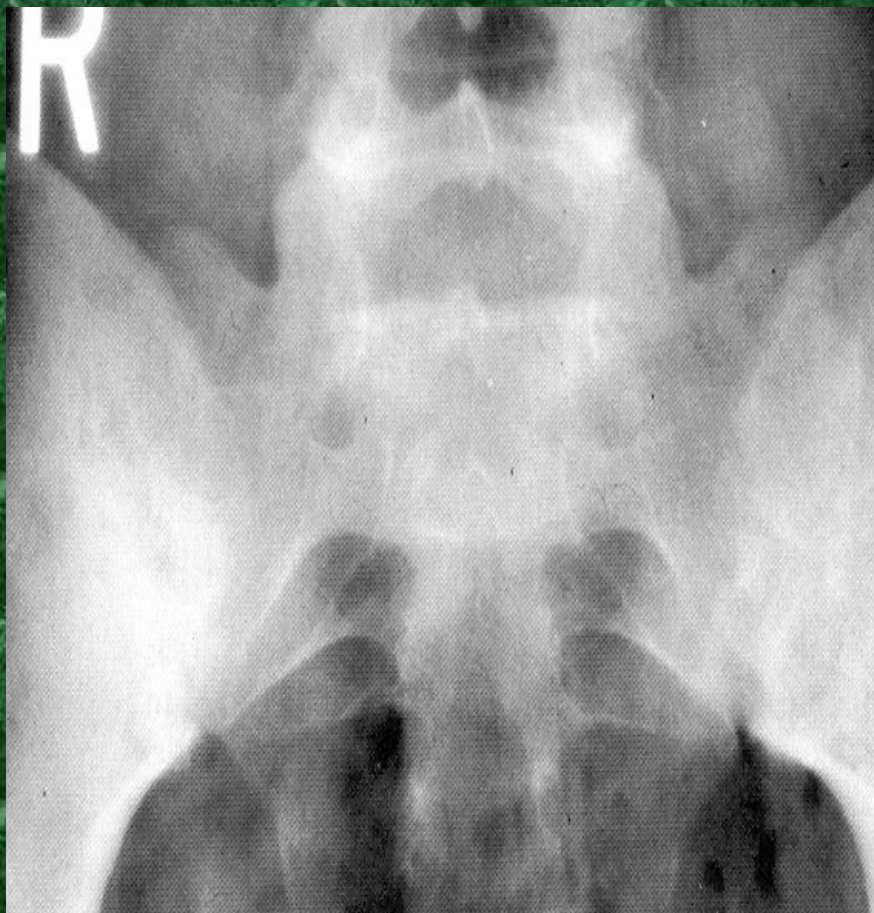
ЕРХГ

УСКЛАДНЕННЯ НВК (ПОЗАКИШКОВІ)



Анкілозуючий спонділоартроз

УСКЛАДНЕННЯ НВК (ПОЗАКИШКОВІ)



Артралгія – 15%

сакроілеїт

УСКЛАДНЕННЯ НВК (позакишкові)



Епісклерит,
ірідоцикліт **5-8%**

УСКЛАДНЕННЯ НВК (позакишкові)

Найчастіша
локалізація -
претибіальна поверхня
гомілки



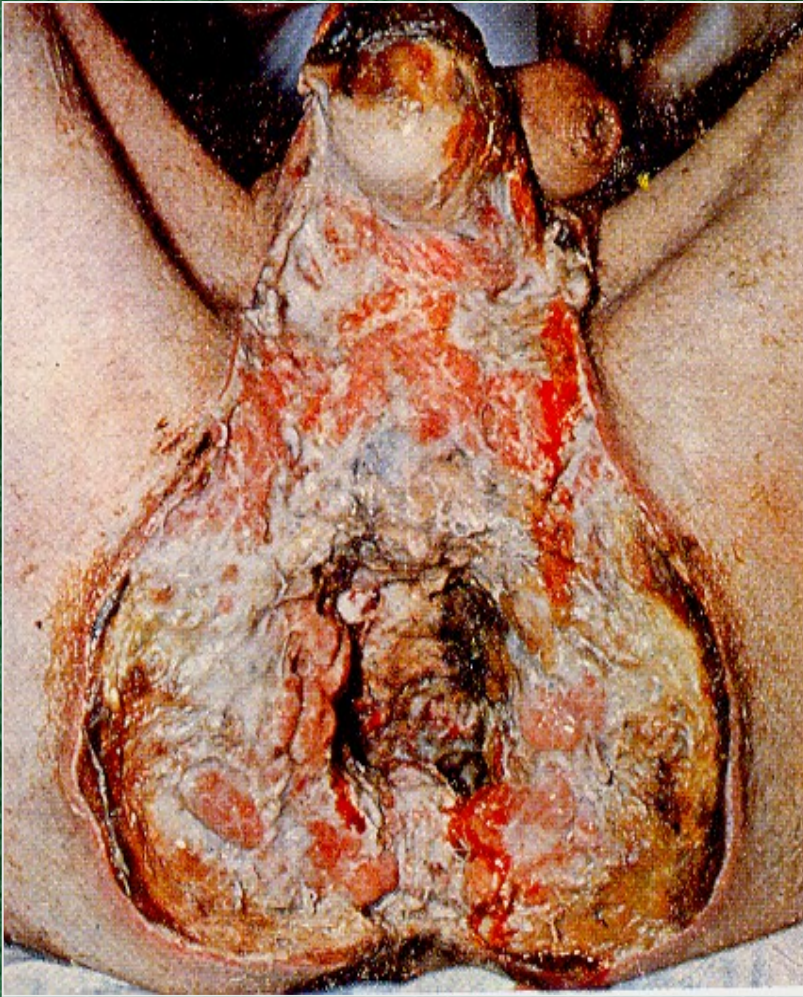
Вузлова еєритема- 2-4%

УСКЛАДНЕННЯ НВК (позакишкові)



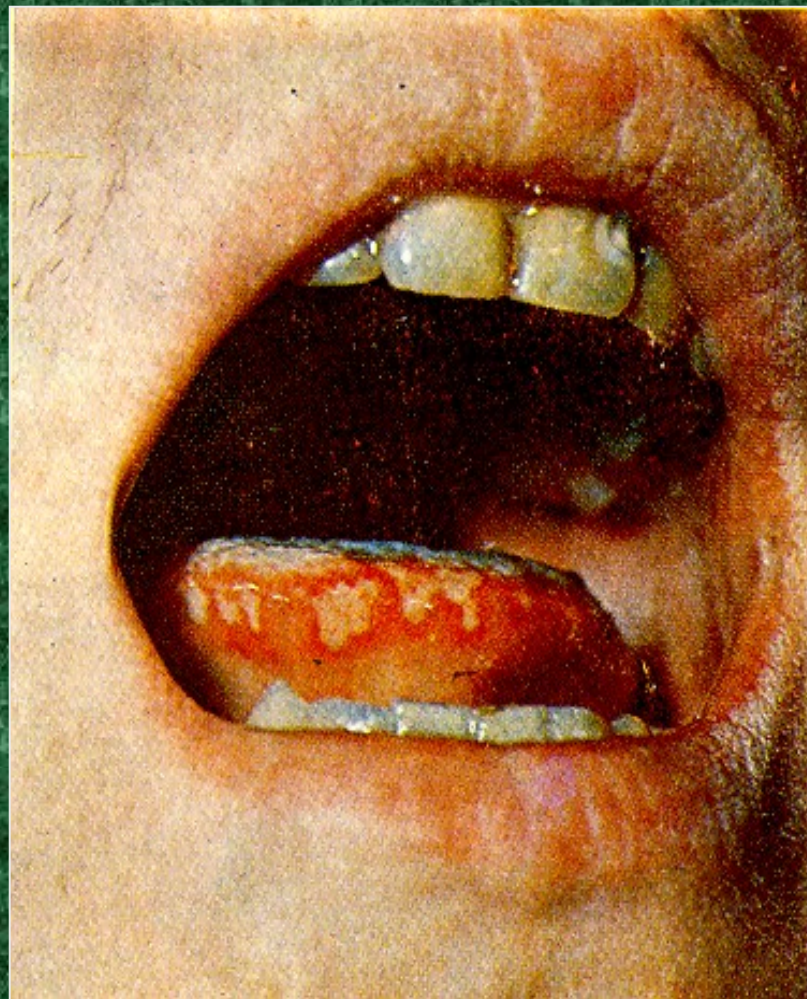
Гангренозна піодермія – 2%

УСКЛАДНЕННЯ НВК (ПОЗАКИШКОВІ)



Некроз промежини
(гангрена Фурне)

УСКЛАДНЕННЯ НВК



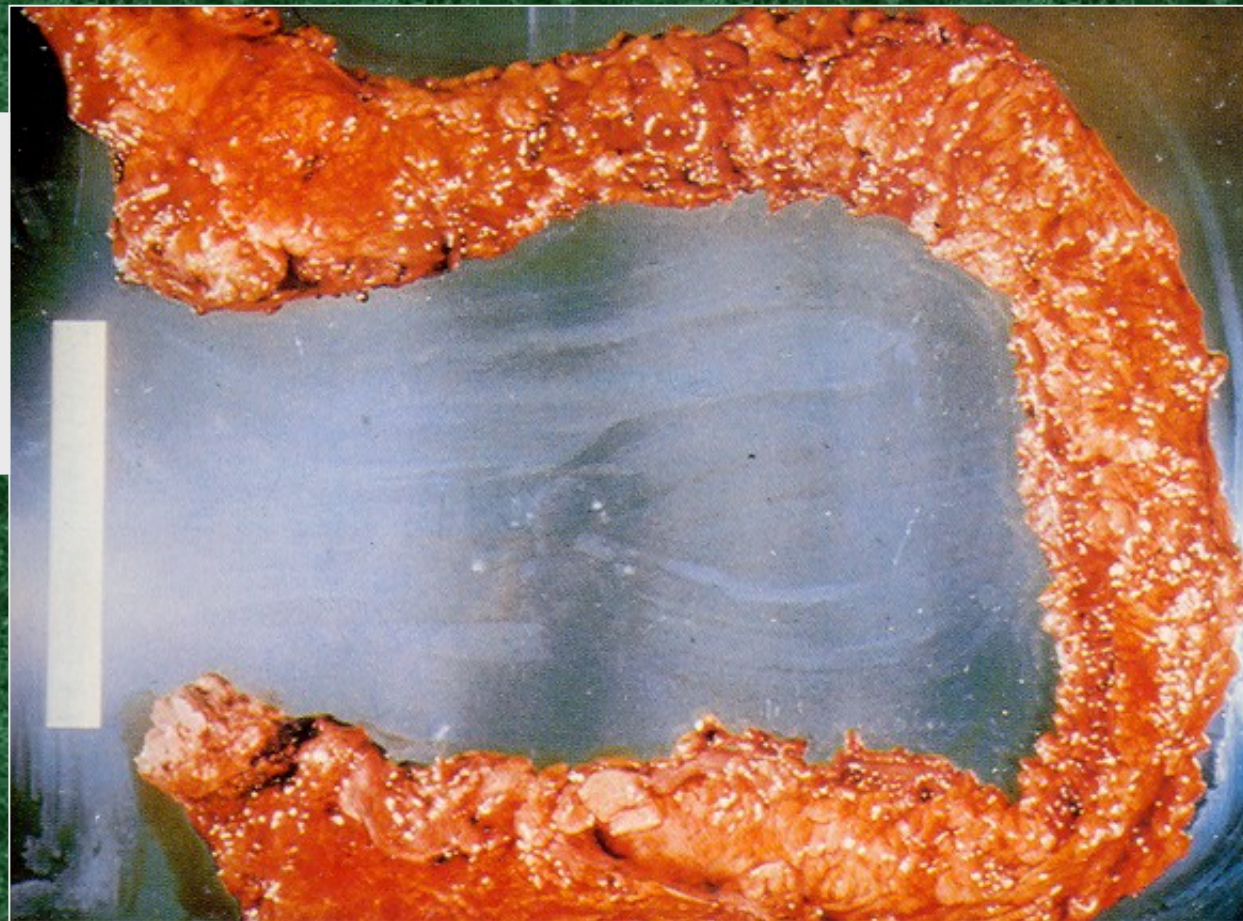
Афти – 8-10%

Гострий виразковий коліт

Біль в череві

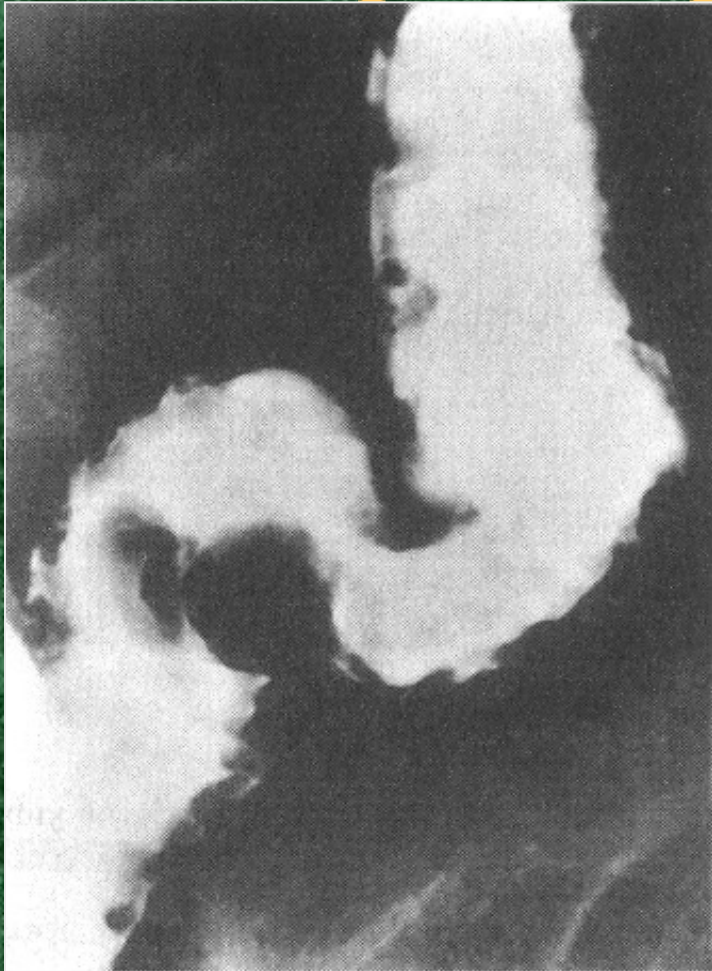
Діарея

Гіпертермія

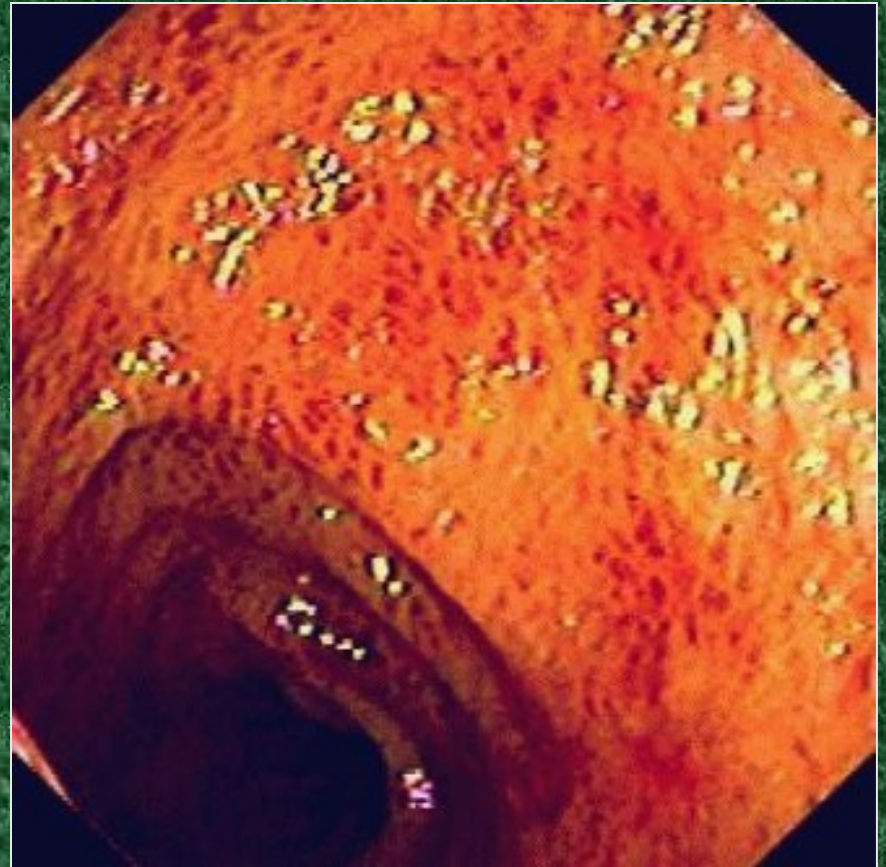


Макропрепарат

Гострий виразковий коліт

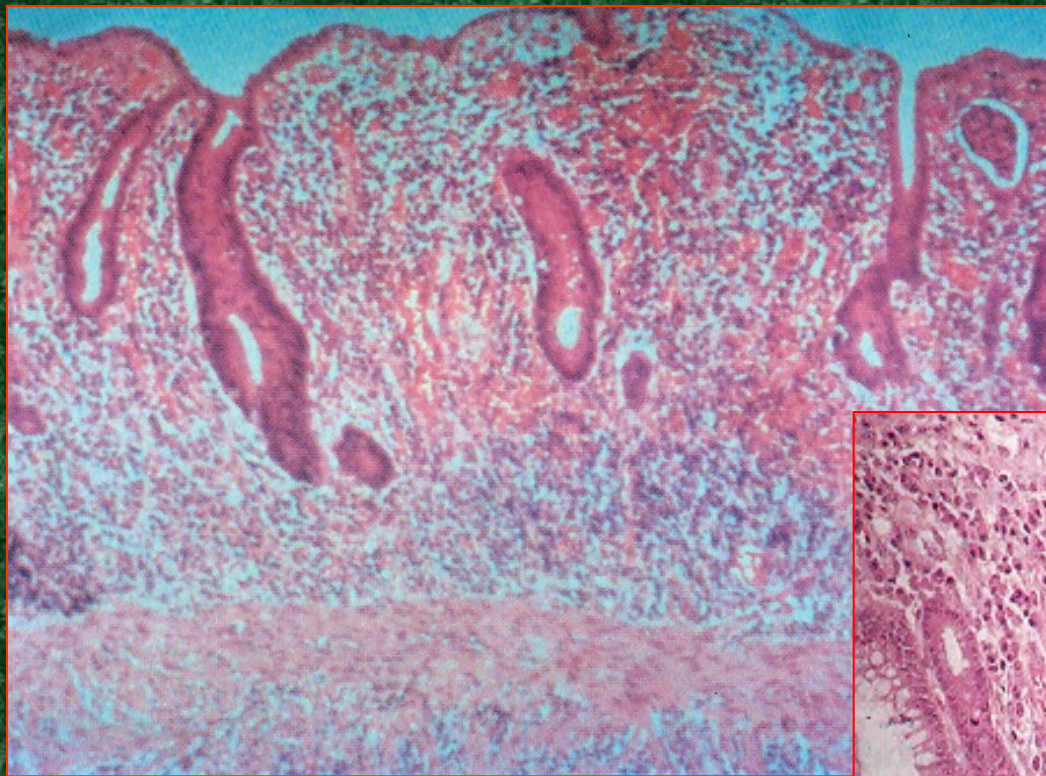


Ірієограма



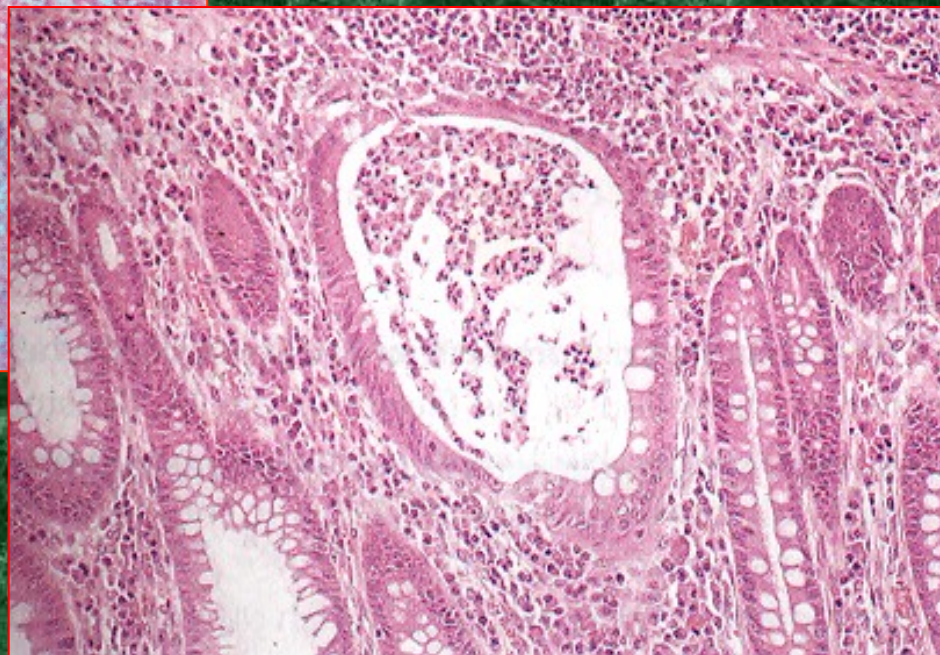
Ендоскопія

Гострий виразковий коліт



Крипт-абсцеси

мікропрепарати



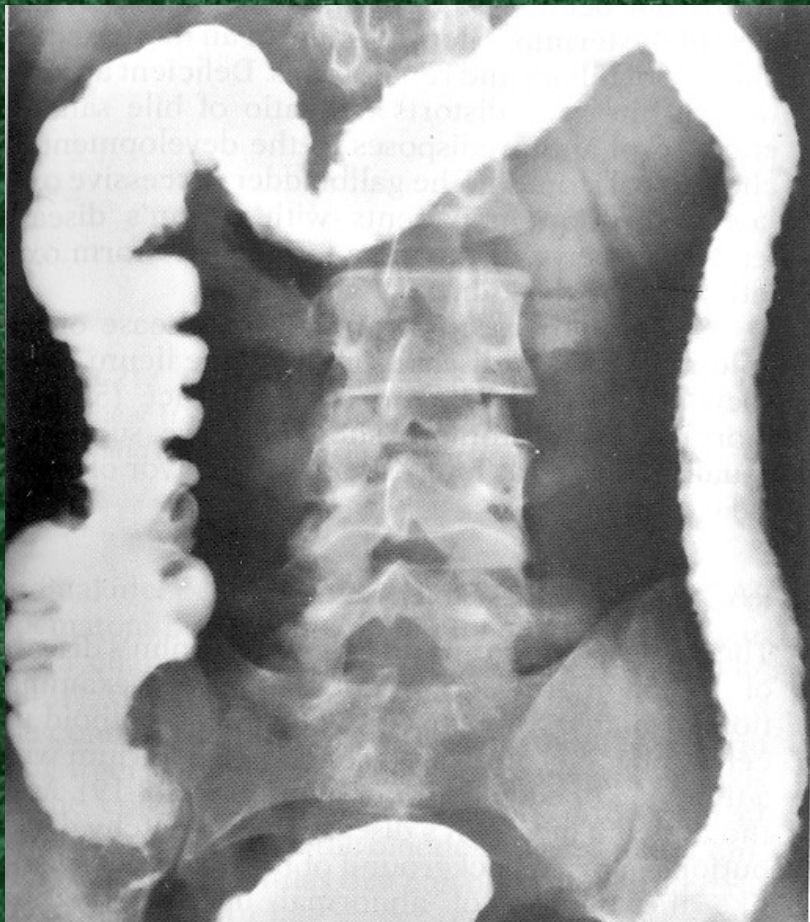
Хронічний виразковий коліт



Зовнішній вигляд
хворого 18 років:
інфантилізм,
ріст 146 см, маса
тіла 42 кг

Порушення обміну білків,
жирів, вуглеводів, вітамінів,
мікроелементів
затримка розвитку

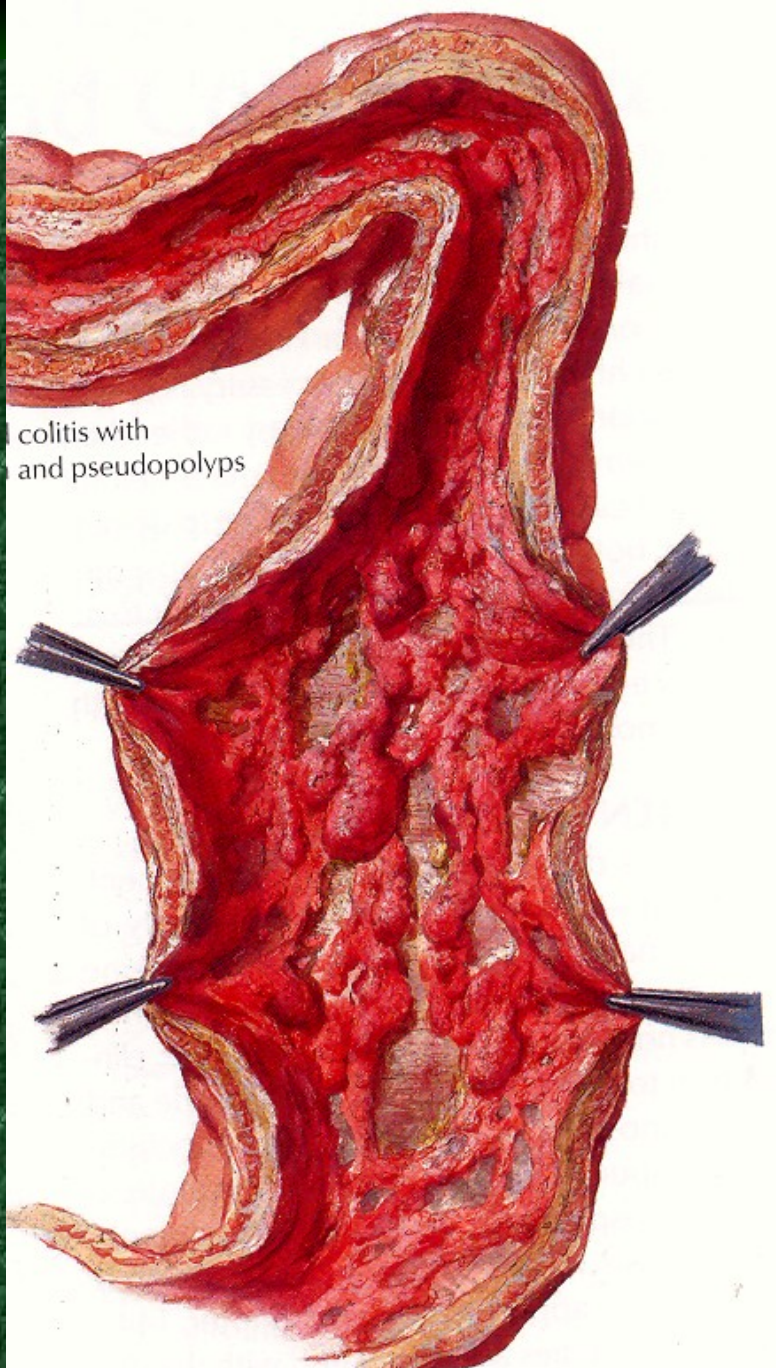
Хронічний виразковий коліт



Ірієограма



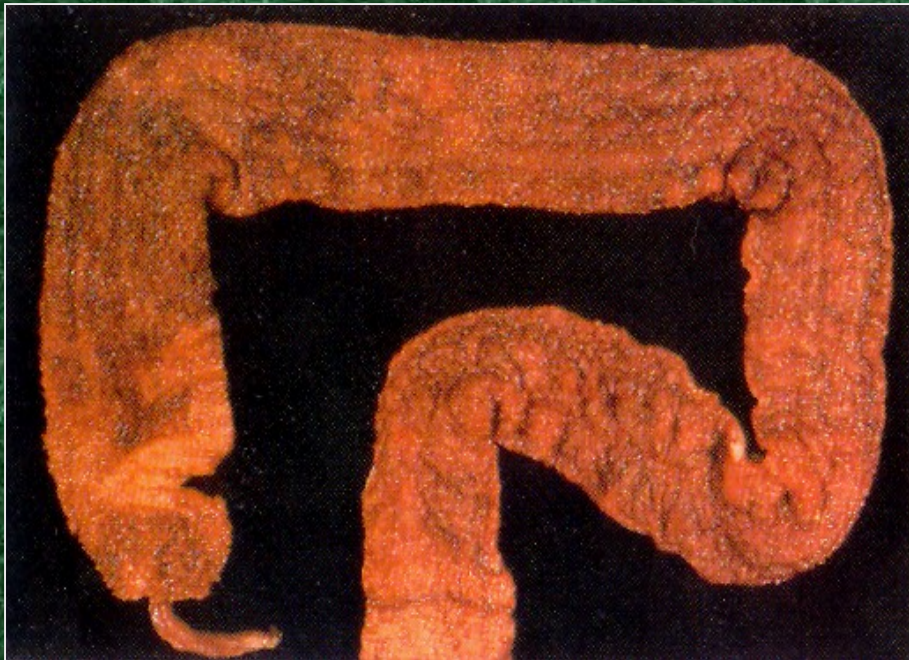
Ендоскопія



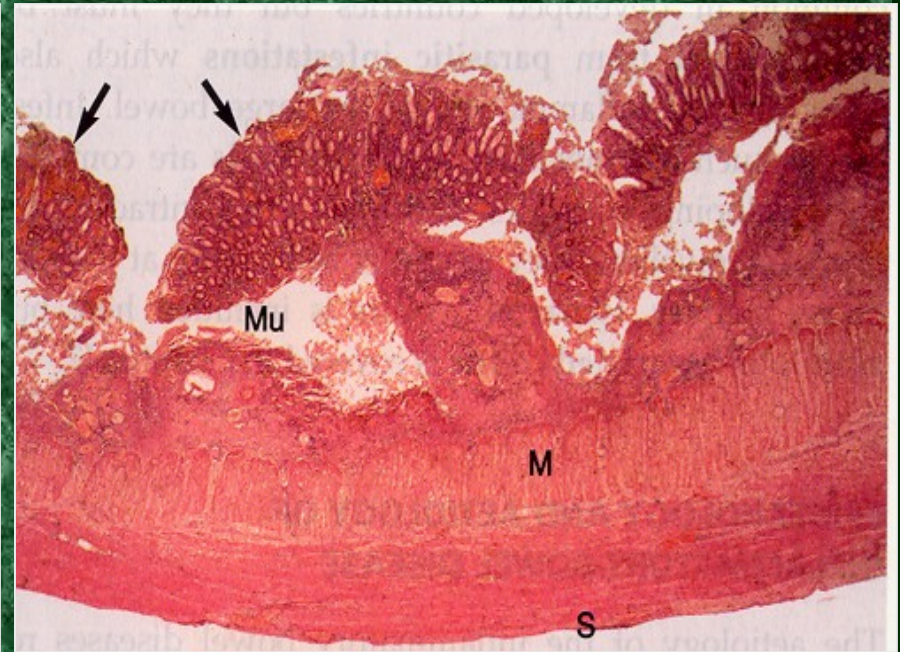
colitis with
and pseudopolyps

**Хронічний НВК
з виразками та
псевдополіпами**

Хронічний виразковий коліт

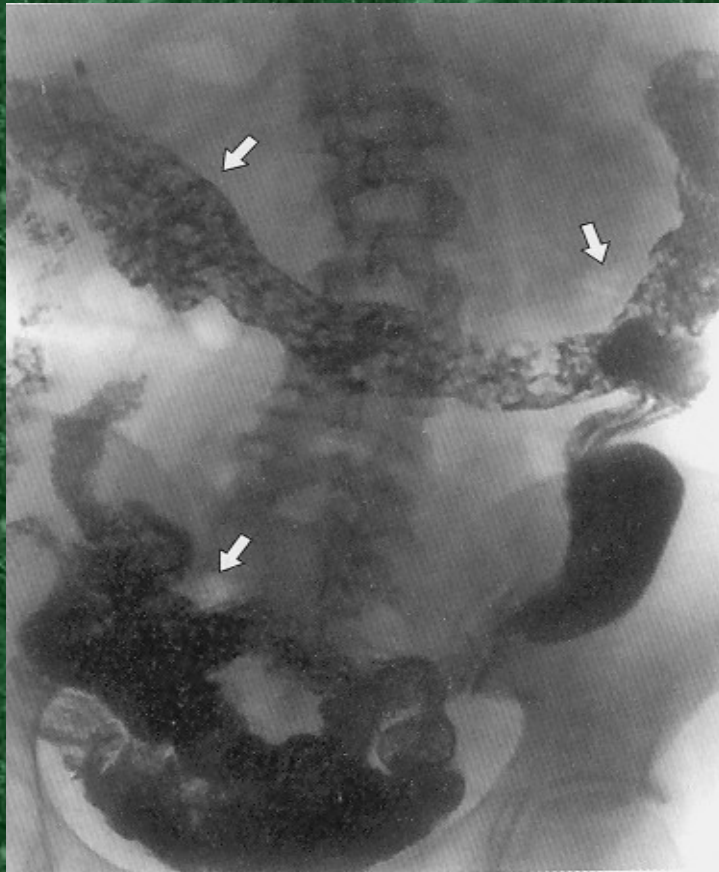


Макропрепарат



Мікропрепарат

Псевдополіпи при НВК



Ірієограма



Ендоскопія

Псевдополіпи при НВК



Макропрепарати

Показання до хірургічного лікування

1. Неєфективність медикаментозної терапії (гормонзалежних і гормонрезистентних форм) - 65-70%
2. Ускладнення (перфорація, токсична дилатація, кровотеча) - 20%
3. Колоректальний рак - 10-15%
4. Пацієнти можуть також вибрати планове хірургічне втручання при частих рецидивах захворювання, що впливають на якість їхнього життя.

M.Schein

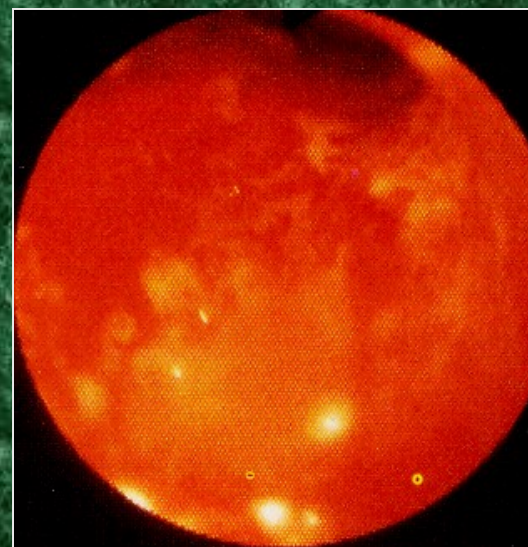
Якщо терапевт хоче, щоб Ви терміново оперували його хворого з колітом, майте на увазі, що операція була показана щонайменше тиждень тому ...

Кровотеча при НВК

- крововтрата більше 100 мл добу
- немає динаміки Нв протягом 48 годин всупереч переливанню 2 доз ер.маси на добу
- обсяг калу більше 1 л на добу



виділення
хворого



ендоскопія

Токсична дилатація

Механізм розвитку: поширення запалення на м'язовий шар ураження нервових гангліїв втрата здатності товстої кишки до скорочення депонування вмісту

Клінічна картина:

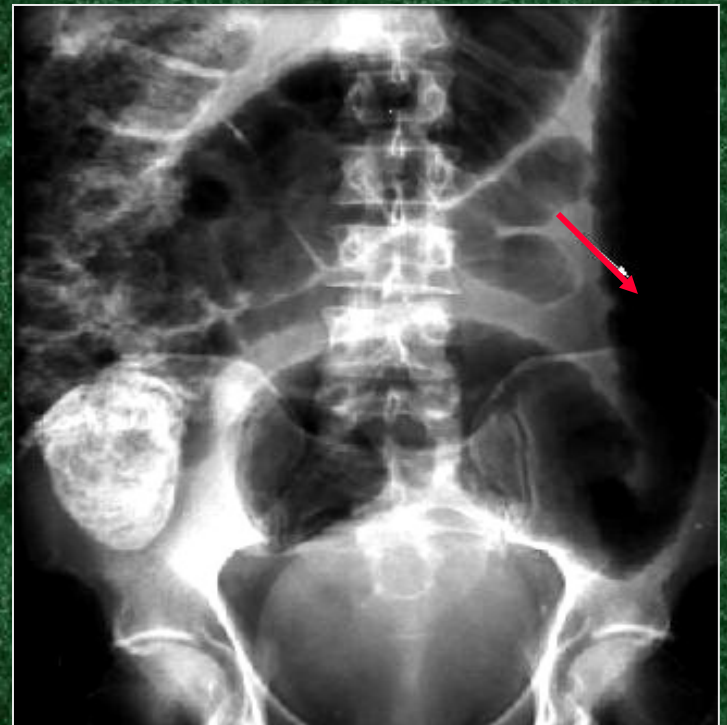
метеоризм, зникнення перистальтики

зменшення кількості дефекацій

напруга черевної стінки

SIRS

Rö - діаметр кишки більше 8 см



Токсичний мегаколон

Токсична дилатація (мегаколон) - це тотальна або часткова необструктивна дилатація товстої кишки більше ніж на 5,5 см, що супроводжується ознаками системної інтоксикації. Токсичний мегаколон спостерігається приблизно у 5% пацієнтів, госпіталізованих з приводу гострого коліту тяжкого перебігу. Серед факторів ризику - гіпокалемія, гіпомагніємія, підготовка кишечника до операції та застосування антидіарейних препаратів. Частота виникнення токсичного мегаколону внаслідок ускладнення виразкового коліту та рівень смертності зменшуються за умови ранньої діагностики коліту тяжкого перебігу, більш інтенсивного лікування та раннього оперативного втручання.

Окрім в/в введення гідрокортизону, слід розглянути проведення емпіричної терапії із пероральним прийомом ванкоміцину до отримання негативних результатів аналізу фекалій на токсини, пов'язані із наявністю *Clostridium difficile*.

Проведення назогастральної аспірації у цьому випадку не ефективне і не потрібне.

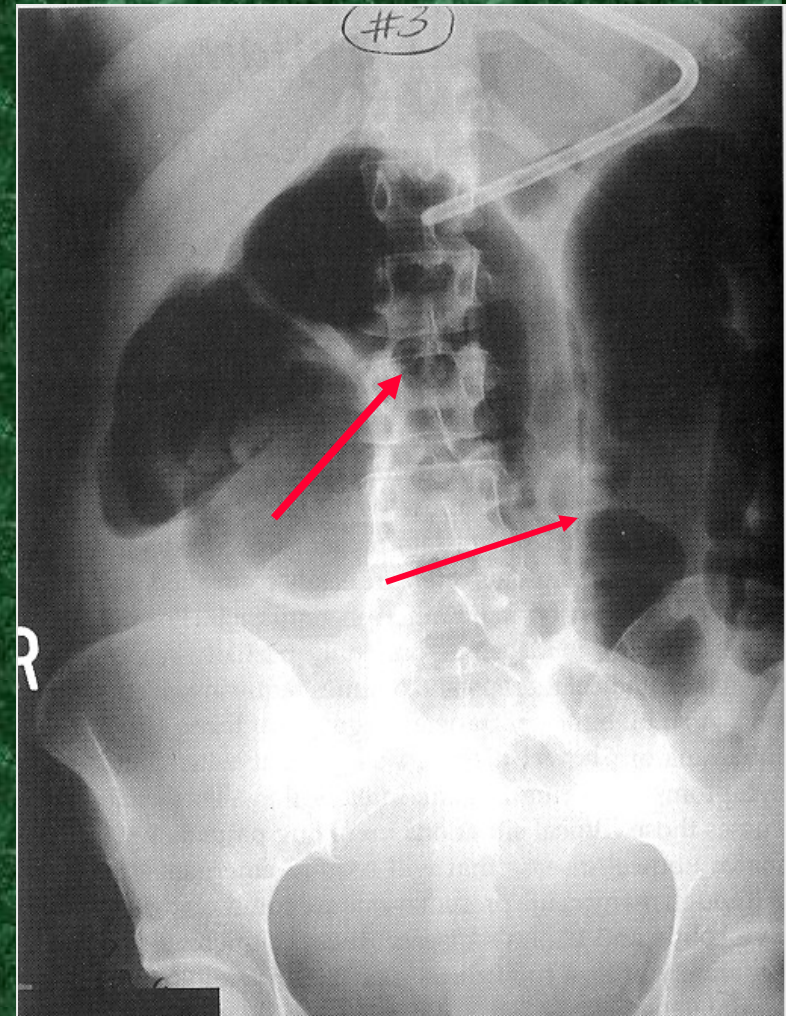
Важливо зазначити, що терапевтичне вікно для ефективного медичного втручання обмежене, і за відсутністю позитивних результатів слід провести колектомію на ранній стадії.

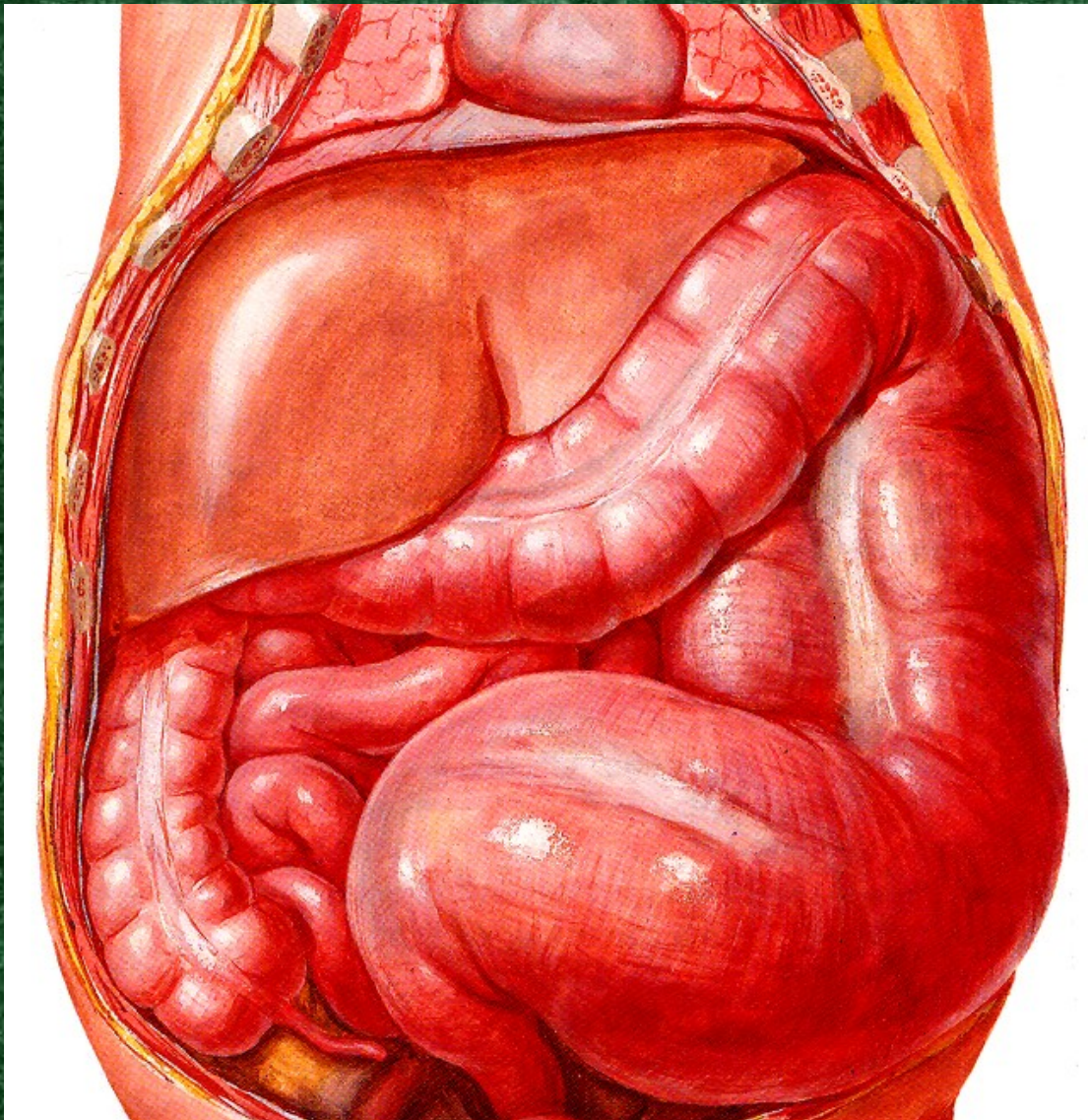
Лікування токсичної дилатації

- парентеральне харчування
- Гормонотерапія - преднізолон до 2 мг \ кг маси \ сут. (До 200 мг \ добу.)
- антибіотикотерапія
- Колоноскопія не проводиться!

Показання до операції при ТОКСИЧНІЙ дилатації

- Неефективність декомпресії на тлі адекватної терапії
- Рецидив токсичної дилатації протягом 10-12 годин після декомпресії товстої кишки
- перфорація
- профузні кровотеча





Токсична дилатація

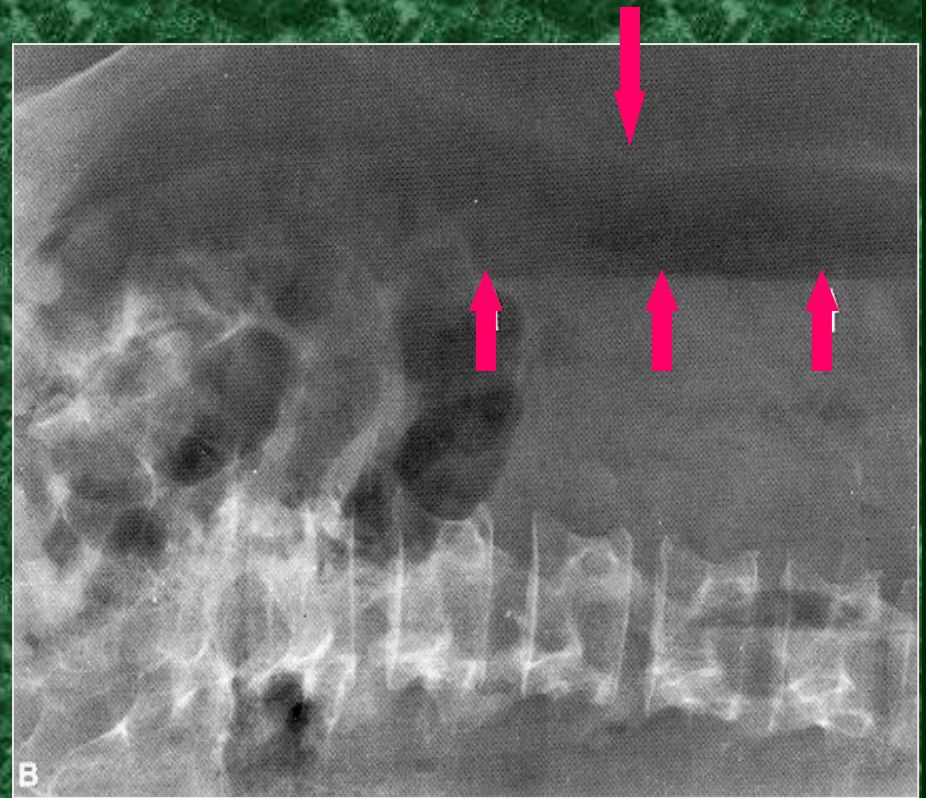
Летальність -33 %

Перфорація товстої кишки при НВК

1. немає гострого болю в
животі

2. немає
«доскоподібного»
м'язового захисту

3. початково існує
серозний перитоніт на
фоні кишкової
недостатності



Колоректальний рак на фоні НВК

Фактори ризику:

тривалість анамнезу НВК
більше 10 років
початок НВК у віці до 20-25
років
субтотальний або тотальний
коліт

Особливості - часто множинний
КРР,

лікування - колпроктектомії,

5-річна виживаємість 30%



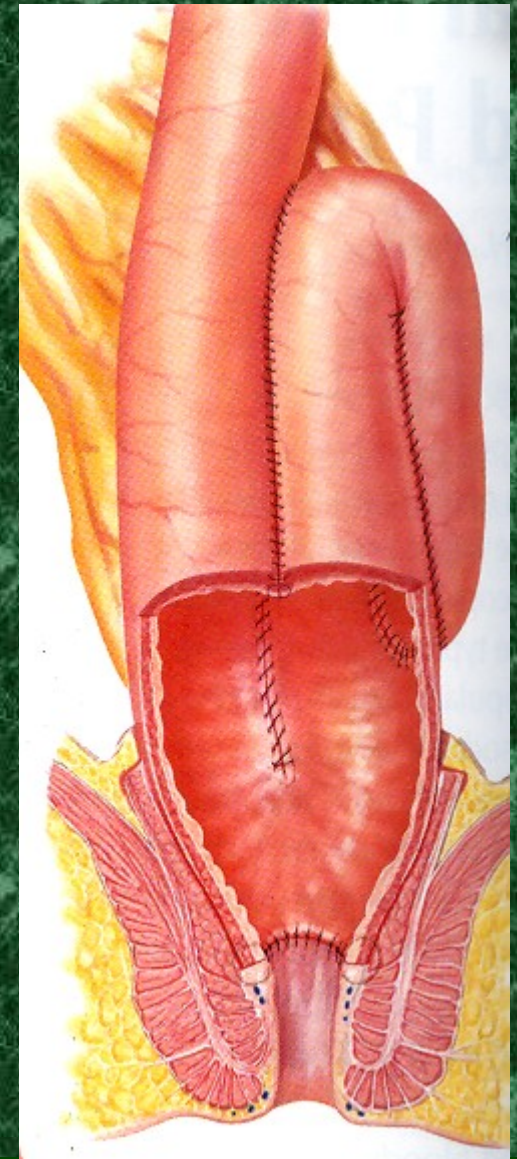
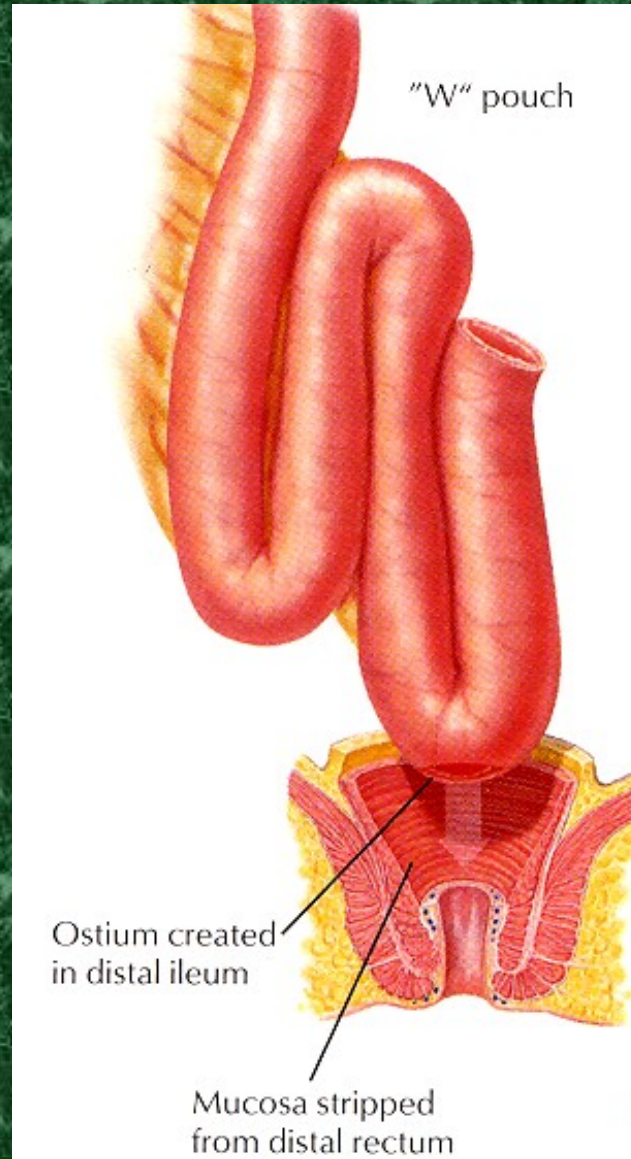
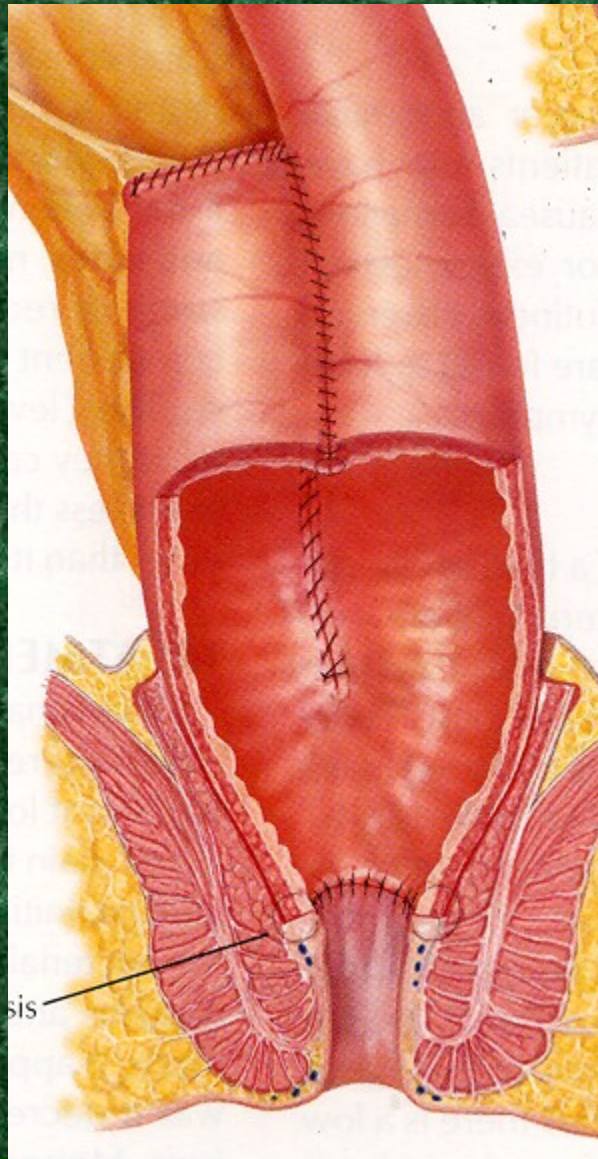
Вибір методу хірургічного лікування при НВК

1. Із збереженням прямої кишки (субтотальна колектомія, сігмостоми, ілеостомія) - 30-40%
- 2.

Колпроктектомії - 60-70%
(КРР, рубцеві стриктури, профузні кровотеча, псевдополіпоз, важка дисплазія епітелію слизової товстої кишки)



Ілеоректостомія



Методи оперативного втручання при виразковому коліті були оптимізовані із метою підвищення якості життя пацієнтів після проведення колектомії. До початку 1980-х років золотим стандартом хірургії вважалася проктоколектомія та ілеостомія, у поодиноких випадках проводилося формування ілеоанального анастомозу. Постійна ілеостомія по Коку була вперше проведена наприкінці 1960х років, але не отримала широкого використання, незважаючи на очевидні позитивні зміни якості життя пацієнтів, у порівнянні із проктоколектомією із формуванням звичайної стоми.

За останні 20 років новим стандартом хірургічного втручання стала реконструктивна проктоколектомія із формуванням ілеоанального резервуару, що зберігає цілісність контурів тіла (оскільки створення стоми на передній черевній стінці не потрібне) та дозволяє виводити калові маси через задній прохід. Втім за такого методу не вдається відновити функції кишечника, і функціональний результат та якість життя після реконструктивної проктоколектомії слід вивчати у порівнянні із пацієнтами, яким було проведено ілеостомію

Для оптимальної тактики ведення пацієнтів із гострим колітом тяжкого перебігу необхідна участь як досвідчених хірургів, так і гастроентерологів із значним досвідом. Хоча у багатьох випадках медикаментозна терапія є ефективною, існують переконливі докази того, що зволікання із проведенням відповідного хірургічного втручання призводить до негативних наслідків. Оптимальним першим кроком у хірургічному лікуванні гострого виразкового коліту тяжкого перебігу, а також у пацієнтів із надто тривалим прийомом кортикостероїдів вважається багатоетапне проведення проктоколектомії (спочатку проведення субтотальної колектомії) Субтотальна колектомія із формуванням тимчасової ілеостоми дозволяє значно полегшити тяжкий стан пацієнта, сприяє відновленню сил, нормалізує харчування та дає пацієнту час зважити на проведення подальшої реконструктивної проктоколектомії із формуванням ілеоанального резервуару, або вирішити на користь формування постійної ілеостоми. Проведення попередньої субтотальної колектомії, дозволяє уточнити етіологію патологічного процесу та виключити хворобу Крона. Субтотальна колектомія є відносно безпечним методом, який можна застосовувати навіть у хворих у критичному стані. Згідно останніх відомостей, виконання субтотальної колектомії із застосуванням мінімально інвазивних методів або лапароскопічної хірургії є безпечним, за умови наявності відповідного досвіду у хірургів

За умови термінового проведення колектомії у пацієнтів із виразковим колітом, слід зберегти пряму кишку та нижню брижову артерію, оскільки у майбутньому це полегшить проведення операцій на резервуарі. Хірург має прийняти рішення про необхідність збереження ректосигмовидного відділу товстої кишки та про спосіб ушивання кінця кишки

Специфічну підготовку товстої кишки клізмами не проводять

Майже повна резекція прямої кишки не рекомендується, оскільки це завадить подальшій резекції залишкового відділу прямої кишки та, вірогідно, підвищить ризик травмування тазового нерву.

Альтернативою може бути перетин прямої кишки на рівні крижового мису (тобто у місті ректосигмовидного переходу), або збереження прямої кишки разом із дистальним відділом сигмовидної кишки. Це дозволяє зафіксувати кишку до передньої черевної стінки, що у майбутньому полегшить визначення місцезнаходження кишки та її резекцію; або завести кишку через фасцію черевної стінки із закриттям у підшкірній жировій клітковині або виведенням у вигляді фістули. Останній метод вважається найбільш безпечним, оскільки зашита кишка не залишається у черевній порожнині, втім формування слизової фістули призводить до появи іншої стоми, що спричиняє додатковий дискомфорт для пацієнта. Ушивання культі та фіксація у підшкірній жировій клітковині також є безпечним, втім найкраще дати рані загоїтися вторинним натягом, щоб уникнути розвитку інфекції.

При формуванні анастомозу довжина слизової оболонки аноректальної області між зубчастою лінією та анастомозом не повинна перевищувати 2 см

Під час проведення реконструктивної проктоколектомії із формуванням ілеоанального резервуару хірургічна бригада повинна виконати мукозектомію та у випадку нетримання скоб - ручний анастомоз

Виконання невідкладної колектомії в групі хворих на неспецифічний виразковий коліт, в яких вперше виникла гостра форма захворювання із тотальним ураженням товстої кишки показано у 30 % пацієнтів

- Доведено, що результати серйозної хірургічної операції, яка окрім того вимагає складного перед- та інтраопераційного нагляду, зазвичай є кращими за умови проведення оперативного втручання у спеціалізованих медичних закладах із великим досвідом подібних втручань, ніж у медичних закладах широкого профілю із обмеженим досвідом подібних операцій.
- Це також вірно і у відношенні до закладів, де виконують хірургічні операції з накладання анастомозу та формуванню резервуару. Крім того справа не лише у широкому досвіді проведення подібних втручань, а й у більш ефективному підході спеціалізованих закладів до профілактики небажаних явищ, що призводить до кращих наслідків оперативних втручань за життєвими показаннями у випадку виникнення ускладнень з боку встановленого анастомозу.
- Тому логічно і доречно проводити операції з накладання ілеоанального анастомозу у великих спеціалізованих медичних закладах; точне визначення «великого спеціалізованого медичного закладу» залишається предметом суперечок.

Лапароскопічна реконструктивна проктоколектомія із формуванням ілеоанального резервуару є технічно складною, але здійсненою операцією. Немає доказів існування додаткової переваги цього методу, окрім естетичної.

Медикаментозна терапія при хірургічному втручанні

Фактором ризику виникнення операційних ускладнень є прийом преднізолону у дозі 20 мг/добу або інших кортикостероїдних препаратів впродовж 6 тижнів та більше. Отже за можливості слід заздалегідь поступово знижувати дозу кортикостероїдів.

Попри відсутність наукового обґрунтування режиму відміни стероїдів логічно припустити, що одразу після проведення колектомії дозу препаратів слід зменшити до верхнього граничного значення фізіологічного синтезу кортизолу в організмі, тобто приблизно до 25 мг. Тож вважається підходящим прийом кортизолу (гідрокортизолу) у дозі 25-30 мг, або преднізолону у дозі 5-7,5 мг (2/3 дози вранці, та 1/3 - ввечері). Подальше зменшення дози кортикостероїдів залежить від дози та тривалості прийому препаратів до операції. Пацієнтам, які приймали стероїди протягом 6 місяців або довше, рекомендується знижувати дозу кортикостероїдних препаратів по 1 мг на тиждень протягом декількох місяців.

Прийом тіопуринів перед операцією не призводить до підвищеного ризику виникнення післяопераційних ускладнень

Прийом інфліксимабу у передопераційний період швидше за все не збільшує ризик виникнення інфекційних ускладнень. Втім невдовзі після операції може спостерігатися збільшення хірургічних ускладнень

Результати лікування НВК

- Частота рецидивів протягом року:
 - на тлі протирецидивного лікування - 5-20%
 - без протирецидивного лікування - 70-80%
- Стероїдозалежність, стероїдорезистентність і резистентність до імунодепресивних препаратів - 35%

Післяопераційна летальність при НВК

| | |
|----------------------------------------------|----------|
| Неефективність медикаментозної терапії | 1,5-3,5% |
| Кровотеча | 8-12% |
| Токсична дилатація | 20-25% |
| Перфорація | 50-60% |
| Колоректальний рак | 4-5% |

- Усім пацієнтам з ВК, незалежно від активності захворювання, через 6-8 років після появи симптомів слід проводити скринінгову чергову спостережну колоноскопію з метою оцінки індивідуального профілю ризику пацієнта

Коли активність захворювання обмежується прямою кишкою без ознак попереднього або поточного ендоскопічного та/або мікроскопічного запалення, що знаходиться проксимальніше від прямої кишки, включення до програми регулярної спостережної колоноскопії не є обов'язковим

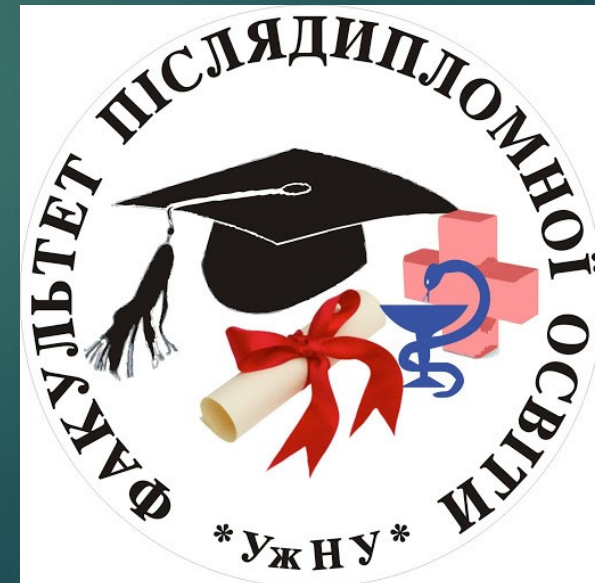
У разі наявності супутнього первинного склерозуючого холангіту (ПСХ) спостережні колоноскопії слід проводити щорічно з моменту діагностування ПСХ, незалежно від активності та тривалості захворювання

Профіль ризику розвитку колоректального раку слід визначати на підставі спостережних колоноскопії або першої спостережної колоноскопії на 6-8-й рік після перших проявів. Стратифікація ризику багато в чому залежить від активності захворювання, тяжкості ендоскопічного та/або гістологічного запалення, наявності псевдополіпів, супутнього ПСХ та випадків КРК у сімейному анамнезі

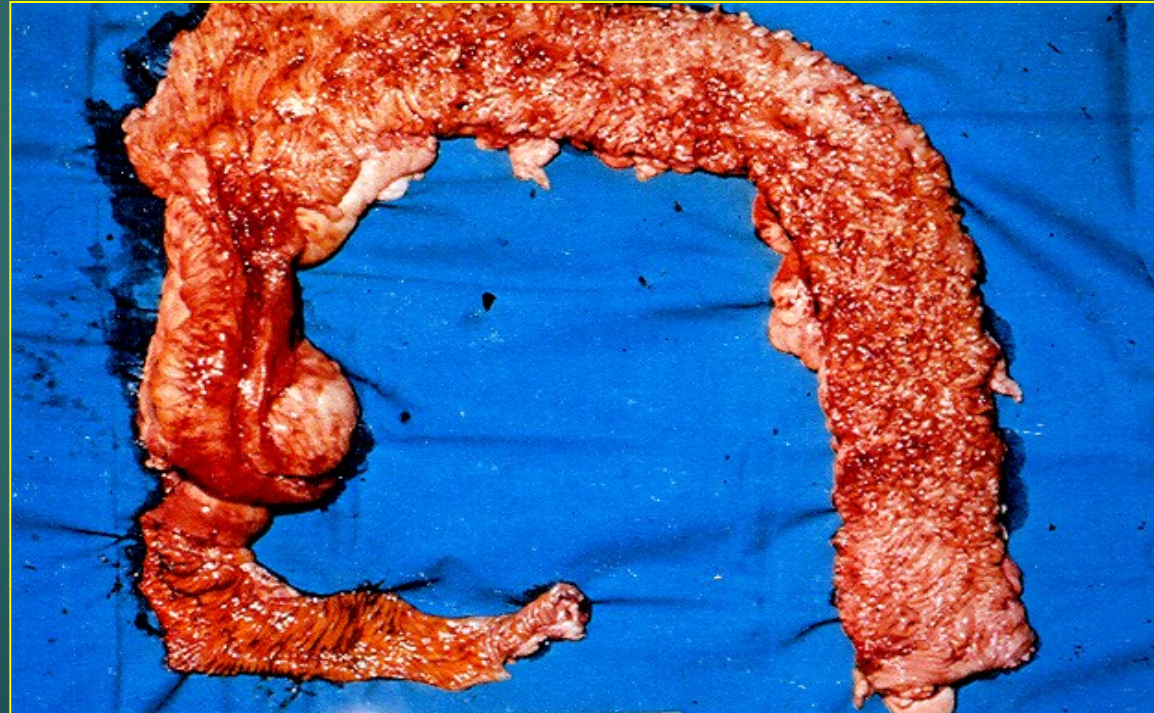
- Індивідуальний профіль ризику визначає інтервал проведення спостережної колоноскопії: кожні 1-2 роки (у групі високого ризику) або 3-4 роки (у групі низького ризику), починаючи з восьмого року після першого прояву як при поширеному, так і при лівобічному ВК

Хвороба Крона

ДОЦЕНТ РОСУЛ М.В.



Хвороба Крона - хронічне рецидивуюче захворювання невстановленої етіології, що характеризується трансмуральним сегментарним запальним процесом в різних відділах ШКТ з розвитком місцевих і системних ускладнень



- *Кількість хворих, що страждає на хворобу Крона в Україні, достеменно невідома, оскільки не створено реєстру.*
- *Існуюча системи статистичного кодування хвороб не дозволяє відрізнити різні нозологічні форми захворювань кишечника.*
- *На думку експертів орієнтовна кількість пацієнтів з ХК в Україні складає 13 800 (30,33 на 100 000 населення), з них пацієнтів з середнім та важким ступенем активності – 6,6 тис (48%).*
- *В основному, реєструється у розвинутих країнах світу.*
- *Точна етіологія невідома, і тому каузальної терапії до цього часу не існує.*
- *У Європі спостерігається північно-південний градієнт розповсюдження, однак в останні роки на півдні частота захворюваності зростає.*

Деякі дефініції згідно The European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease, European Crohn's and Colitis Organisation

Активність хв.Крона розподілена на наступні: легка, помірна та важка форми

| Легка форма | Помірна форма | Важка форма |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Еквівалент IAXK (CDAI) 150-220 Наприклад, амбулаторне захворювання, вживає їжі та пиття, втрата ваги < 10%. Без обструкції, лихоманки, зневоднення, існування утворення в | Еквівалент IAXK (CDAI) 220-450 Наприклад, періодичне блювання або втрата ваги >10%. Амбулаторне лікування хвороби неефективне, або існує чутливе утворення. Очевидна обструкція відсутня. С-реактивний | Еквівалент IAXK (CDAI) >450 Наприклад, кахексія (індекс маси тіла <18 кг/м ²), або дані щодо обструкції або абсцесу. Постійні симптоми, незважаючи на інтенсивне лікування. С-реактивний |
| черевній порожнині, або хворобливості. С-реактивний білок звичайно підвищується вище верхньої границі норми. | білок вище верхньої границі норми. | білок підвищений |

Примітка: симптоми обструкції не завжди пов'язані із запальною активністю і їх потрібно досліджувати з додатковою візуалізацією, як це далі відмічено в статті

Ремісія

Даний критерій, що використовується у більшості клінічних досліджень при відборі пацієнтів із хворобою Крона, що знаходяться в клінічній ремісії, становить ІАХК < 150.

Ефективність лікування

Ефективність лікування може бути визначена як зміна ІАХК ≥ 100 балів

Загострення

Термін «загострення» використовується для визначення спалаху симптомів у пацієнта із встановленою хворобою Крона, що знаходиться у клінічній ремісії, як спонтанній, так і після лікування. Загострення у клінічній практиці краще підтверджувати лабораторними параметрами, візуалізацією або ендоскопією. Для цілей клінічних досліджень був запропонований ІАХК >150 із зростанням більш, ніж на 70 балів.

Раннє загострення

Умовний, але клінічно релевантний період < 3 місяців після досягнення ремісії при попередній терапії визначає раннє загострення.

Загострення може бути нечастим (≤ 1 /рік), частим (≥ 2 рецидиви/рік), або безперервним (постійні симптоми активної хвороби Крона без періоду ремісії). Хоча терміни є умовними, вони вважаються клінічно релевантними.

Термін «хронічне активне захворювання», що використовувався у минулому краще уникати.

Захворювання, рефрактерне до кортикостероїдів

Пацієнти, які мають активне захворювання, незважаючи на преднізолон аж до 0,75 мг/кг/день впродовж 4-х тижнів.

Захворювання –залежне від кортикостероїдів

Пацієнти, що

- i) нездатні знизити дозу кортикостероїдних препаратів нижче еквіваленту преднізолону у 10 мг/день (або будесоніду нижче 3 мг/день) протягом 3 місяців після початку прийому ГКС, без рецидивного активного захворювання, або
- ii) ті, хто мають загострення протягом 3 місяців після припинення прийому кортикостероїдів – мають захворювання, залежне від ГКС.

Рецидив

Термін «рецидив» найкраще використовується для визначення повторної появи уражень після хірургічної резекції (у той час, як загострення відноситься до повторної появи симптомів, див. вище).

Клінічний рецидив

Поява нових симптомів ХК після повної резекції макроскопічного захворювання за умови (для цілей клінічних досліджень), що рецидив уражень підтверджений.

Морфологічний рецидив

Поява нових уражень ХК після повної резекції макроскопічних проявів хвороби, зазвичай, в неотермінальному відділі клубової кишки та/або в анастомозі, що виявляються при ендоскопії, радіологічному обстеженні та при операції.

Ендоскопічний рецидив зараз оцінюється та класифікується згідно з критеріями Rutgeertsetal:

0 - ураження відсутні;

1. - менше 5-ти афтозних уражень;

2. - більше, 5-ти афтозних уражень з нормальною слизовою оболонкою між ураженнями, або неурражені сегменти більших уражень, або ураження, обмежені зоною тонко-товстокишкового анастомозу (< 1 см);

3. - дифузний афтозний ілеїт з дифузною запаленою слизовою оболонкою;

4. - дифузне запалення клубової кишки з більшими виразками, гранульомами або звуженням. Гіперемія та набряк самі по собі не вважаються ознаками рецидиву).¹⁵ Також усі післяопераційні зміни, що були візуалізовані при ультразвуковому дослідженні або КТ/МРТ, не є специфічними індикаторами рецидиву захворювання.

Локалізоване захворювання

Кишкова хвороба Крона з ураженням кишечника довжиною не більше 30 см. Це звичайно стосується ілеоцекальної локалізації (< 30 см клубова кишка ± права товста кишка), однак може бути застосовано до ізольованого захворювання товстої кишки, або, ймовірно, до захворювання проксимальної частини тонкого кишечника.

Розповсюджена хвороба Крона.

Кишкова хвороба Крона, що уражує > 100 см кишечника у будь-якій локалізації. Це стосується загального запалення в переривчастих сегментах. Коли існує явна «сіра зона» ураження (між 30 та 100 см), і ця зона випадкова - це визначення розповсюдженого захворювання більше запального процесу та вимагає залучення засобів медичного та хірургічного призначення для лікування цього ступеня хвороби.

ХК найчастіше виявляється у пізньому підлітковому віці або у молоді і рівномірно розповсюджена поміж обох статей. Симптоми при виявленні різняться в залежності від локалізації, перебігу та тяжкості захворювання, а також від наявності позакишкових проявів та методів лікування.

Критерії діагнозу ХК

Клінічні

часті тривалі болі в правій клубової області протягом 6 тижнів у поєднанні з діареєю і втратою маси тіла

інфільтрат в черевній порожнині
довгостроково незагойні періанальні ураження (тріщини, свищі, абсцеси)

шкірно-кишковий свищ (часто після операції)



Симптоми ХК гетерогенні, однак у більшості випадків включають:

біль у животі, діарею протягом більше 6 тижнів, та/або втрату ваги.

Ці симптоми можуть викликати підозру на ХК, особливо у пацієнтів молодого віку. Часто відзначаються системні симптоми нездужання, анорексії та лихоманки

Зараз відсутній єдиний золотий стандарт для діагностики ХК.

Діагноз підтверджується клінічною оцінкою та комбінацією ендоскопічних, гістологічних, радіологічних та/або біохімічних досліджень.

Генетичне тестування на сьогодні не рекомендовано для рутинної діагностики або лікування ХК.

Сучасна точка зору ґрунтується на тому, що діагноз встановлюється за допомогою комбінації клінічних ознак, що суворо не визначені, вигляду при ендоскопії, радіології, гістології, хірургічних знахідок, та, останнім часом, серології.

Це все ще призводить до діагностичних перепон.

Зміна діагнозу на ВК у перший рік трапляється близько у 5 % випадків.

Повний анамнез має включати детальне опитування стосовно початку симптомів, недавньої подорожі, непереносимості їжі, медикаментозного лікування (включаючи антибіотики та нестероїдні протизапальні препарати), та історію апендектомії.

Особлива увага має бути приділена переконливо доведеним факторам ризику, включаючи паління, сімейний анамнез та недавно перенесений інфекційний гастроентерит.

Є доречним ретельне опитування стосовно нічних симптомів, ознак позакишкових маніфестацій, включаючи ротові, шкірні, офтальмологічні, або суглобові, епізоди перианального абсцесу або анальної тріщини.

Загальне обстеження включає загальний стан, частоту пульсу, тиск крові, температуру, м'якість або напруженість живота, утворення, що пальпуються, обстеження паху та ротової порожнини, та пальцеве обстеження прямої кишки. Рекомендується визначення ваги та розрахунок індексу маси тіла.

Паління, попередня апендектомія та сімейна історія ЗЗК відображають фактори ризику для розвитку ХК.

Інфекційний гастроентерит супроводжується підвищеним ризиком (чотириразовим) розвитку ХК, особливо у наступний рік, хоча абсолютний ризик залишається низьким.

Ретроспективні дослідження нестероїдних протизапальних препаратів як фактора ризику ХК є не менш суперечливими.

Первинні лабораторні дослідження

Перевірка ознак гострої та/або хронічної запальної реакції, анемії, зневоднення організму та ознак недостатнього харчування або мальабсорбції.

Первинні лабораторні дослідження мають включати

- С-реактивний білок ,
- розгорнутий аналіз крові.
- вимірювання швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ)
- фекальний калпротектин.
- Рекомендується мікробіологічне тестування у відношенні інфекційної діареї, включаючи токсин *Clostridium difficile*

Жоден із вказаних вище параметрів не є достатньо специфічним, щоб дозволити диференціювати захворювання від ВК або кишкової інфекції.

Критерії діагнозу ХК

**РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ і
ЕНДОСКОПІЧНІ
запалення клубової
кишки
стриктури тонкої і
товстої кишки
міжкишкові свищі
уривчастість
(дискретність) ураження
щілиновидні виразки у
вигляді «бруківки»**



При підозрі на ХК колоноілеоскопія та біопсії з термінального відділу клубової, а також із кожного сегменту товстої кишки для пошуку мікроскопічних даних про ХК є першими процедурами для встановлення діагнозу . Незалежно від знахідок при колоноілеоскопії, рекомендуються подальші дослідження для вивчення локалізації та поширення будь-якої форми ХК у верхньому відділі шлунково-кишкового тракту або у тонкій кишці

Оглядова радіографія черевної порожнини є цінною в первинній оцінці пацієнтів з підозрою на тяжку ХК, оскільки вона надає дані про розширення тонкої 44 або товстої кишки, кальцифіковані камені, сакроілеїт, або відображення маси в правій клубовій ямці. Вона не являється діагностичним тестом для ХК.

ХК може поразати клубову кишку поза досяжністю ендоскопу або включати більш дистальні відділи тонкої кишки (10% пацієнтів). Додатково на час діагнозу 15,5% пацієнтів мають проникаючі ураження (фістули, флегмони або абсцеси).⁴³ Ендоскопія та радіологія – це взаємодоповнюючі техніки для визначення місця та поширеності захворювання, так, щоб можна було спланувати оптимальне лікування

Для достовірного діагнозу хвороби Крона необхідно отримувати «множинні» біопсії із п'яти місць по усій довжині товстої (включаючи пряму кишку) та клубової кишки. Множинні біопсії включають, як мінімум, два зразки з кожного місця

Зразки біопсій мають супроводжуватись клінічною інформацією, включаючи вік пацієнта, тривалість захворювання, тривалість та тип лікування

Усі зразки біопсій перед транспортуванням необхідно негайно фіксувати шляхом занурення в забуферений формалін або еквівалентний розчин .

Оскільки ураження можуть бути слабкими або фокальними, рекомендується вивчати множинні зрізи з кожного зразка

Імовірність встановлення діагноза “хвороба Крона” за результатом гістологічного дослідження біоптатів товстої кишки складає 23-30%

| Шкала | Застосовність | Ступінь | Описання |
|----------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ендоскопічна підшкала Mayo | НВК | Mayo 0 | Нормальна слизова, чи та, що загоїлася |
| | | Mayo 1 | Збіднілий судинний малюнок, помірна ранимість, еритема |
| | | Mayo 2 | Відсутність судинного малюнка, значна ранимість, ерозії |
| | | Mayo 3 | Спонтанна кровотеча, великі виразки |
| Шкала Rutgeerts | Післяопераційні прояви ХК | i0 | Нема уражень в неотермінальній клубовій кишці |
| | | i1 | < 5 афтозних виразок |
| | | i2 | >5 афтозних виразок з незміненою слизовою між ними with normal mucosa in-between, чи пропущені ділянки з більшими ураженнями, чи ураження/виразки (< 1 см), що відносяться до анастомозу |
| | | i3 | Дифузний афтозний ілеїт з розповсюдженням запаленням слизової |
| | | i4 | Дифузне запалення з великими виразками, вузлами і/або стенозом |
| CDEIS | Кишкові прояви ХК | Глибокі виразки (в усіх досліджених сегментах) | Відсутність (0 балів) Наявність (12 балів) |
| | | Поверхневі виразки (в усіх досліджених сегментах) | Відсутність (0 балів) Наявність (6 балів) |
| | | Поверхня, залучена до захворювання (в усіх досліджених сегментах) | 0-10 (відповідно візуальній аналоговій шкалі трансформації, який представляє весь клубово-товстокишковий сегмент) |
| | | Поверхня, вкрита виразками (в | 0-10 (відповідно візуальній аналоговій шкалі трансформації, який представляє весь клубово- |
| | | | |

| | | | |
|--------|-------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | усіх досліджених сегментах) | товстокишковий сегмент) |
| | | Звиразкований стеноз (будь-де) | Немає (0 балів) Є (3 бали) |
| | | Стеноз без виразкування(будь-де) | Немає (0 балів) Є (3 бали) |
| SES-CD | Кишкові прояви ХК | Виразки (в усіх досліджених сегментах) | Немає (0 балів) Афтозні виразки, 0.1 -0.5 см (1 бал) Великі виразки, 0.5-2 см (2 бали) Дуже великі виразки, >2 см (3 бали) |
| | | Звиразкована поверхня (в усіх досліджених сегментах) | Немає (0 балів) < 10% сегменту (1 бал) 10-30% сегменту (2 бали) > 30% сегменту (3 бали) |
| | | Уражена поверхня (в усіх досліджених сегментах) | Немає (0 балів) < 50% сегменту (1 бал) 50-75% сегменту (2 бали) > 75% сегменту (3 бали) |
| | | Звуження (в усіх досліджених сегментах) | Немає (0 балів) Одиничне, прохідне для ендоскопу (1 бал) Множинні, прохідні для ендоскопу (2 бали) Не прохідне, повний стеноз (3 бали) |

Ендоскопічна диференціація неспецифічного виразкового коліту (НВК) і хвороби Крона (ХК)

| Ознаки | НВК | ХК |
|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Безперервність запальних змін | Характерна (завжди) | Інколи |
| Сегментарні зміни | Немає | Часто |
| Зміни у прямій кишці | Практично завжди (до 100%) | Часто відсутні (менше 50%) |
| Судинний рисунок | Стертий або відсутній | Частіше збережений |
| Кровотечі | Дуже часто (зазвичай) | Інколи |
| Вразливість слизової | Дуже часто | Інколи |
| Кровоточивість (контактна) | Типова | Менш типова |
| Зернистість/гранулююча поверхня | Зазвичай | Рідше |
| Набряк | Звичайний | Звичайний |
| Слизова у вигляді «бруківки» | Немає | Характерний |
| Афтозні ерозії | Немає | Характерні |
| Поверхневі виразки | Інколи | Часто |
| Великі виразки, більше 1 см | В тяжких випадках | Характерні |
| Довгі глибокі виразки | Рідко | Часто |
| Лінійні виразки | Рідко | Часто |
| Звивисті виразки | Рідко | Часто |
| Псевдополіпи | Характерні | Інколи |
| Містки слизової оболонки | Інколи | Інколи |
| Слизова навколо виразкування | Змінена | Не змінена |
| Чітка межа між ураженими і неураженими сегментами | Наявна | Немає |
| Звуження/стриктури | Рідко | Часто |
| Нориці | Рідко | Часто |

МР та КТ ентографія або ентоклізіс являє собою техніку візуалізації з найвищою діагностичною точністю для виявлення ураження кишечника та проникаючих уражень при ХК

Трансабдомінальне ультразвукове дослідження (УЗД) являє собою іншу неіонізуючу техніку візуалізації, що може дати інформацію щодо активності захворювання, зокрема для ХК, що обмежена клубовою кишкою.

Капсульна ендоскопія тонкої кишки (КЕТК) має вищу чутливість порівняно з МРТ або КТ для діагностики уражень тонкої кишки, зокрема для виявлення поверхневих уражень слизової оболонки. КЕТК може використовуватись як тест першої лінії після виключення значного стенозу при використанні капсули прохідності або як тест другої лінії у пацієнтів, у яких залишається високою клінічна підозра на ХК, незважаючи на негативні оцінки методами ілеколоноскопії та радіології.

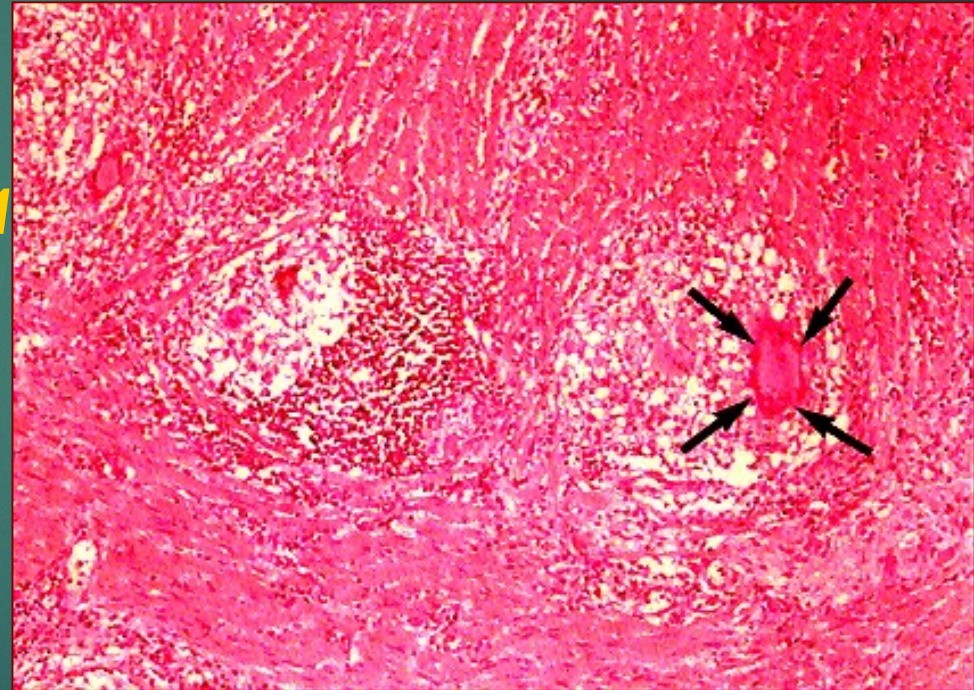
КТ та МРТ – також рекомендовані техніки для виявлення екстрамуральних ускладнень ХК.

Може бути використана трансабдомінальна ультрасонографія, однак її діагностична точність нижча

ХК, що включає верхній кишково-шлунковий тракт, майже неминуче супроводжується залученням тонкої або товстої кишки. Біопсія шлунку може бути корисною, якщо пацієнт має неklasифікований коліт, через те, що фокальний активний гастрит за відсутності утворення виразок може бути ознакою ХК

Критерії діагнозу ХК

МОРФОЛОГІЧНІ
епітеліоїдна
гранульома в різних
шарах стінки кишки
і в лімфатичних
вузлах
глибока виразка-
тріщина



Таблиця 3.2. Макроскопічні характеристики для діагностики хвороби Крона

- ураження клубової кишки*;
- пряма кишка звичайно не уражена;
- зливні глибокі лінійні виразки, афтозні ерозії;
- глибокі тріщини;
- фістули;
- виражений шар брижжового жиру*;
- переривчасті ураження (сегментне захворювання);
- вузлуваті ущільнення слизової оболонки. Слизова оболонка має вигляд «бруківки»;
- потовщення кишкової стінки*;
- стриктури.

*Типові характеристики хвороби Крона, на відміну від інших станів.

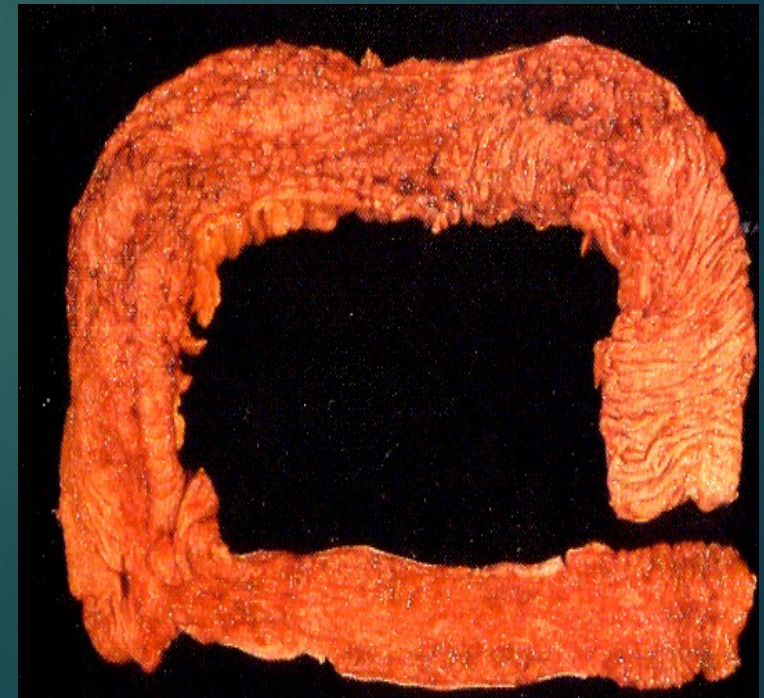
Таблиця 3.3. Макроскопічні характеристики для діагностики хвороби Крона в операційному зразку

- трансмуральне запалення*;
- інтегральні ознаки запалення, трансмуральна лімфоїдна гіперплазія*;
- субмукозальне потовщення (розповсюдження фіброзу-фібром'язевої облітерації та запалення);
- щілини;
- аркоїдна гранулома (включаючи таку, що знаходиться в лімфатичних вузлах);
- аномалії нервової системи черевної порожнини (субмукозальна гіперплазія нервових волокон та гангліоніт)*;
- збереження відносно незміненого епітелію-муцину (бокаловидні клітини часто в нормі).

*Типові відмінні характеристики для діагностики хвороби Крона, на відміну від інших станів.

ХК була класифікована щодо:

- фенотипу захворювання (Римська або Віденська класифікація, що була модифікована в Монреалі);
- активності захворювання (в основному, відповідно до індексу активності хвороби Крона (ІАХК));
- відповіді на терапію (в основному, кортикостероїдами), «резистентна до кортикостероїдів» або «залежна від кортикостероїдів» (див. вище) класифікація ХК



Монреальська класифікація фенотипів

Монреальський перегляд (2005) Віденської класифікації зараз вважається міжнародним стандартом ділення фенотипів на підтипи при ХК.



1. Вік хворого - це вік, коли діагноз хвороби Крона був вперше остаточно встановлений рентгенологічно, ендоскопічно, гістологічно або оперативним шляхом:

- A1 - 16 років або молодше;
- A2 - 17-40 років;
- A3 - старше 40 років.

2. Локалізація запального процесу - оцінюється весь залучений сегмент (сегменти) шлунково-кишкового тракту в будь-який час перед першою резекцією. Мінімальна ступінь залучення: будь афтозне пошкодження або виразка. Недостатня гіперемія і набряк слизової оболонки.

Для класифікації по локалізації потрібні обстеження і тонкої, і товстої кишки:

- L1 - термінальний ілеїт - хвороба обмежена межами клубової кишки (нижня третина тонкої кишки) з проникненням або без проникнення в сліпу кишку;
- L2 - коліт - будь-яка локалізація в товстій кишці між сліпою кишкою і прямою кишкою без залучення тонкої кишки або верхнього відділу шлунково-кишкового тракту;
- L3 - ілеоколіт - поразка термінального відділу з залученням або без залучення сліпої кишки, і будь-яка локалізація між висхідним відділом товстої кишки і прямої кишкою;
- L4 - верхній відділ шлунково-кишкового тракту - проксимальніше термінального відділу (виключаючи порожнину рота), незалежно від додаткового залучення термінального відділу клубової кишки або товстої кишки.

Поєднання локалізацій:

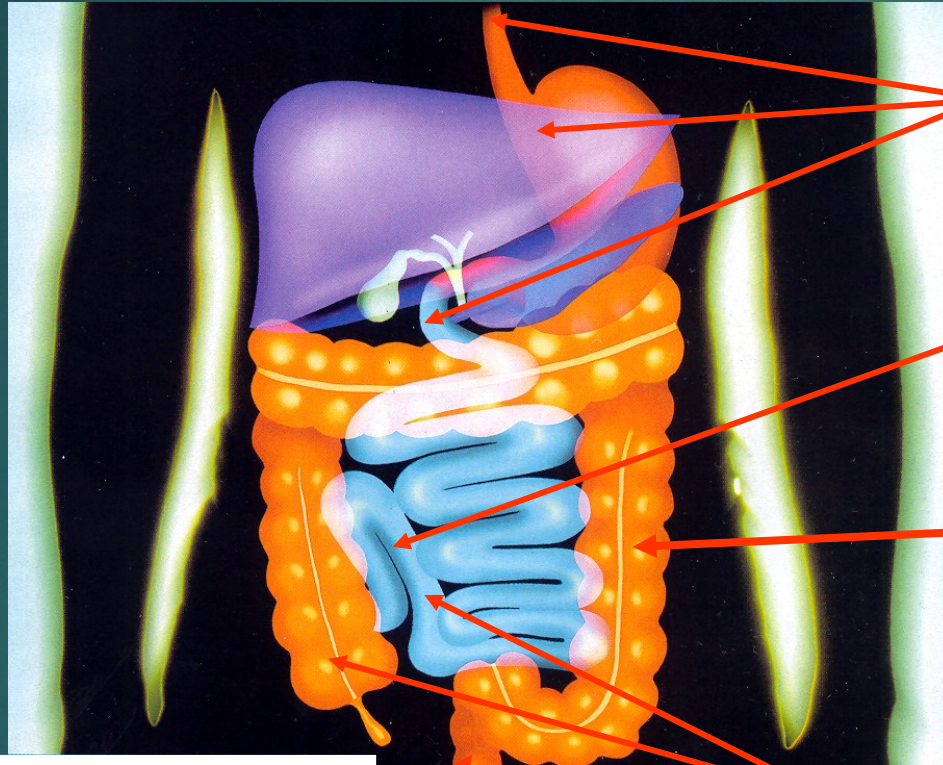
- L1 + L4;
- L2 + L4;
- L3 + L4.

3. Фенотип (форма) захворювання:

- Запальна форма (B1) - запальний характер перебігу захворювання, яке ніколи не було ускладненим. Може поєднуватися з періанальною хворобою Крона (з періанальних свищом або абсцесом).
- стенозуючий або стріктуріруюча форма (B2) - звуження стінки кишки при рентгенологічному дослідженні, ендоскопії або хірургічному і гістологічному методах, з престенотіческим розширенням або симптомами обструкції. Може поєднуватися з періанальною хворобою Крона (с періанальних свищом або абсцесом).
- Пенетруюча або свищеподібна форма (B3) - виникнення інтраабдомінальних свищів, запальної маси і / або абсцесу в будь-який час протягом хвороби, виключаючи післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення. Може поєднуватися з періанальною хворобою Крона (з періанальних свищом або абсцесом). При наявності у пацієнта і стриктури, і свищів в діагнозі вказується свищеподібна форма.

4. Класифікація за активністю (тяжкості) захворювання: оцінюється шляхом розрахунку індексу активності хвороби Крона, індексу Беста (CDAI). Протягом 7 днів визначаються частота рідкого і кашоподібного стільця; болі в животі; загальне самопочуття; наявність позакишкових проявів, свищів, анальної тріщини, лихоманки вище 37,8 С; маса тіла, прийом антидиарейні препаратів; наявність інфільтрату в черевній порожнині і рівень гематокриту.

Локалізація запального процесу при ХК



Стравохід, шлунок, 12-палої кишки - 3-5%

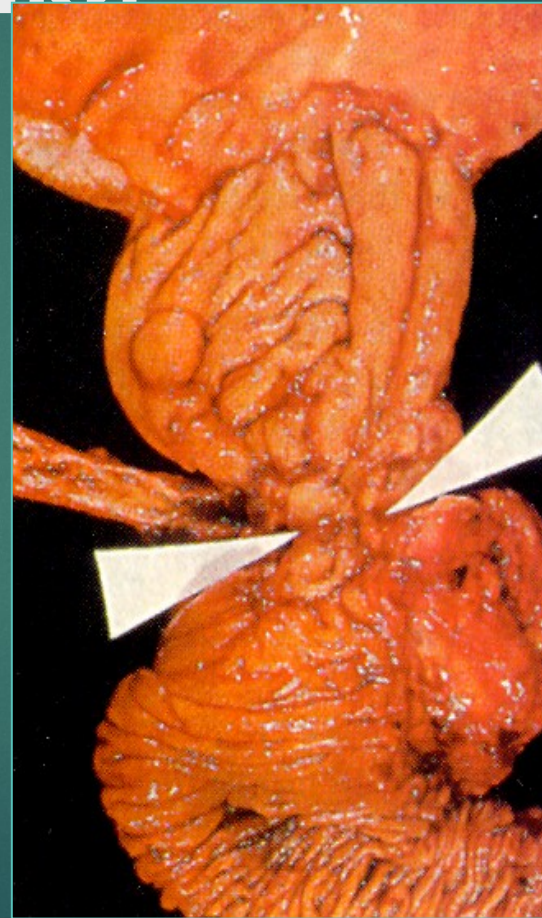
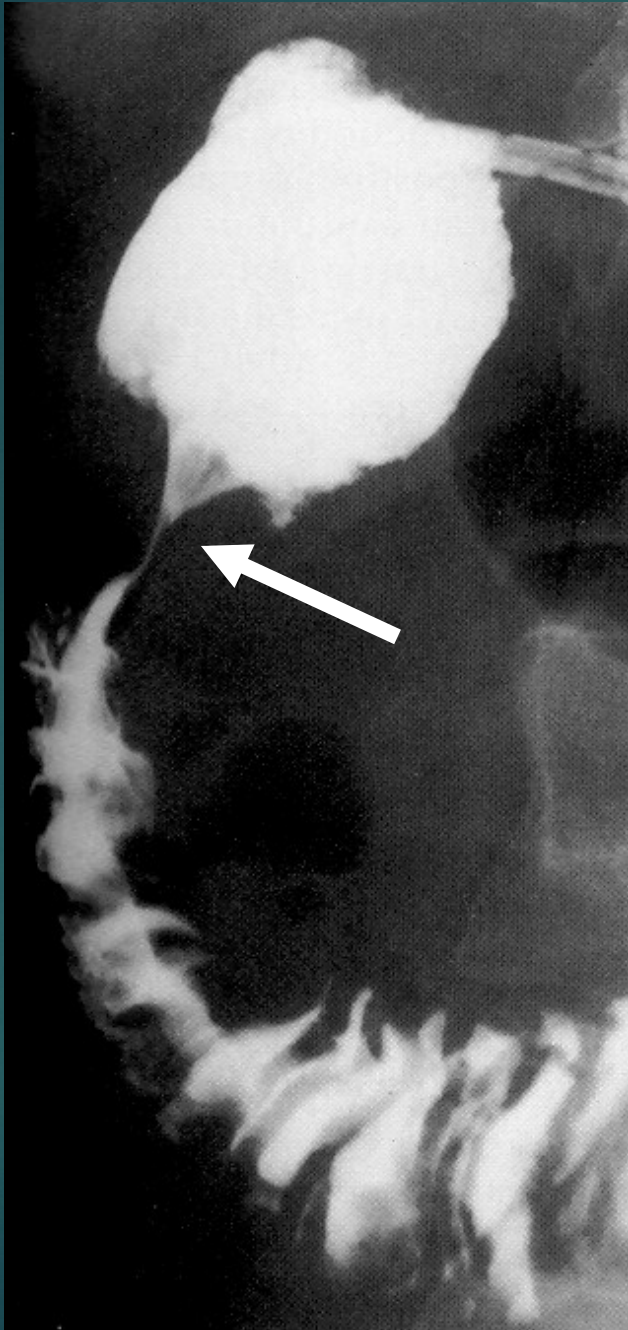
Тонка кишка – 25-30%

Товста кишка – 30%

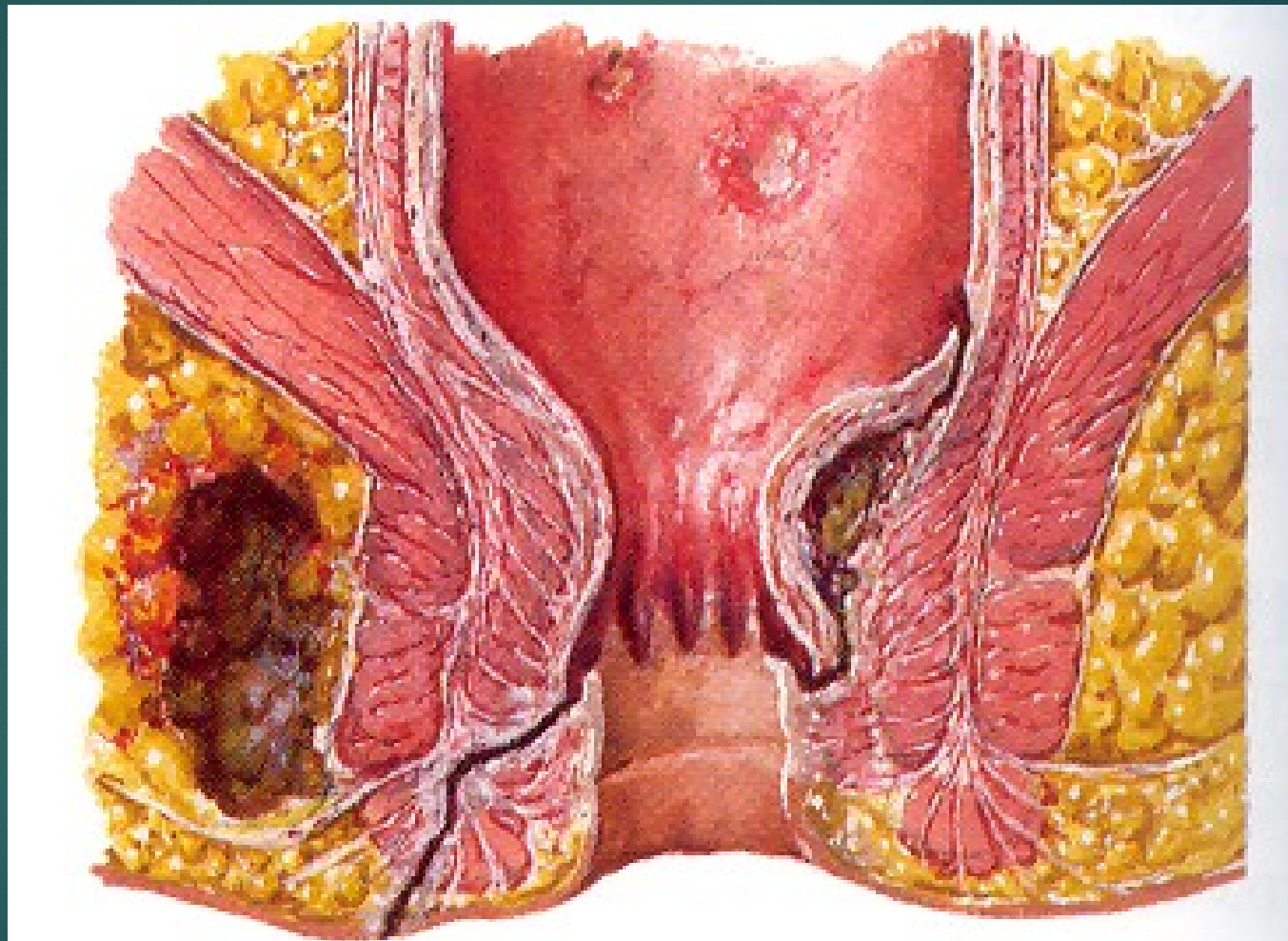
Пряма кишка-
40-50%

І тонка , і товста кишка – 40-45%

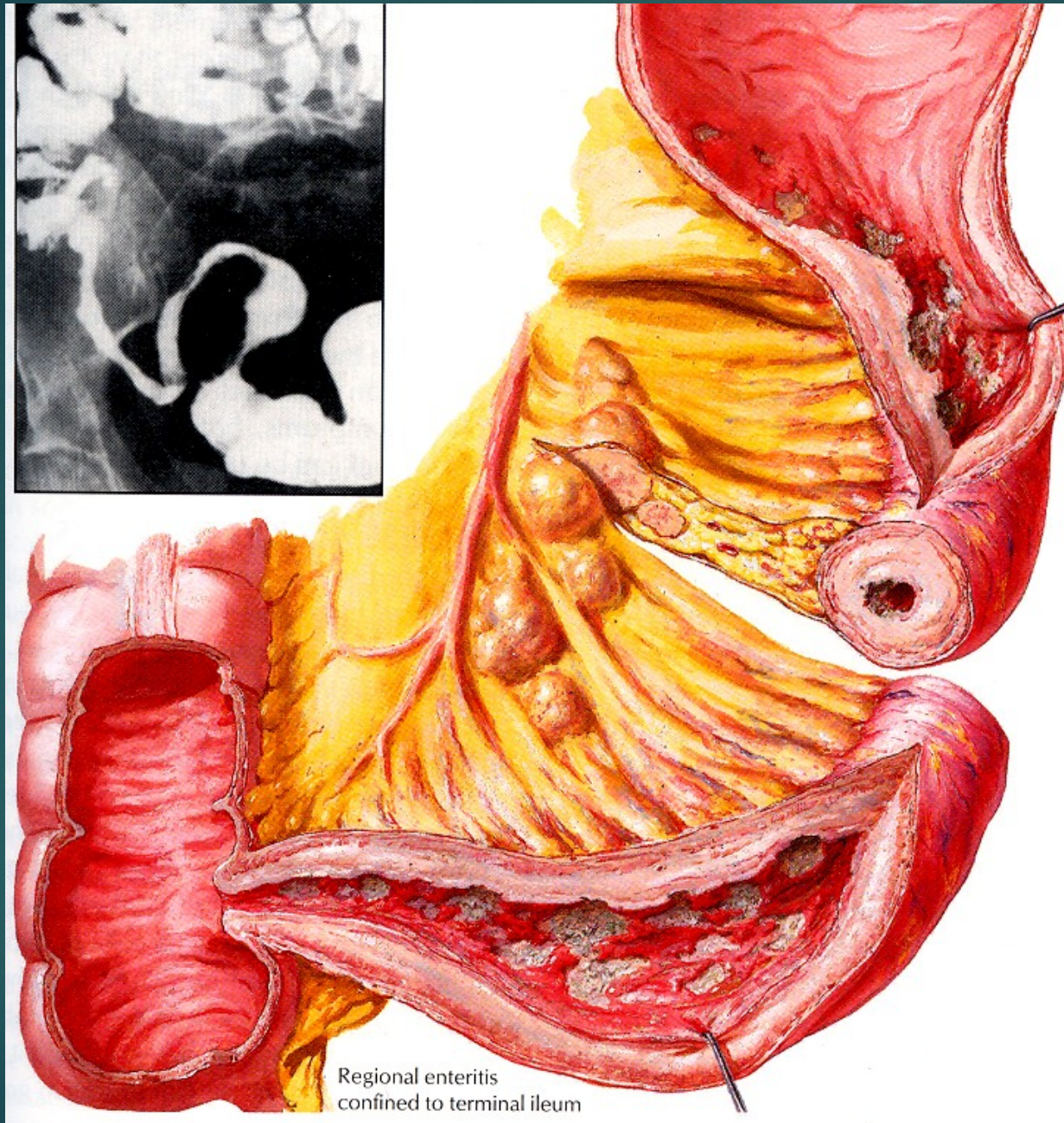
ХК ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ



Кишкові ускладнення при ХК

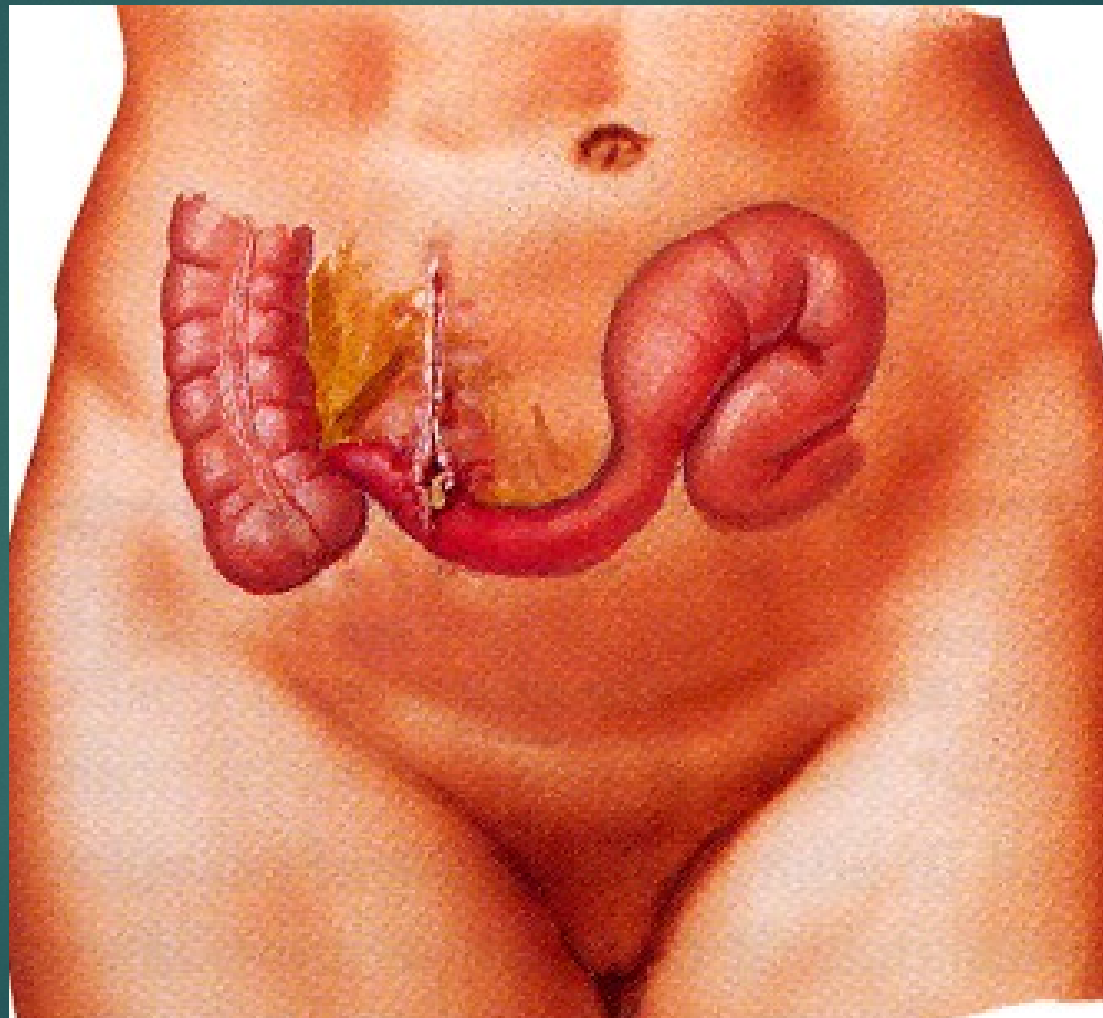


Перианальні ураження -50%



Стриктури –
30-50%

Кишкові ускладнення при ХК



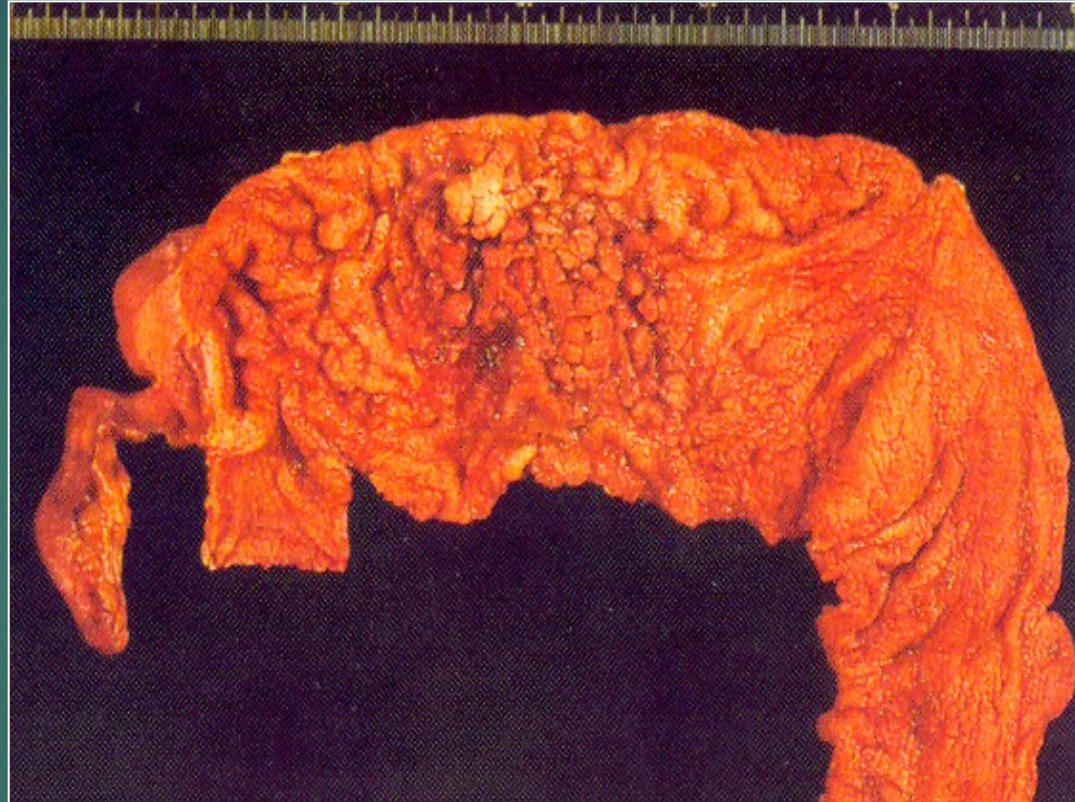
Нориці – 10%

Кишкові ускладнення при ХК



Абсцес – 5-7%

Кишкові ускладнення при ХК (рідкісні)



- ▶ **Токсична дилатація – 1-2%**
- ▶ **Колоректальний рак – 0,5-1,0%**

ХК ТОНКОЇ КИШКИ

Клінічні особливості:

серозний перитоніт
інфільтрат,

кишковий свищ

часткова або повна
кишкова непрохідність



Лікування Хвороби Крона ілеоцекальної зони з низькою активністю

У таких пацієнтів бажане лікування будесонідом в дозі 9 мг/добу.

Ефективність месалазину обмежена .

Антибіотики не рекомендуються.

У деяких випадках пацієнти з помірними симптомами можуть не отримувати лікування

Лікування Хвороби Крона ілеоцекальної зони з помірною активністю

При ХК ілеоцекальної локалізації з помірною активністю препаратами вибору є будесонід у дозуванні 9 мг/добу. або системні кортикостероїди.

Антибіотики можуть бути додані у разі можливих септичних ускладнень .

Доцільно призначення імуносупресорів: азатиоприну/6-меркаптопурину або метотрексату у комбінації з кортикостероїдами. Для пацієнтів з об'єктивними ознаками активності хвороби, у яких сформувалась резистентність/залежність, або непереносимість кортикостероїдів. У якості альтернативи слід розглядати анти-ФНП препарати. Ризики мають бути ретельно оцінені й обговорені з пацієнтом

Лікування Хвороби Крона ілеоцекальної зони з високою активністю

Лікування ХК ілеоцекальної зони з високою активністю при першій атаці слід починати з системних кортикостероїдів .

Для пацієнтів з рецидивом захворювання, які мають об'єктивні свідчення активної хвороби, показані анти-ФНП препарати в комбінації з імуносупресорами або без них.

Для деяких пацієнтів з рідкими рецидивами захворювання припустимі повторні курси кортикостероїдної терапії у поєднанні з імуносупресорами.

У той же час повинна бути прийнята до уваги і обговорена можливість хірургічного лікування

Лікування хвороби Крона з локалізацією в товстій кишці

При ХК товстої кишки може бути призначений сульфасалазин (лише у випадку низької активності) або системні кортикостероїди .

Для пацієнтів з рецидивом захворювання, які мають об'єктивні ознаки помірної чи високої активності хвороби, показані анти-ФНП агенти у комбінації з імуносупресорами або без них .

Для деяких пацієнтів з рідкими рецидивами захворювання припустимі повторні курси кортикостероїдної терапії у поєднанні з імуносупресорами.

Перед початком терапії імуномодуляторами і анти-ФНП препаратами повинна бути прийнята до уваги і обговорена можливість хірургічного лікування

Лікування поширеної ХК з локалізацією в тонкому кишечнику

При поширеній ХК з локалізацією в тонкому кишківнику у разі помірної або високої активності призначаються системні кортикостероїди та тіопурин або метотрексат .

Для пацієнтів з рецидивом захворювання, які мають об'єктивні свідчення помірної чи високої активності хвороби, показані анти-ФНП препарати у комбінації з азатіоприном або без нього .

Одночасно рекомендується відповідне лікувальне харчування .

Обговорюються хірургічні методи лікування на ранніх стадіях.

Пацієнтам з клінічними ознаками поганого прогнозу захворювання рекомендується раннє призначення тіопурину, метотрексату та/або анти-ФНП препаратів

Лікування ЖК стравоходу та гастродуоденальної зони

У пацієнтів з ураженням стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки найбільш успішне призначення інгібіторів протонної помпи , за необхідності у поєднанні з системними кортикостероїдами і тіопуринами або метотрексатом .

Анти-ФНП терапія розглядається як альтернатива при рефрактерності до інших видів лікування.

При симптомах непрохідності показані дилатаційні та хірургічні методи лікування

Хірургічне лікування

Докази, на яких засноване хірургічне лікування включають в себе дуже мало проспективних рандомізованих досліджень. Однак існують переконливі докази, що обширні резекції більше не є необхідними і є потенційно небезпечними.

Отже, існує тенденція залишити хворий кишечник без втручання, і мати справу з частиною кишечника, що відповідає за симптоми, що і є безпосередньою причиною для хірургічного лікування.

Ризик виникнення синдрому «короткої кишки» через обширну резекцію тонкої кишки, ймовірно, набагато нижчий за такої стратегії. Коли пацієнти з ХК зрештою отримують кишкову недостатність, це, як правило, є наслідком проведення декількох операцій відразу після первинного невдалого втручання протягом короткого проміжку часу, через септичні або інші ускладнення.

Зовсім інші наслідки пацієнт матиме коли операції проводяться протягом декількох років через рецидиви захворювання.

ХК з локалізацією в клубовій кишці або ілеоцекальній зоні

В разі, якщо хвороба Крона локалізована в ілеоцекальній зоні та має симптоми обструкції, але відсутні істотні ознаки активного запалення, пацієнта слід лікувати хірургічним шляхом

Супутній абсцес

Активну хворобу Крона з локалізацією в тонкій кишці з супутнім абдомінальним абсцесом бажано лікувати антибіотиками, а також проводити перкутанний або хірургічний дренаж з наступною відстроченою резекцією, за необхідності

Стриктуропластика

Стриктуропластика є безпечною альтернативою резекції при єноілеальній ХК, у тому числі при рецидиві ХК в тонкій та/або товстій кишці, з подібними короткостроковими і довгостроковими результатами. Використання традиційної стриктуропластики рекомендується, коли довжина стриктури становить < 10 см. Однак, при поширеній хворобі з довгими стриктурами сегментів кишечника, де резекція може збільшити ризик виникнення синдрому «короткої кишки», можна вдаватися до нетрадиційної стриктуропластики

Протипоказаннями до стриктуропластики є флегмона у стінці кишечника, карцинома, або активна кровотеча з ураженням слизової оболонки. Резекція може стати кращим рішенням за наявності декількох стриктур на відрізку кишечника, достатньо короткому, щоб уникнути синдрому короткої кишки.

Техніка накладання анастомозу

Існує доказ того, що найкращим методом накладання анастомозу є "широкий" анастомоз просвіту «бік у бік» (на противагу традиційного накладання анастомозу «кінець-в-кінець»)

«Випадково виявлений» ілеїт

Термінальний ілеїт при ХК, виявлений методом лапаротомії при підозрі на апендицит не слід піддавати обов'язковій резекції

Лише у разі, якщо історія хвороби вказує на обструктивні симптоми протягом більш ніж декількох днів, або стінки кишечника розширені і запалені й мають вигляд, як при типовій ХК з шаром брижового жиру, тоді досвідчений хірург має право виконати первинну резекцію.

Лапароскопічна резекція

Лапароскопічний підхід є кращим для резекції тонкої та/або товстої кишки при хворобі Крона у випадку, якщо є відповідний досвід. У складніших випадках або при рецидивній резекції, немає достатніх доказів для рекомендації лапароскопії, як методу першого вибору

Локалізоване ураження товстої кишки

Якщо при локалізованому ураженні товстої кишки необхідне хірургічне втручання (з ураженням менше однієї третини товстої кишки), то найдоцільнішим буде проведення резекції лише ураженої частини

При локалізованому ураженні товстої кишки ХК сегментна резекція матиме вищі результати частоти рецидивів у порівнянні з проктоколектомією. Тим не менше, уникнення постійної стоми зазвичай переважає ризик підвищеної частоти рецидиву

Багатосегментне ураження товстої кишки

Дво-сегментарна резекція може розглядатися як варіант хірургічного втручання у пацієнтів із встановленим показанням до операції, коли є видимі ураження обидвох кінців товстої кишки

Дилатація стриктур

Ендоскопічна дилатація стенозу при ХК є кращим методом для усунення доступних коротких стриктур. Вона повинна виконуватися лише в медичних закладах з хірургічною підтримкою

Стриктуропластика товстої кишки

Стриктуропластика товстої кишки не рекомендується

Ілеоанальний анастомоз

Усі наявні дані свідчать про те, що у пацієнтів з несподівано діагностованою ХК після проведеного ілеоанального анастомозу високий відсоток ускладнень та несприятливих наслідків. Наразі анастомоз ілеоанального резервуару не рекомендується проводити пацієнтам з колітом при ХК.

При ускладненій ХК, хірургічне втручання на ранній стадії є реальною альтернативою медикаментозній терапії

Важливою частиною хірургічного лікування є вибір пацієнтів для проведення операції. Оцінка стану здоров'я перед хірургічним втручанням включає в себе харчові, медичні, соціальні і психологічні фактори.

Куріння є основним фактором ризику розвитку виникнення післяопераційних рецидивів, таким чином усім пацієнтам з ХК слід рекомендувати кинути палити до операції.

Хоча немає доказів цього, але пацієнти з великою втратою ваги за рахунок обмежень у харчуванні ($> 10\%$ за 3 місяці), ймовірно, потребують передопераційної підтримки, і часто вимагають парентерального харчування.

Пацієнти з низьким рівнем сироваткового амальбуміну, що є або не є результатом обмеженого харчування, зазвичай мають випадки неконтрольованого сепсису. Такі пацієнти можуть виграти від лікування сепсису у комплексі з підтримуючим харчуванням.

Хірургічне втручання і прийом ліків

Все ще залишається спірним питання про те, чи є більш високий рівень післяопераційних ускладнень результатом анти-ФНП терапії під час або після абдомінальної хірургії

Вживання пацієнтом преднізолону 20 мг на день або його еквіваленту, протягом більше шести тижнів є фактором ризику виникнення хірургічних ускладнень . Таким чином, кортикостероїди мають бути скасовані, якщо це можливо

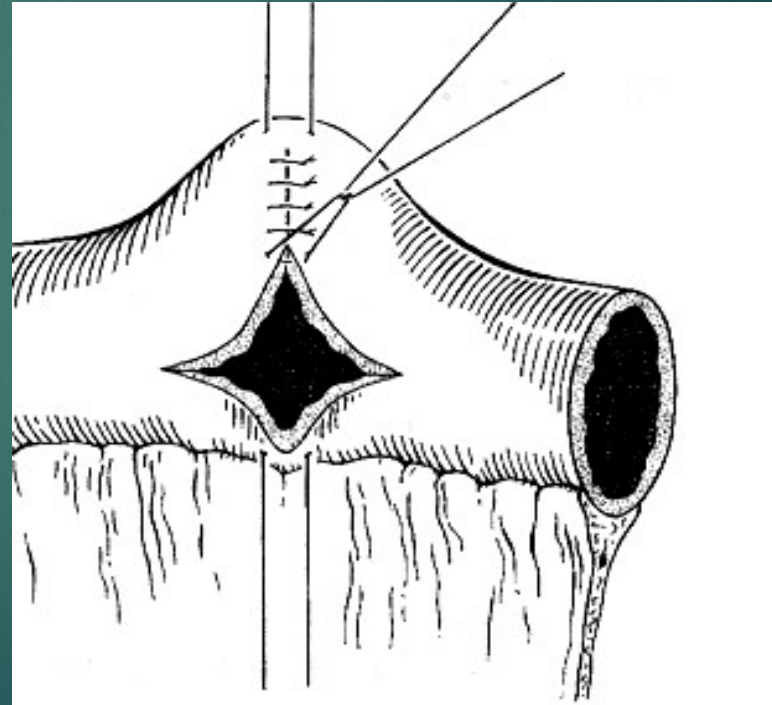
Пацієнти можуть безпечно продовжувати прийом азатіоприну у післяопераційному періоді так і поза ним

Види операцій при ХК тонкої кишки

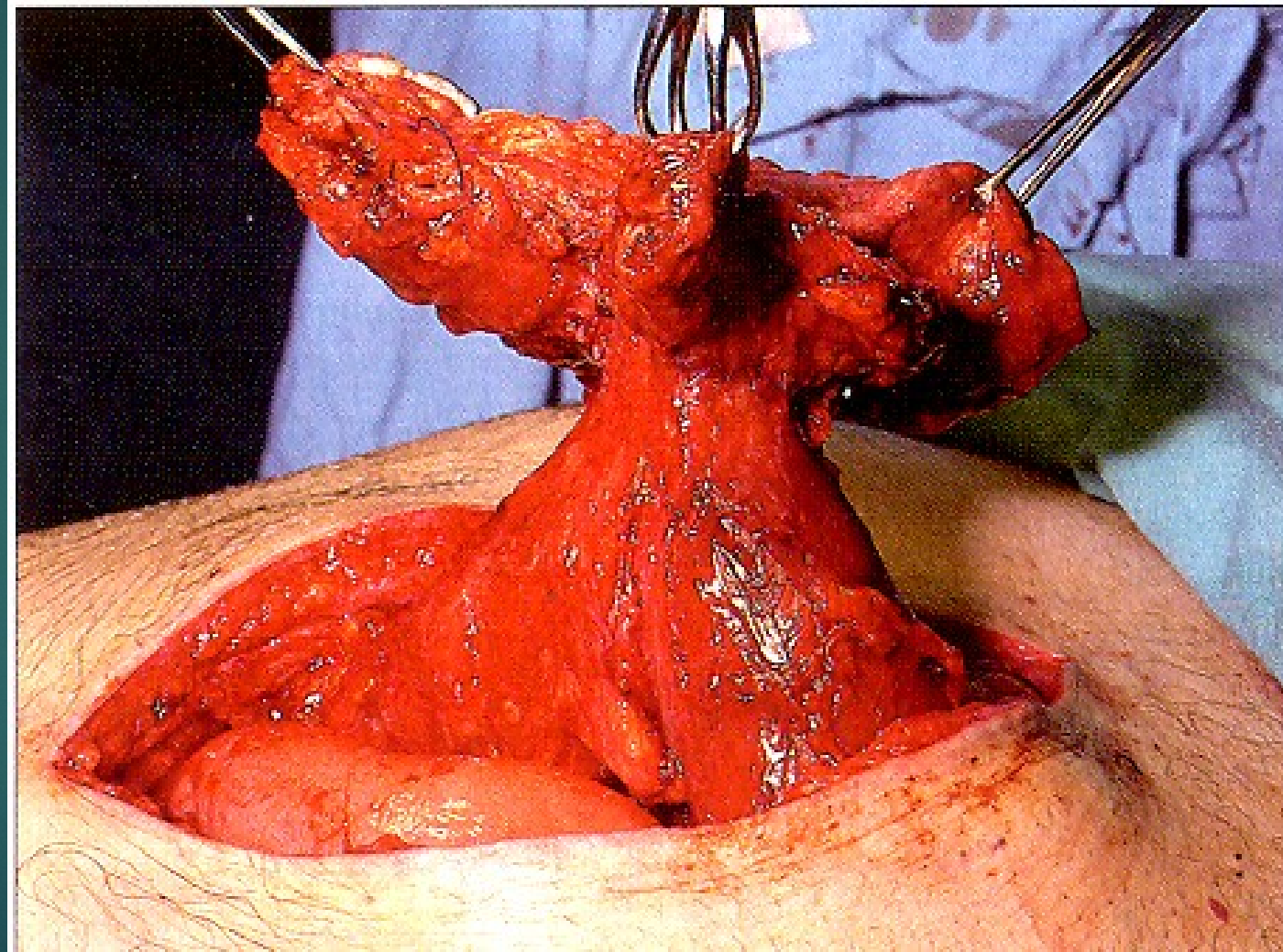
Показання до операції:


непрохідність (50-60%), нориці (30-35%)

- Резекція ураженого сегмента
- Стріктуропластика
- обхідний анастомоз



Резекція кишки з норицею

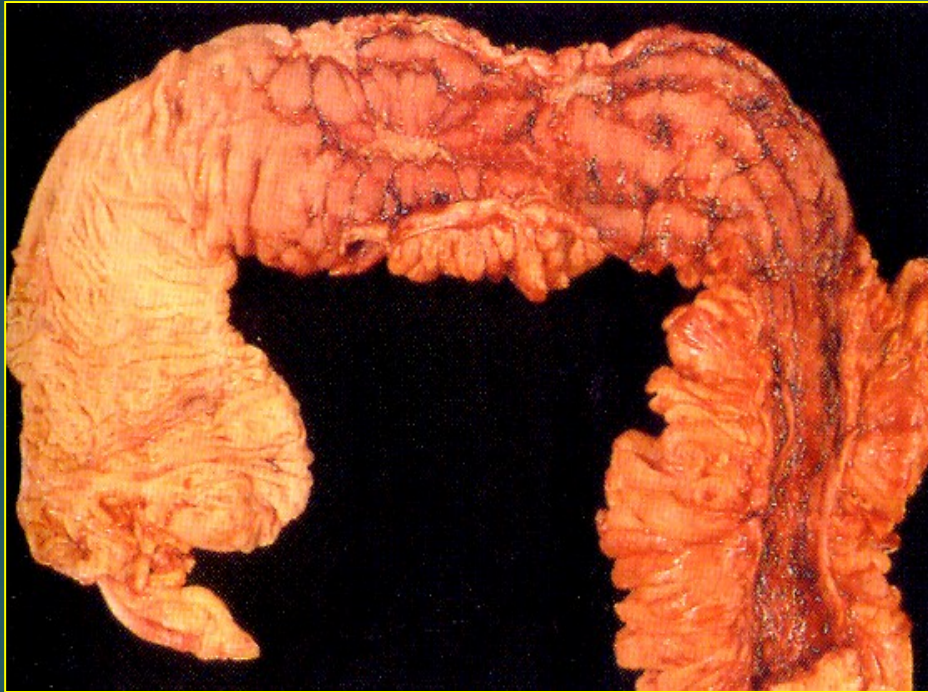




Під час хірургічного втручання у 65 % пацієнтів знаходять ураження слизової оболонки тонкої кишки, що знаходяться проксимально до меж резекції, більшість з них часто не були виявлені при радіографії. Ці ураження, однак, не впливають на післяопераційний результат, якщо вони не звужують просвіт.

Колоноілеоскопія рекомендується протягом першого року після операції у тих випадках, де це може вплинути на рішення щодо лікування

ХК товстої кишки

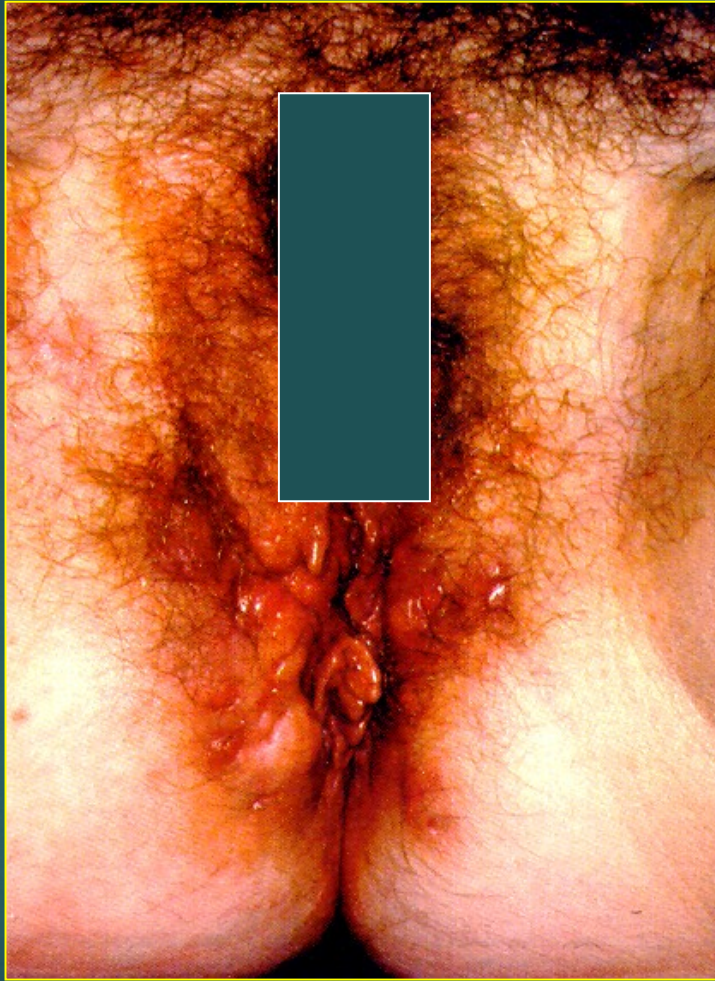


Субтотальний коліт



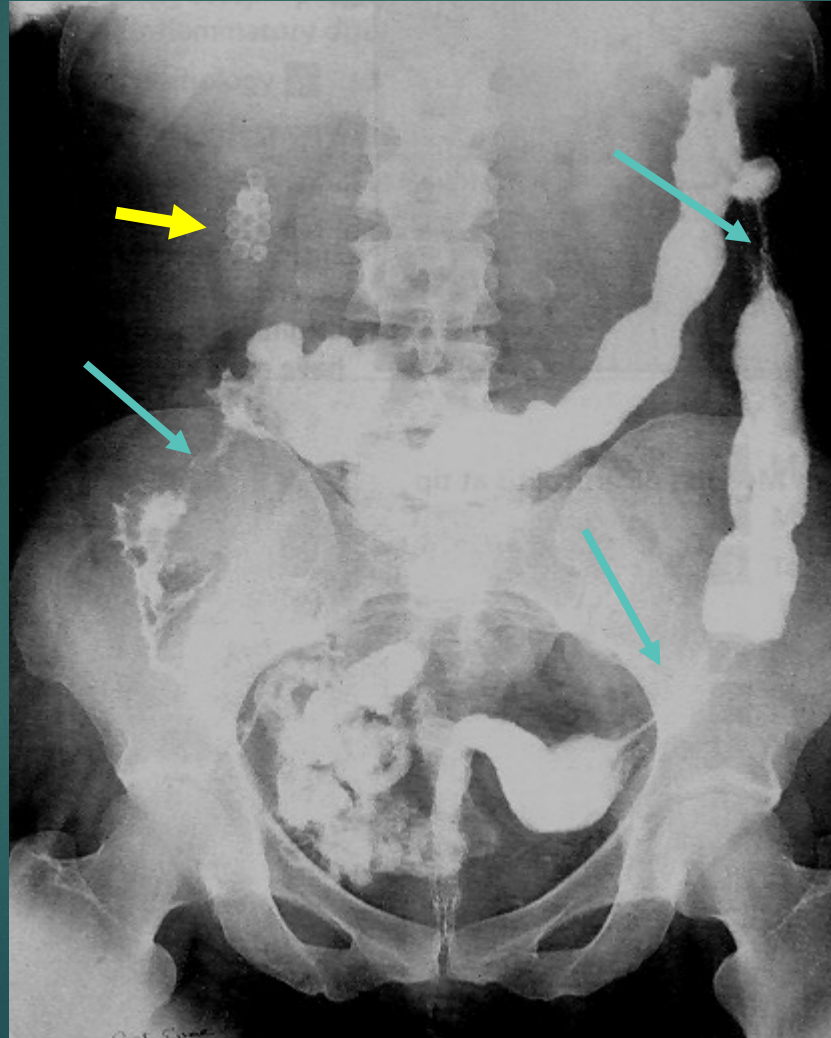
Перианальне ураження

ХК товстої кишки



Перианальні ураження

Множинні стріктури товстої кишки и холелітіаз



ХК товстої кишки



Колоноскопія – глибокі виразки

ХК товстої кишки

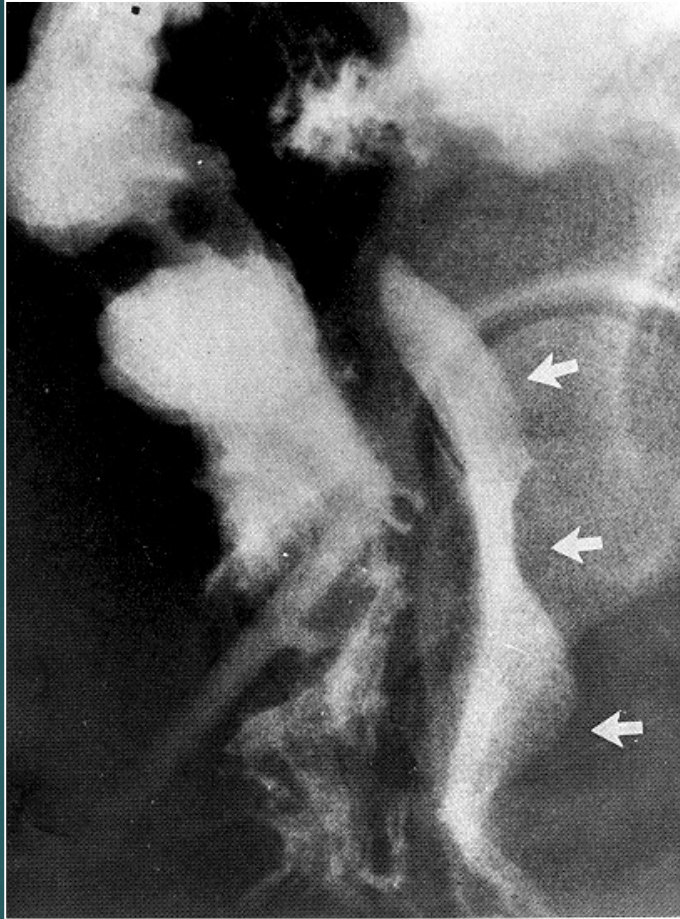


«Бруківчата мостова»

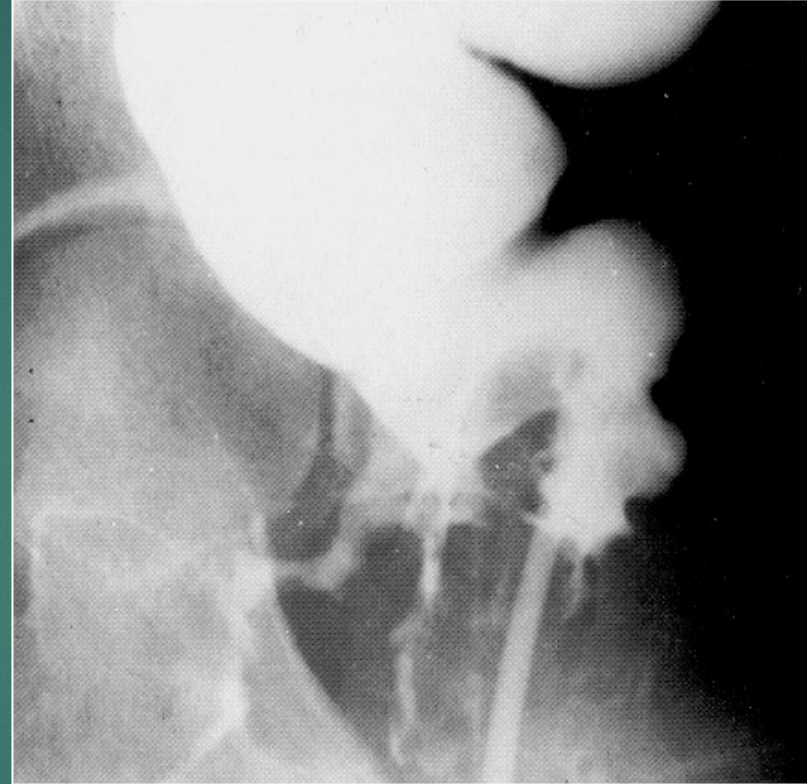


Товсто-тонкокишкова
фістула

ХК товстої кишки



Ректо-вагінальна нориця



Множинні нориці
прямої кишки

Види операцій при ХК товстої кишки

- Сегментарна резекція (нориці, локальні ураження)
- Стриктуропластика (обмежені по протяжності стриктури)
- Колпроктектомії (панколіт)
- Колектомія (коліт без ураження прямої кишки)
- Ілеостомія (сепсис, перианальні поразки)

Хірургічні втручання при перианальній хворобі Крона

- Лікування включає дренаж абсцесу та розміщення лігатури відповідно до симптомів, викликаних локалізацією та складністю фістул.
- Фістулектомію та фістулотомію слід проводити дуже вибірково через ризик нетримання.
- Для тяжкого захворювання, стійкого до медикаментозного лікування, може бути необхідною відвідна стома або проктектомія

Ентеро-гінекологічні фістули

Низькі анально-інтроїтальні фістули (пов'язані з входом у вагіну) можуть не потребувати хірургічного лікування , якщо вони асимптоматичні.

Якщо пацієнт має симптоматичну фістулу, звичайно потрібна операція (включаючи відповідну стому) . Активну хворобу Крона, особливо із ректальним запаленням, перед операцією необхідно лікувати медикаментозно

Епідеміологія післяопераційної хвороби Крона

При природньому перебігу ХК резекція кишки стає майже неминучою, оскільки, приблизно, 80% пацієнтів на тій чи іншій стадії потребують операції. На жаль, операція не виліковує, оскільки у багатьох пацієнтів хвороба невідворотно повертається. Частота післяопераційних рецидивів різниться в залежності від використаних двагностичних методів: клінічний, ендоскопічний, радіологічний або хірургічний рецидив. Вона є найнижчою, коли розглядається частота повторних резекцій, середньою - при використанні клінічних показників та найвищою при застосуванні ендоскопії в якості діагностичного інструменту

Дані подальшого ендоскопічного спостереження за пацієнтами після резекції ілео-цекального ураження показали, що за відсутності лікування частота післяопераційних рецидивів дорівнює, приблизно, 65-90% протягом 12 місяців та 80-100% протягом 3 років після операції.

Клінічний рецидив без лікування становить, приблизно, 20-25%/рік. Було показано, що післяопераційний клінічний перебіг ХК найкраще прогнозується тяжкістю ендоскопічних уражень. Симптоми, дійсно, з'являються тільки тоді, коли присутні тяжкі ураження, і не є виключенням проведення ендоскопічного спостереження за пацієнтами з чітко вираженими рецидивними ураженнями за відсутності симптомів¹ З цих причин такі клінічні показники, як CDAI (індекс активності ХК) мають низьку чутливість для того, щоб розрізнити пацієнтів, що мають і що не мають післяопераційний рецидив

Наступне вважається прогностичними факторами раннього післяопераційного рецидиву після тонко-товстокишкової резекції:

- ▶ паління,
- ▶ попередньої операції на кишечнику ,
- ▶ проникаюча манера захворювання,
- ▶ перианальна локалізація та
- ▶ широка резекція тонкого кишечника.
- ▶ Відсутність профілактичного лікування пов'язана з вищим ризиком загострення.

- ▶ Колоноілеоскопія є золотим стандартом діагностики післяопераційного рецидиву для визначення наявності та тяжкості морфологічного рецидиву та прогнозування клінічного перебігу. Колоноілеоскопія рекомендується у перший рік після операції, якщо це може впливати на рішення про лікування

Після резекцій тонкої кишки рекомендується профілактичне лікування .

Тіопурини більш ефективні, ніж тільки месалазін або імідазольні антибіотики для попередження як клінічного, так і ендоскопічного рецидиву .

У пацієнтів з фактором ризику стосовно раннього післяопераційного рецидиву препаратом вибору є азатіоприн/меркаптопурин.

Високі дози месалазину є вибором для пацієнтів з ізольованою резекцією клубової кишки .

Було показано, що імідазольні антибіотики ефективні після тонко-товстокишкової резекції, однак вони гірше переносяться .

Профілактику найкраще розпочинати через два тижні після операції, хоча не було доведено, що ранній початок кращий за більш пізнє лікування .

Профілактичні заходи мають проводитися, принаймні, 2 роки

Противорецидивне лікування при хв. Крона

- ▶ Преднізолон - 30-40 мг \ добу. до 6-24 міс.
- ▶ Азатиоприн - 100-150 мг \ добу. до 2 міс.
- ▶ Пентаса - 1.5-2.0 г \ добу. - (При ураженні тонкої кишки) або
- ▶ Салофалк (при ураженні товстої кишки) - курс до 2 років

Результати лікування хвороби Крона

Частота рецидивів протягом року:

**- 75-85% без протирецидивної
терапії**

- 40-50% на тлі лікування

Післяопераційна летальність:

3-9% планові операції

30-60% екстрені операції

Стратегія імунотерапії ЗЗК

РЕАЛІЇ - Кортикостероїди

- Неселективні імунодепресанти
(азатиоприн, 6-меркаптопурин, метатрексат)

- Селективні імуносупресори
(циклоспорин А, FK-506)

НАЙБЛИЖЧІ ПЕРСПЕКТИВИ

- Антитіла до TNF (Інфлексімаб,
Ремикейд)

- IL-10, антагоністи рецепторів IL-1

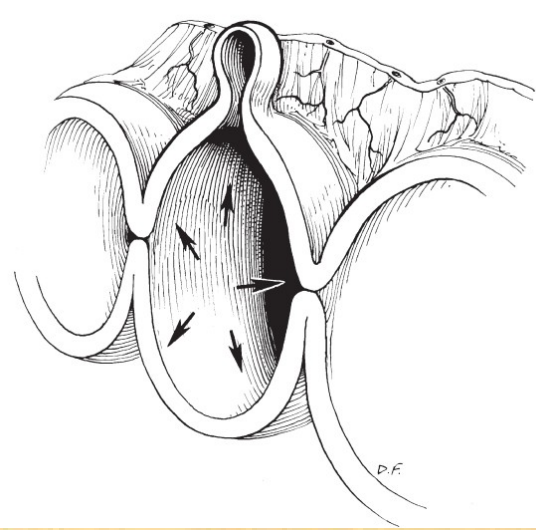
НАДІЇ І ФАНТАЗІЇ

- Антитіла до IL-1, IL-11, IL-12, INF γ ,

CD4 +

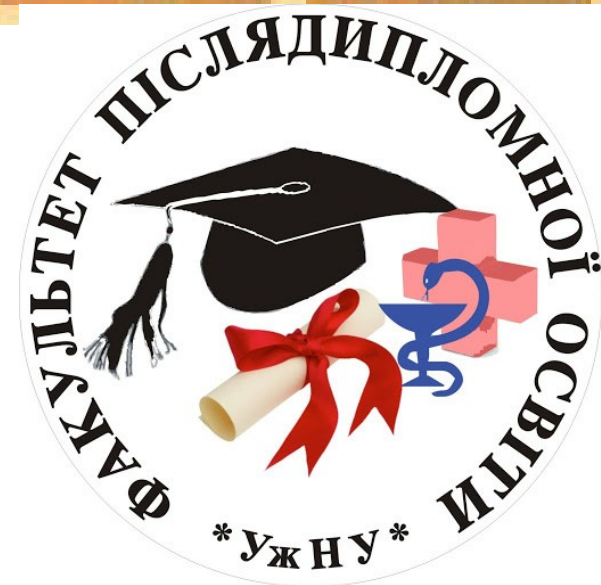
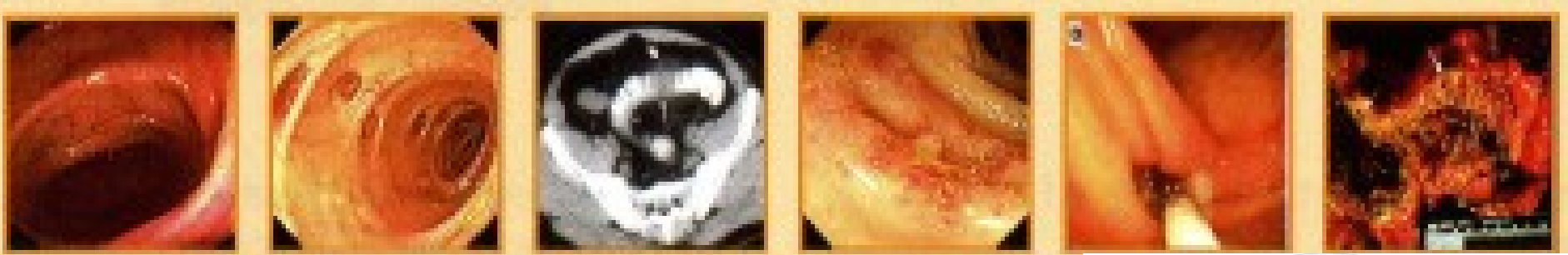
Резюме

Хоча хворобу Крона оперують частіше, ніж НВК, вилікувати можна тільки виразковий коліт, повністю видаливши всю товсту кишку (проктоколектомією).



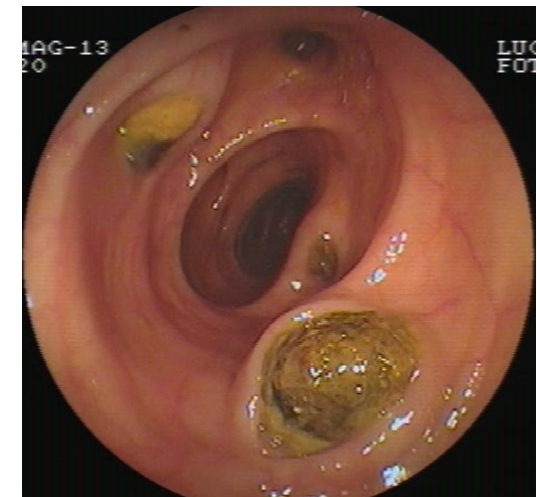
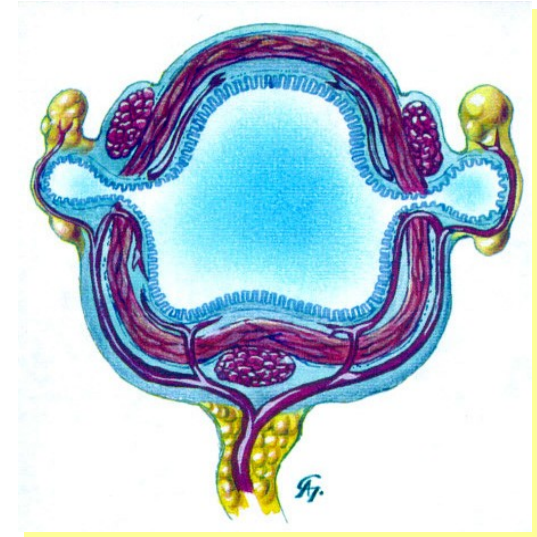
Дивертикулярна хвороба

Доц. Росул М.В.



Дивертикулярна хвороба товстої кишки або дивертикульоз товстої кишки (ДТК)

- захворювання яке супроводжується наявністю мішкоподібних випинань в стінці товстої кишки. Захворювання найчастіше уражає людей старечого та похилого віку. Найчастіша локалізація дивертикулів – сигмоподібна кишка.
- Епідеміологія: Частіше хворіють чоловіки. Захворювання розвивається
- у віці 40-60 років у 5% хворих,
- 60-80р – 30%,
- 80 і старше – 65%хворих.



Географічне поширення

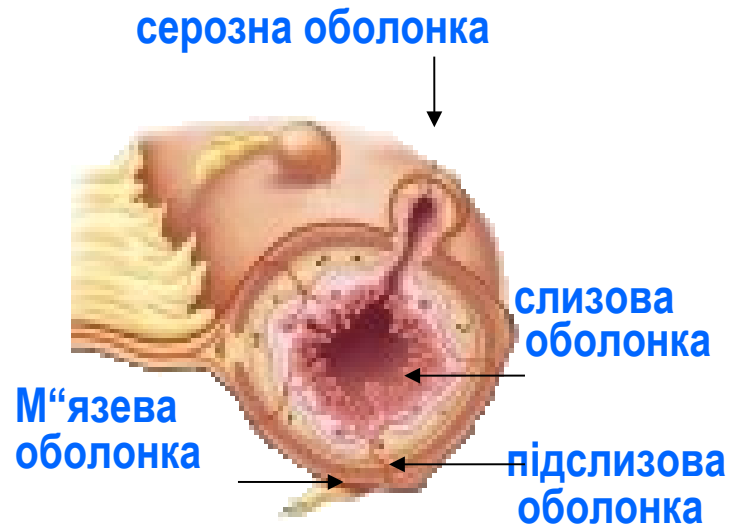
- У розвинених країнах поширеність дивертикулярної хвороби коливається в межах 5–45%. Більшість (90%) з них — це хворі з дистальною формою хвороби. Тільки в 1,5% випадків залучена винятково права половина товстої кишки .
- На противагу цьому в осіб в Африці й Азії дивертикулярна хвороба має переважно правобічну локалізацію (70–74%), особливо у висхідній ободовій кишці.
- У Сінгапурі тільки у 23% пацієнтів віком до 40 років у процес залучається сигмоподібна кишка, в 70% пацієнтів він локалізується у правій половині кишки . Молодий вік і локалізація дозволяють припустити генетичну основу розвитку дивертикулярної хвороби у Східній півкулі, але це припущення вимагає подальшого вивчення.
- Незважаючи на посилену «вестерналізацію» дієти в японців (перехід на західний характер харчування), усе ще зберігається переважання правобічної локалізації дивертикулярної хвороби, хоча кількість випадків залучення у процес лівої частини товстої кишки і збільшується.
- У Гонконгу правобічна локалізація переважає, сягаючи 76%.

- В етіології та патогенезі захворювання провідну роль відіграють слабкі місця в стінці кишки та підвищення тиску з просвіту кишки. Слабкими місцями товстої кишки є місця проходження судин (vasa recta) через циркулярний м'язовий шар у напрямку до слизової. До підвищення внутрішньокишкового тиску призводить дискоординована непропульсивна моторика, зменшення кількості рослинних волокон у калі, що призводить до уповільнення транзиту калу, а також прийом хворим речовин (зокрема жовчних кислот), що підсилюють перистальтику й зумовлюють спазм м'язів кишки.
- Встановлено, що найбільший внутрішньокишковий тиск є в сигмоподібній кишці.

Diverticulum (лат.)

«відгалуження шлях в бік»

ДИВЕРТИКУЛ (від лат.diverto, divertere - повертати, скуровуватись в інший бік) – випинання стінки порожнистого органу, яке сполучається з його просвітом



Патологічна анатомія

Дивертикули - вроджені і / або набуті
мішковидні вибухання
слизового і підслизового шарів
за межі стінки кишки,
покритих серозною оболонкою



Види дивертикулів

псевдо

неповний дивертикул

пропульсія слизової оболонки
не виходить за межі м'язового шару

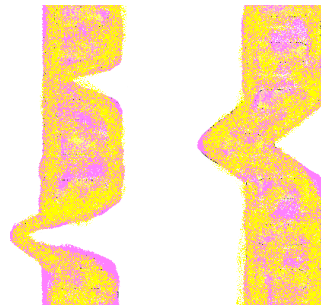


псевдо

повний дивертикул

пропульсія слизової оболонки
виходить за межі кишкової стінки

стінка не має м'язового шару
активне спорожнення утруднено



Істинний дивертикул

- стінка має м'язовий шар
- здатний активно опорожняться



**Пседодивертикул
є субстратом
дивертикулярної хвороби**

Класифікація

За виникненням

- ✓ **Природжений дивертикульоз** (зустрічається рідко, дивертикули «повні», оскільки містять всі стінки товстої кишки, можуть бути в правих відділах товстої кишки)

- ✓ **Набутий дивертикульоз** (дивертикули «неповні», містять тільки слизовий та підслизовий шар, який пролабує через м'язову стінку). Частіше виникають у лівих відділах товстої кишки.

За клінічними проявами та ускладненнями

1. Дивертикульоз без клінічних проявів;
2. Дивертикульоз із клінічними проявами;
3. Дивертикульоз із ускладненнями (дивертикуліт):
 - а) Кровотеча;
 - б) Параколичний інфільтрат (периколіт):
 - без абсцесу;
 - з абсцесом;
 - непрохідність;
 - кишкові нориці (зовнішні і внутрішні);
 - в) Перфорація у черевну порожнину •

Етіологія

- *Брак харчових волокон* як можливий етіологічний фактор розвитку ДХ уперше описали Painter і Burkitt наприкінці 1960-х років. Незважаючи на деякий опір спочатку, ця точка зору знайшла підтвердження в таких публікаціях, як Health Care Professionals Follow Up Study.
- ДХ трапляється відносно рідше у вегетаріанців.
- Ця теорія про харчові волокна як фактори захисту проти утворення дивертикулів і супутнього дивертикуліту стверджує, що нерозчинні волокна викликають утворення більш об'ємного стільця, що зменшує ефективність сегментації товстої кишки. У кінцевому результаті внутрішньокишковий тиск залишається близьким до нормальних показників під час перистальтичної діяльності.
- *Розвиток дивертикулярної хвороби.* Немає доказів зв'язку між розвитком дивертикулів і курінням, зловживанням кавою й алкоголем. Однак збільшення ризику розвитку дивертикулярної хвороби пов'язане з дієтою, що містить велику кількість червоного м'яса й жиру. Цей ризик може бути зменшений введенням у дієту великої кількості харчових волокон, особливо целюлози (фруктів та овочів).

Патофізіологія

У місцях проходження крізь м'язовий шар стінки кишки судин, т. зв. *vasa recta*, утворюються слабкі ділянки стінки, крізь які слизова оболонка й підслизовий шар (залишаючись вкритими серозою) можуть випинатися. Наслідком підвищення внутрішньокишкового тиску в окремих відрізках (сегментах) кишки є сегментація. Це прояв сильних м'язових скорочень кишкової стінки, які служать для просування вмісту або зупинки пасажу. Тиск в окремих «камерах»-сегментах тимчасово підвищується і стає більшим, ніж у несегментованому просвіті. Сегментація при дивертикульозі надмірно посилена й призводить до оклюзії обох «кінців» камер, що формуються, і, як наслідок, високого тиску в них більше 90 мм рт. ст.. Сигмоподібна кишка є звичайним місцем ураження, ймовірно, внаслідок її невеликого діаметра. Закон Лапласа пояснює це рівнянням $P = kT/R$. Більшість ускладнень унаслідок цього також локалізується в даній області. При дивертикулярній хворобі кишка як сигмоподібна, так й інші відділи стають нееластичними внаслідок декількох механізмів:

- *mucosis* — стовщення циркулярного м'язового шару, укорочення теній і звуження просвіту.
- еластин — посилене відкладення еластину між м'язовими клітинами й теніями кишки. Крім того, еластин відкладається у скороченій формі, що призводить до вкорочення *taenia* і щільнішої укладки циркулярних м'язів.
- колаген — захворювання сполучної тканини, такі як синдроми Марфана, Ейлера-Данло (*Ehlers-Danlos*) і автосомно-домінантна полікістозна хвороба нирок призводять до структурних змін стінки кишки й зниження її стійкості до внутрішньопросвітнього тиску, що уможливорює протрузію дивертикулу.

Чому споживається недостатня кількість харчових волокон



- Доросла людина повинна споживати близько 30 г харчових волокон щодня. Більшість людей споживає тільки половину.
- Досить складно змінити харчову поведінку і звички
- Складно контролювати і вважати дозу харчових волокон при використанні дієти
- Продукти, які мають високий вміст харчових волокон, все одно містять додаткові калорії за рахунок інших компонентів
- Застосування висівок незручно, погана переносимість (метеоризм) і органолептичні властивості



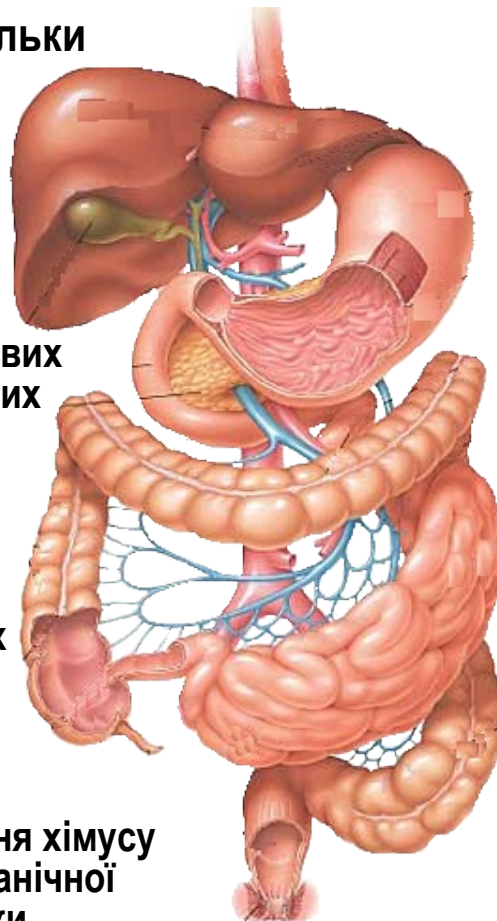
Фізіологічне значення харчових волокон

При засвоєнні 30 гр. харчових волокон
витрачається стільки ж ккал, скільки
при 20 хв пробіжці

Зменшують доступність харчових
речовин (жирів) для дії харчових
ферментів

Зв'язують і виводять жовчні
кислоти, холестерин, солі важких
металів, канцерогени,
радіонукліїди

Прискорюють просування хімусу
по кишці за рахунок механічної
стимуляції перистальтики



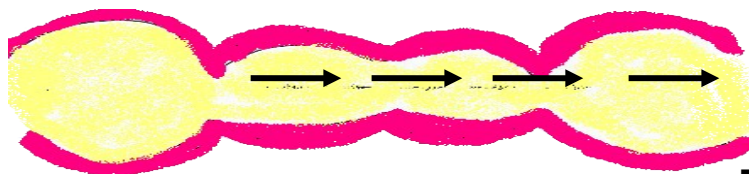
Затримують воду в шлунку,
викликаючи його розтягнення, що
сприяють придушенню почуття
голоду, створює ілюзію насичення,

Зменшують всмоктування жирів і
холестерину

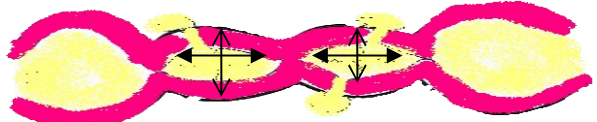
Є харчовим субстратом для
сахаролитических бактерій,
пригнічують ріст протеолітичних
бактерій

Ферментуються кишковими
бактеріями з утворенням
коротколанцюгових жирних
кислót

Патогенез дивертикулів



Скорочення кишки в нормі



В скороченому сегменті просвіт кишки перекритий, внутріпорожнинний тиск підвищений

гіподинамія харчування
закрепи
сегментарний сфіктероспазм

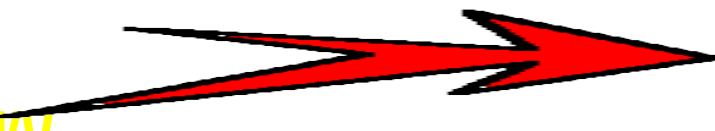
**Порушення
МОТОРИКИ**

ожиріння

дезорганізація
сполучної
тканини стінки судин

**функціональний
сегментарний спазм**

сегментарне
підвищення тиску



ВИПЯЧЕННЯ
СТІНКИ КИШКИ

Клініка та діагностика

- 1. Дивертикульоз без клінічних проявів може діагностуватися при колоноскопії, або іригографії, як випадкова знахідка.
- 2. Дивертикульоз із клінічними проявами (дивертикулярна хвороба).

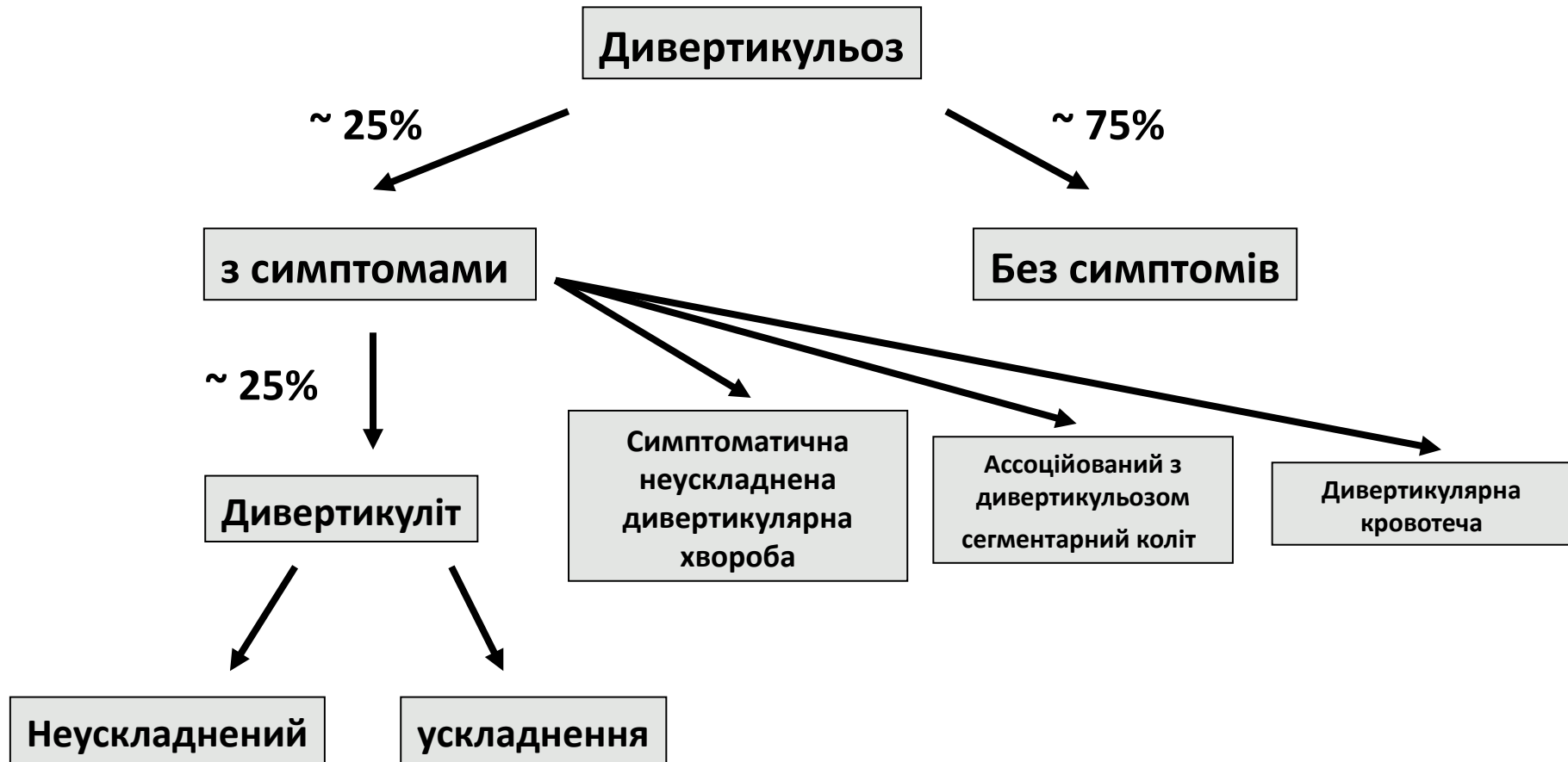
Скарги пов'язані не з наявністю дивертикулів, а з супутнім синдромом подразненої кишки:

- спастичний біль переважно зліва, який зникає після дефекації або відходження газів,
 - метеоризм, тенезми. При пальпації живота у випадку ускладненої форми хвороби може пальпуватися абдомінальна маса, сформована запаленими петлями товстої кишки.
3. Дивертикуліт ускладнений кровотечею. Проявляється профузною товстокишковою кровотечею з явищами гіпотонії, колапсу та у важких випадках – шоку.
- Хворі скаржаться на виділення з калом, а у тяжких випадках - згустків темно-червоної крові без випорожнення. В деяких випадках кровотеча може спонтанно зупинитися.

- 4. Дивертикуліт, ускладнений параколичним інфільтратом. Механізм виникнення запалення пов'язаний з формуванням калових каменів в дивертикулярному мішку, що призводить до запалення дивертикула та/або виразкування. Запалення дивертикулярного мішка не обмежується тільки дивертикулом, а поширюється на суміжні тканини та всю стінку товстої кишки (периколіт). Хворі скаржаться на спастичний біль, тенезми, субфебрилітет, розлади дефекації (діарея або закрепи). При об'єктивному огляді виявляють здуття живота, болючість за ходом товстої кишки, інфільтрат довкола кишки.
- *У випадку розвитку закритої перфорації у хворого виникає дефанс м'язів передньої черевної стінки, симптоми локального перитоніту.*
- *Коли місце перфорації прикриває петля тонкої кишки або сечовий міхур, у хворих виникають внутрішні нориці: товсто-тонкокишкова, товсто-сечоміхурова, товсто-півхова. Такі хворі можуть скаржитися на тривалу уроінфекцію, виділення калу та газів через уретру або піхву. Зовнішні нориці виникають при зрощенні товстої кишки з передньою черевною стінкою.*
- *У випадку абсцедування гіпертермія стає фебрильною, наростають явища інтоксикації.*
- *Перфорація у вільну черевну порожнину виникає як наслідок витончення, або ж виразкування стінки дивертикула та підвищення внутрішньокишкового тиску, і супроводжується симптомами гнійного перитоніту.*

- *Стеноз* при дивертикуліті виникає як наслідок формування рубцевих змін на фоні рецидивуючого дивертикуліту, а також внаслідок механічного звуження просвіту кишки інфільтратом. У хворих розвивається клініка *кишкової непрохідності*: затримка відходження калу, газів, здуття живота, неефективність клізм, позитивні симптоми подразнення очеревини.

Природний перебіг дивертикулярної хвороби *



Фактори ризику:

Низьке споживання харчових волокон, високе споживання м'яса, ожиріння, низька фіз. навантаження

Симптоми гострого дивертикуліту

Симптоми

- Різкий біль
- тенезми
- Нестійкі випорожнення (запор / діарея)
- лихоманка
- (Ректальна кровотеча)
- (Дизурія)

дані обстеження

- Вздуття живота
- Пальпується "валик"
- Хворобливість при пальпації по ходу кишечника
- Симптоми м'язового захисту
- Симптоми локального перитоніту
- гострий живіт
- лейкоцитоз
- підвищення ШОЕ
- Підвищення рівню С-реактивного білка



Рентгендіагностика

- *При іригографії з подвійним контрастуванням* відзначають вихід контрастної речовини за межі контуру кишки у вигляді овальних мішкоподібних тіней, розміри та кількість яких варіабельні: від поодиноких до множинних, розповсюджених по всій товстій кишці, діаметром від 0,2-0,3 до 2-3 см та більше. Характерною рентгенологічною ознакою дивертикулу є наявність шийки, що зв'язує дивертикул із просвітом товстої кишки.
- Тривала затримка барію в просвіті дивертикула при спорожненні, нечіткий контур дивертикула, стенозування перешийку, зміни відповідного сегмента кишки, будуть свідчити про наявність дивертикуліту.
- Вихід контрастної речовини в просвіт іншого порожнистого органу буде свідчити про формування внутрішньої нориці, що потребуватиме проведення фістулографії чи цистографії.
- При підозрі на перфорацію слід виконувати оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, яка у випадку кишкової непрохідності вкаже рівні рідини, роздуті газом та калом аборальні відділи кишки.

Діагностика



Рентгенологічна картина дивертикульозу
(Рентгенографія з подвійним контрастуванням).

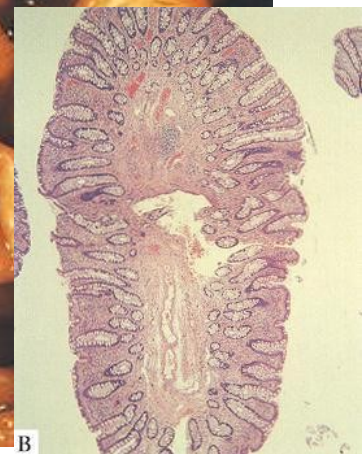
Діагностика



Збереження контрастної речовини в дивертикулах (низхідна ободова кишка і сигмовидна кишка) через 72 години після барієвої клізми



A



B



D



Діагностика



Рентгенологічні ознаки гострого дивертикуліту при використанні водорозчинної контрастної речовини: зменшення просвіту кишечника і неправильні контури кишкової стінки



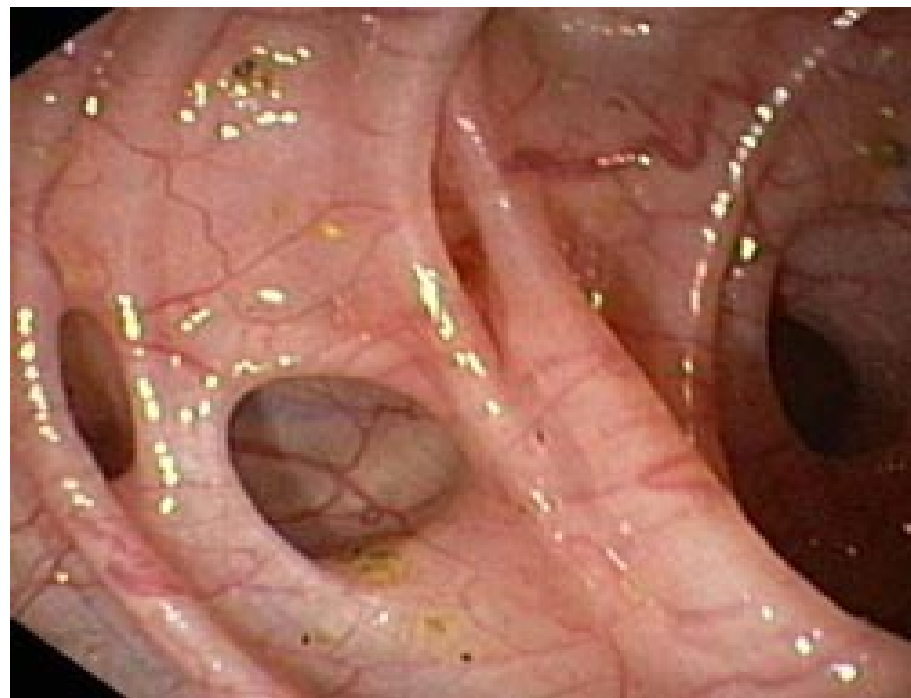
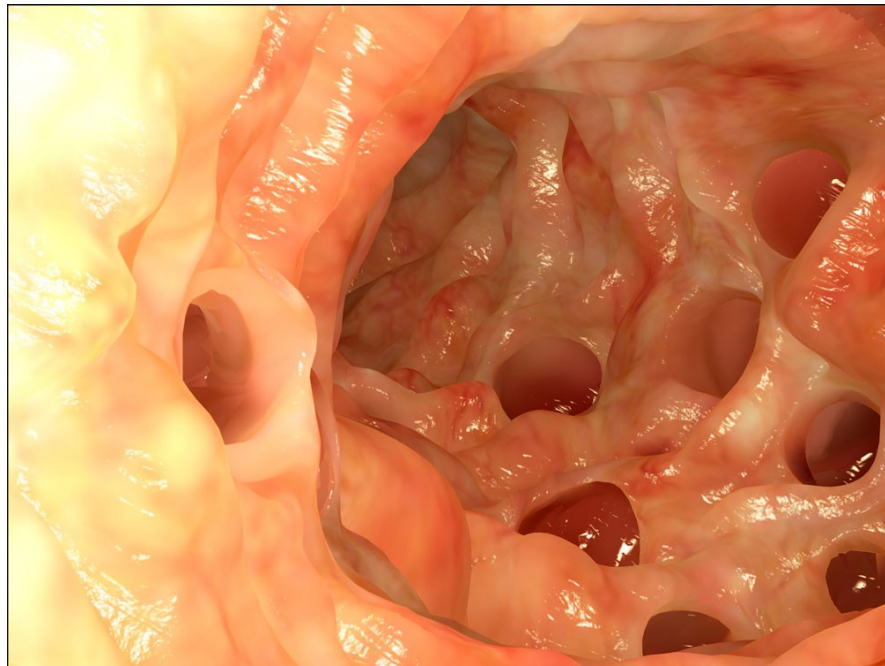
Діагностика

Рентгенологічні ознаки незавершення утворення нориці
(Стрілка) у пацієнта з дивертикулітом і закритою перфорацією



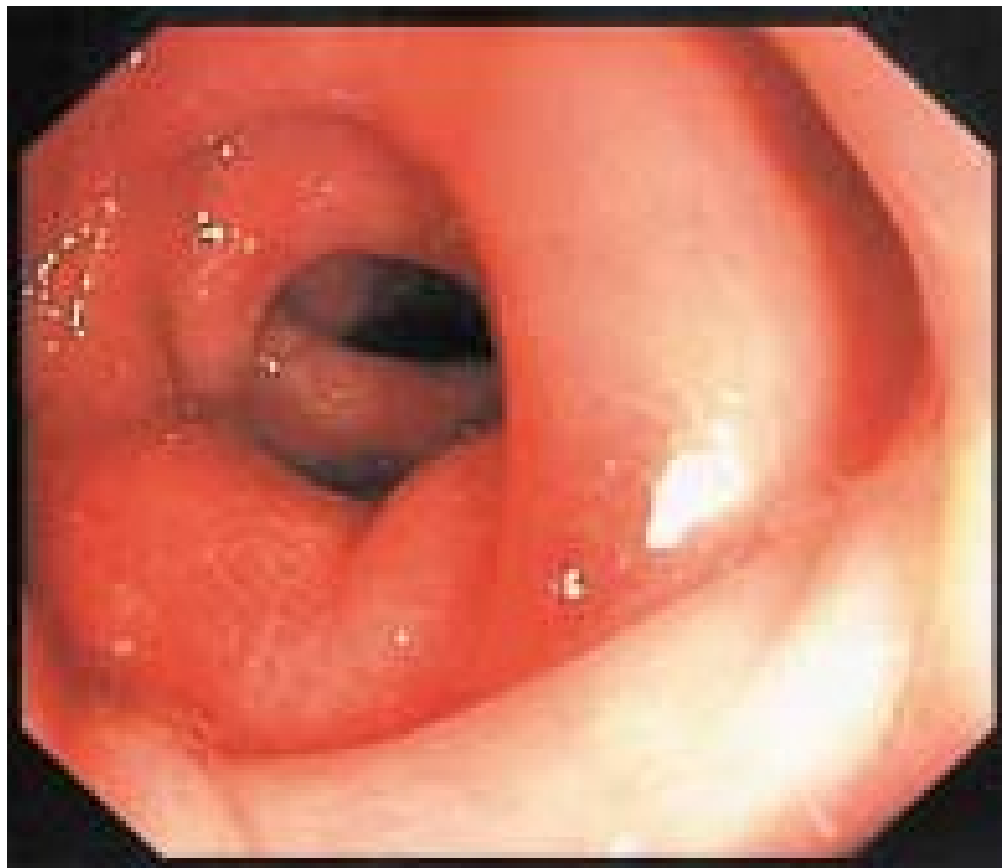
Ендоскопія

При колоноскопії відзначають наявність в кишці отворів, що вистелені слизовою, «вічка дивертикулів», діаметром від 0,2см,. Ознаками дивертикуліту є гіперемія, набряк вічка та слизової сегмента кишки, що містить дивертикул. У випадку кровотечі з дивертикула спостерігається підтікання або пульсація крові з вічка. При колоноскопії інсуфляцію повітря слід проводити обережно, щоб не спричинити перфорацію дивертикула.



Діагностика

Ендоскопічна картина дивертикульозу і ендоскопічна картина поширеного дивертикульоза з широкими гирлами дивертикулів



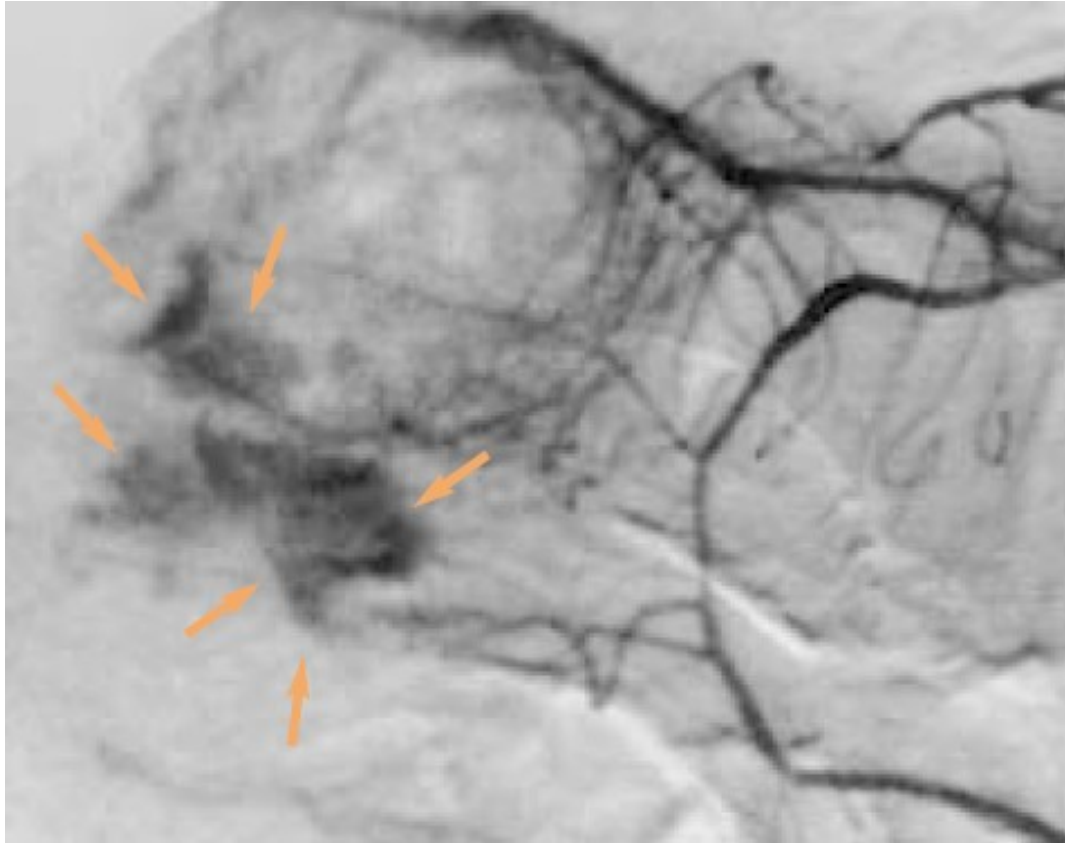
Діагностика

Ендоскопічна картина гострого дивертикуліту



Діагностика

Ендоскопічна картина при дивертикулярній кровотечі і ендоскопічний гемостаз шляхом місцевого застосування розчину адреналіну



Діагностика

Ангіографічна картина дивертикулярної кровотечі з виходом контрастної речовини в просвіт кишечника (стрілки): цифрова субтракційна ангіографія



Діагностика

Сонографічна картина гострого дивертикуліту сигмовидної кишки.
Потовщена стінка кишки з дивертикулами (поперечний зріз)



Діагностика

КТ-зображення абсцесу у пацієнта перфорацією дивертикула

Діагностика ускладненого гострого дивертикуліту

- **Первинна медична допомога**

- Для осіб із підозрою на неускладнений гострий дивертикуліт, які не пройшли стаціонарної діагностики, рекомендовано:
 - переоцінити наявні симптоми захворювання;
 - розглянути можливість направлення на вторинну ланку медичної допомоги для подальшої оцінки симптомів.

- **Вторинна медична допомога**

- Для осіб із підозрою на ускладнений гострий дивертикуліт, які були направлені на стаціонарну діагностику, рекомендоване визначення загального аналізу крові, загального аналізу сечі, визначення електролітів крові та визначення тесту на С-реактивний білок.
- Якщо у пацієнта з підозрою на ускладнений гострий дивертикуліт наявні підвищені маркери запалення, рекомендовано призначення комп'ютерної томографії (КТ) з контрастуванням протягом 24 год після госпіталізації до стаціонару. Якщо виконання КТ-діагностики з контрастом протипоказане, рекомендовано такі діагностичні методи:
 - КТ без контрастування або
 - магнітно-резонансна томографія (МРТ) або
 - ультразвукова діагностика (УЗД), залежно від клінічної симптоматики.
- Якщо відсутні підвищені показники маркерів запалення, рекомендовано розглянути

альтернативний діагноз

Нехірургічне лікування гострого дивертикуліту

- Для соматично здорових осіб з гострим дивертикулітом рекомендовано:
 - – розглянути питання призначення антибактеріальних препаратів;
 - – при больовому синдромі можливе призначення простого анальгетичного препарату (наприклад парацетолу);
 - – якщо у пацієнта зберігаються або погіршуються симптоми захворювання, рекомендовано виконати повторну оцінку захворювання.
- Рекомендовано призначення схеми антибактеріальних препаратів, якщо у людини з гострим дивертикулітом відсутній стабільний соматичний стан та наявна імунодепресія.
- Рекомендовано призначення пероральних антибактеріальних препаратів, особам, що страждають на гострий дивертикуліт, не мають стабільного соматичного стану та не мають характерних симптомів ускладненого дивертикуліту.
- Рекомендовано призначення парентеральних антибактеріальних препаратів, особам, які знаходяться на вторинній ланці медичної допомоги з підозрою на ускладнений гострий дивертикуліт. За наявності підозри на сепсис рекомендовано використовувати Клінічні настанови NICE «Сепсис: розпізнання, діагностика та лікування» 2017 р. («Sepsis: recognition, diagnosis and early management» 2017 р.).
- Рекомендовано переглянути схему парентеральної антибактеріальної терапії протягом 48 год від початку терапії або після проведення діагностичних методів (див. Вторинна медична допомога); рекомендовано якнайшвидше розглянути схему пероральних антибактеріальних препаратів.
- При призначенні антибактеріальної терапії рекомендовано дотримуватися рекомендацій

Рекомендовані антибактеріальні препарати для дорослих осіб віком >18 років при підозрі або підтвердженому гострому дивертикуліті

| Пероральний антибіотик першої лінії при підозрі або підтвердженому неускладненому гострому дивертикуліті | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Амоксицилін/клавуланова кислота | 500/125 мг 3 рази на добу протягом 5 днів |
| Альтернативні пероральні антибіотики першої лінії у разі наявної у пацієнта алергії на пеніцилін або амоксицилін/клавуланову кислоту | |
| Цефалексин (обережно при алергії на пеніцилін) з метронідазолом | Цефалексин: 500 мг 2–3 рази на добу (до 1–1,5 г 3–4 рази на добу при тяжкій інфекції) протягом 5 днів Метронідазол: 400 мг 3 рази на добу протягом 5 днів |
| Триметоприм з метронідазолом | Триметоприм: 200 мг 2 рази на добу протягом 5 днів Метронідазол: 400 мг 3 рази на добу протягом 5 днів |
| Ципрофлоксацин (лише у разі переходу з парентерального ципрофлоксацину після консультації з фахівцем; рекомендовано врахувати питання безпеки поєднаного застосування ³ з метронідазолом) | Ципрофлоксацин: 500 мг 2 рази на добу протягом 5 днів Метронідазол: 400 мг 3 рази на добу протягом 5 днів |
| Парентеральні антибіотики ⁴ першої лінії при підозрі або підтвердженому ускладненому гострому дивертикуліті | |
| Амоксицилін/клавуланова кислота | По 1,2 г 3 рази на добу |
| Цефуроксим з метронідазолом | Цефуроксим: 750 мг 3–4 рази на добу (можливе підвищення дози до 1,5 г 3–4 рази на добу при тяжкій інфекції) Метронідазол: 500 мг 3 рази на добу |
| Амоксицилін з гентаміцином та метронідазолом | Амоксицилін: 500 мг 3 рази на добу (можливе підвищення дози до 1 г 4 рази на добу при тяжкій інфекції) Гентаміцин: спочатку від 5 до 7 мг/кг 1 раз на добу, наступні дози коригуються відповідно до концентрації гентаміцину в сироватці крові ⁵ Метронідазол: 500 мг 3 рази на добу |
| Ципрофлоксацин ⁶ (рекомендовано врахувати питання безпеки поєднаного застосування ³ з метронідазолом) | Ципрофлоксацин: 400 мг 2–3 рази на добу Метронідазол: 500 мг 3 рази на добу |
| Альтернативні внутрішньовенні антибіотики | |
| Рекомендовано звернутися за консультацією до мікробіолога | |

•National Institute for Health and Care Excellence (2019) Diverticular disease: diagnosis and management. NICE guideline, [NG147] Nov.

Лікування абсцесів

- При веденні пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні з приводу ускладненого гострого дивертикуліту та з підозрою на дивертикулярний абсцес, рекомендовано дотримуватися Клінічних настанов NICE «Сепсис: розпізнання, діагностика та лікування» 2017 р.
- Рекомендовано призначення схеми парентеральної антибактеріальної терапії пацієнтам із гострим дивертикулітом та підозрою на дивертикулярний абсцес.
- При виборі антибактеріального препарату пацієнту з дивертикулярним абсцесом рекомендовано дотримуватися рекомендацій (див. **табл.**).
- Пацієнтам з гострим дивертикулітом та підозрою на дивертикулярний абсцес рекомендовано призначення КТ із контрастуванням. Якщо виконання КТ-діагностики з контрастом протипоказане, рекомендовано такі діагностичні методи:
 - – КТ без контрастування або
 - – МРТ або
 - – УЗД залежно від клінічної симптоматики.
- Рекомендовано переглянути схему парентеральної антибактеріальної терапії протягом 48 год або після проведення діагностичних методів (див. Вторинна медична допомога); рекомендовано якнайшвидше розглянути схему пероральних антибактеріальних препаратів.
- Рекомендовано при виборі оптимальної тактики лікування дивертикулярного абсцесу орієнтуватися на результати інструментальних методів з урахуванням розміру та ділянки розміщення абсцесу.
- Якщо у пацієнта не підтверджено діагноз дивертикулярного абсцесу, рекомендовано переглянути потребу в антибактеріальних препаратах.
- При виборі оптимального методу лікування дивертикулярного абсцесу можливо розглянути черезшкірний дренаж (якщо анатомічно можливо) або хірургічне втручання при абсцесах >3 см (див. Анастомоз та резекція кишечника...).
- Рекомендовано відправити зразки гною з дивертикулярного абсцесу для мікробіологічного дослідження з метою визначення чутливості до антибіотиків.
- При дивертикулярному абсцесі <3 см рекомендоване призначення пероральних форм антибіотиків за можливості.
- Якщо у пацієнтів із підтвердженим на КТ дивертикулярним абсцесом та отриманою схемою лікування зберігається клінічна симптоматика захворювання чи спостерігається погіршення загального стану, рекомендоване проведення повторної КТ-діагностики для розроблення стратегії менеджменту конкретного пацієнта.

Менеджмент пацієнтів із перфорацією кишечника

- Рекомендовано пацієнтам із перфорацією кишечника та генералізованим перитонітом запропонувати лапароскопічну санацію чи резекцію після обговорення з пацієнтом можливих ризиків та переваг цих варіантів лікування. При виявленні перитоніту під час операції рекомендоване виконання резекції кишечника.

Фактори, які необхідно враховувати при вирішенні питання щодо вибору тактики хірургічного лікування при перфорації або перитоніті

| Порівняння лапароскопічного промивання та резекційної операції | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Показник | Лапароскопічна санація | Резекція |
| Що передує операції | Включає промивання черевної порожнини і товстої кишки за допомогою хірургічної операції | Хірургічне видалення ураженої кишки з подальшим повторним зшиванням решти сегментів товстої кишки або утворенням кінцевої стоми |
| Вплив на якість життя | Відсутня суттєва різниця в показниках якості життя | |
| Смертність | Хоча виявлено певну частку смертності від лапароскопічної санації, ці дані були дуже незначними | |
| Необхідність у стомі | | Можливо, знадобиться |
| Больовий синдром | Менш вірогідне зменшення вираженості больового синдрому | Більше шансів позбутися больового синдрому, оскільки уражену ділянку кишки було видалено |
| Рецидивуючий дивертикуліт | Менше людей мали рецидивуючий дивертикуліт після резекції, ніж після лапароскопічного промивання, оскільки уражену кишку видаляють. Однак докази були дуже незначними | |
| Необхідність у подальших операціях | Було визначено, що невелика частка людей потребує повторних операцій після резекції. Було визначено, що невелика частка людей потребує повторних операцій після санації. Однак в обох випадках докази були дуже незначними | |
| Післяопераційні ускладнення | Не було суттєвої різниці у приєднанні інфекцій або в необхідності подальшого втручання між санацією та резекцією. У людей, які перенесли резекцію, спостерігалася менша кількість розвитку післяопераційних абсцесів, ніж у осіб, які перенесли лапароскопічне промивання, але даних недостатньо | |

•National Institute for Health and Care Excellence (2019) Diverticular disease: diagnosis and management. NICE guideline, [NG147] Nov.

- **Анастомоз та резекція кишечника у пацієнтів з ускладненим гострим дивертикулітом (планова чи екстрена операція)**
- Рекомендовано запропонувати пацієнтам з ускладненим гострим дивертикулітом такі операції (планову чи екстрену):
 - первинний анастомоз з/без виведенням стоми;
 - операція Гартмана (резекція кишечника з кінцевою стомою).Рекомендовано враховувати вік пацієнта та наявність поєднаних хронічних захворювань, які можуть вплинути на якість життя.
- **Планове хірургічне лікування після завершення ускладненого гострого дивертикуліту**
- Рекомендовано розглянути відкриту чи лапароскопічну резекцію кишечника в осіб, які мають стриктури або свищі внаслідок перенесеного ускладненого гострого дивертикуліту.
- **Лікування у разі рецидивуючого гострого дивертикуліту**
- Не рекомендовано застосовувати аміносаліцилат або антибактеріальну терапію для запобігання рецидивам гострого дивертикуліту.

•National Institute for Health and Care Excellence (2019) Diverticular disease: diagnosis and management. NICE guideline, [NG147] Nov.

Менеджмент

- Рекомендовано повідомити особам із дивертульозом про стан ремісії захворювання.
- Особам із дивертикульозом рекомендовано дотримуватися збалансованого режиму харчування, включаючи до раціону зернові культури, фрукти та овочі. Необхідно зазначити, що:
 - їм не потрібно уникати насіння, горіхів, попкорну або фруктів;
 - якщо у пацієнта, який дотримується дієти з низьким вмістом клітковини, наявна обстипація, рекомендуйте йому поступово збільшити кількість клітковини у раціоні для зниження проявів метеоризму та здуття живота.
- Рекомендуйте особам із дивертикульозом вживати достатню кількість рідини, якщо вони збільшують кількість клітковини у раціоні, особливо у разі наявного ризику зневоднення.
- Рекомендовано особам із дивертикульозом та наявною обстипацією розглянути питання призначення проносних препаратів, які збільшують об'єм кишкового вмісту.
- Рекомендовано обговорювати з пацієнтом переваги фізичних вправ та схуднення за наявності надмірної маси тіла чи ожиріння, відмови від тютюнопаління, знижуючи ризику розвитку гострого дивертикуліту.

Тактика консервативного лікування (дивертикуліт)

- **Амбулаторне лікування:** пацієнти з помірними абдомінальними болями/хворобливістю при пальпації й відсутністю системних симптомів:
- Acute low-residue diet — спеціальна дієта, спрямована на зменшення кількості дефекацій і об'єму калу шляхом зменшення споживання їжі, що формує об'ємний кал (рослинна клітковина) і стимулює перистальтику (молочні продукти).
- Антибіотики протягом 7–14 днів
- Поліпшення очікується протягом 48–72 годин після початку лікування
- Важливою є дія антибіотиків проти *E. coli* і *Bacteroides fragilis*
- У випадку відсутності поліпшення протягом 48–72 годин необхідний пошук гнійно-запального вогнища (абсцесу) у черевній порожнині.

- **Стаціонарне лікування:** пацієнти з тяжкими суб'єктивними й об'єктивними симптомами (1–2% випадків):
- Госпіталізація пацієнта в стаціонар
- Забезпечення спокою кишківника
- Антибіотики в/в (пригнічення грамнегативних і анаеробних збудників) протягом 7–10 днів
- Рідини в/в
- Анальгезія (меперидин)
- Застосування меперидину має переваги над морфіном, оскільки останній може призвести до підвищення внутрішньокишкового тиску в сигмоподібній кишці.
- У випадку настання поліпшення протягом 48 годин, протягом гострого періоду продовжують почате лікування з використанням дієти, що не дає утворення об'ємних калових мас (low-residue diet). На пероральну форму антибіотиків можна перейти, якщо в пацієнта протягом 24–48 годин була нормальна температура й/або тенденція до зниження лейкоцитозу.
- У випадку відсутності поліпшення підозрюють розвиток флегмони або абсцесу й проводять відповідне обстеження.
- 15–30% пацієнтів, що надійшли для проведення лікування дивертикуліту, мають потребу в хірургічному лікуванні вже при надходженні, рівень смертності при цьому становить 18%.

Дивертикульоз із клінічними проявами

- ✓ Дієта багата клітковиною, ліквідація закрепів.
- ✓ Набухаючі засоби рослинного походження (препарати насіння подорожника – Мукофальк, Дефенорм), лактулоза (нормолакт, нормазе, дуфалак)
- ✓ При потребі – спазмолітики, послаблюючі препарати.

Дивертикуліт – підтримання ремісії:

- **Базова терапія:**
 - *Мукофальк 2-4 пак. на добу в 2-3 прийому постійно*
- **Протирецидивна терапія (не менше 1 року): ?**
 - *Салофальк 1-1,5 г на добу по 7 днів щомісяця чи безперервно та /або*
 - *Рифаксимін 800 мг на добу в 2 прийому курсами по 7 днів щомісяця*

Хірургічне лікування (дивертикуліт)

- Приблизно у 22–30% пацієнтів, які перенесли перший епізод дивертикуліту, виникає другий епізод цього захворювання
- Термінова хірургічна операція обов'язкова в тих випадках, якщо виниклі ускладнення включають:
 - Перфорацію у вільну черевну порожнину з розвитком генералізованого перитоніту
 - Непрохідність кишківника внаслідок обструкції
 - Абсцес, який неможливо дрениувати черезшкірним доступом
 - Норицю
 - Погіршення стану або недостатньо швидке його поліпшення при проведенні консервативного лікування
- Летальність при операціях з приводу ускладненого дивертикульоза товстої кишки складає 5-15 %

- Планове хірургічне лікування застосовується найчастіше. Операція проводиться після відповідної підготовки кишківника. Показаннями для операції найчастіше є:
- Два або більше епізоди дивертикуліту, тяжкість яких вимагала госпіталізації.
- Будь-які випадки дивертикуліту, при яких спостерігається надходження контрастного матеріалу (барію) за межі просвіту кишки, симптоми непрохідності або неможливість проведення диференціювання між дивертикулітом і раком.
- Резекція, як правило, виконується через 6–8 тижнів після епізоду гострого запалення. Вибір хірургічної тактики залежить від показань до проведення термінової або планової операції. Планова операція найчастіше передбачає резекцію сигмоподібної кишки. Резекція виконується після закінчення механічної й антибактеріальної підготовки кишки. Вона може бути виконана відкритим шляхом або лапароскопічно. Наявність запалення або спайок може перешкоджати використанню останнього способу.
- Існують численні варіанти *термінового хірургічного втручання* при гострому дивертикуліті і його ускладненнях. Усупереч існуючим хірургічним поглядам історично закріпилася думка про необхідність *первинної резекції* як першої операції й *оперативне лікування за кілька етапів*. Первинна резекція в цей час є стандартною, оскільки цілий ряд досліджень підтверджує, що вона:
 - скорочує перебування пацієнта у стаціонарі
 - знижує захворюваність порівняно з результатами самої лише колостомії або дренажування
 - приводить до зниження летальності порівняно з виконанням тільки колостомії (7% на противагу 26%)
 - сприяє тривалому виживанню .
- *Операція Гартмана* вперше описана в 1923 році , спочатку вона пропонувалася для лікування раку прямої кишки. Це багатоетапне втручання, при якому сигмоподібна кишка мобілізується й резектується, пряма кишка ушивається й формується колостома. Надалі колостома закривається (найчастіше через 3 місяці після першої операції) з відновленням прохідності кишківника. Ця багатоетапність лікування призводить до появи таких проблем, як необхідність проведення другої операції, рубцювання прямої кишки і труднощі з виконанням анастомозів.
- *Колостомія на рівні поперечної ободової кишки і дренажування* є іншим методом багатоетапного лікування (без проведення первинної резекції), при якому формується первинна колостомія з наступною резекцією ураженого сегмента й відтермінованим закриттям колостоми. Такий метод супроводжується ускладненнями (морбідністю) у 12% і летальністю 5–29% .

- Ідея *первинного анастомозування* виникла як невід'ємний наслідок аналізу проблем, притаманних операції Гартмана. Первинне анастомозування є ліпшою операцією для більшості пацієнтів з адекватною підготовкою кишківника, але вона протипоказана нестабільним пацієнтам, що мають каловий перитоніт, важке порушення відживлення або порушений імунітет.
- Резекція з *первинним анастомозом і формуванням проксимальної стоми* є модифікованою операцією і виконується за індивідуальними показаннями, вона полегшує закриття колостоми завдяки меншій інвазивності другої (етапної) операції.
- Одноетапна операція з виконанням промивання кишківника на столі також може бути використана в тих випадках, які дозволяють виконати первинний анастомоз в умовах, коли підготовка кишківника не ідеальна.

Дивертикуліт з параколичним інфільтратом

- ✓ Дієта багата клітковиною, ліквідація закрепів. У випадку важкого перебігу
- ентеральне харчування адаптованими сумішами (Модулен IBD, Берламін-Модуляр), або перентеральне харчування.
- ✓ Набухаючі засоби рослинного походження (препарати насіння подорожника –
- Мукофальк, Дефенорм), лактулоза (Нормолакт, Нормазе, Дуфалак).
- ✓ Антибіотикотерапія (per os у пацієнтів з легким перебігом, або парентерально у
- пацієнтів з тяжким перебігом). З антибіотиків застосовуються фторхінолони та
- метронідазол.
- ✓ Анальгетики.
- ✓ Спазмолітики.
- ✓ Препарати 5 АСК (Салофальк, Пентаза, Асакол, Сульфасалазин).
- При неефективності консервативної терапії або в разі виникнення ускладнень –
- операційне лікування.

Дивертикуліт ускладнений кровотечею

- ✓ Гемостатична, трансфузійна терапія
- ✓ Ургентна іригоскопія
- ✓ Операційне лікування (на підставі іригоскопії)
- - **Лівобічна геміколектомія** Абсолютним показанням до лівобічної геміколектомії при кровотечі із дивертикулів є необхідність трансфузії хворому більше 2 доз еритроцитарної маси
- - **Субтотальна колектомія**
- - **Тотальна колектомія**

Дивертикуліт ускладнений перфорацією

- ✓ Операційне лікування:
- Колостомія;
- - Резекція типу Hartman;
- - Резекція з анастомозом;
- - Резекція з анастомозом і стомою;

Дивертикуліт ускладнений абсцесом

- ✓ Пункція і дренивання гнійника під контролем УЗД
- +антибіотикотерапія ;
- ✓ лівобічна геміколектомія з колостомою;
- ✓ резекція сигмоподібної кишки типу Hartman.

Дивертикуліт ускладнений кишковою непрохідністю

- ✓ Консервативна терапія
(антибіотикотерапія, клізми, спазмолітики, 5АСК)
- ✓ Операційне лікування:
 - -розвантажуюча колостомія;
 - -лівобічна геміколектомія з колостоною;
 - -правобічна геміколектомія;
 - -резекція сигмоподібної кишки.

Дивертикуліт ускладнений норицею

- Операційне лікування, метою якого є резекція зміненої кишки з дивертикулами,
- висічення нориці з висіченням або резекцією прилеглого порожнистого органу. Операція часто закінчується накладанням розвантажувальної колостоми, для профілактики недостатності анастомозу.

Інші форми дивертикулярної хвороби

- **Рецидивуючий дивертикуліт після резекції**
- Рецидивуючий дивертикуліт після резекції виникає рідко, в 1–10%. Прогресування дивертикулярної хвороби в залишеній частині кишки спостерігається приблизно в 15%.
- Частота повторних операцій при дивертикулярній хворобі становить 2–11% і залежить від методу операції при виконанні резекції. Використання прямої кишки як дистального краю анастомозу знижує частоту рецидивів (якщо порівнювати з використанням у цій якості дистальної частини сигмоподібної кишки).
- Велика увага повинна приділятися виключенню інших причин виникнення симптомів/скарг, які можуть бути прийняті за дивертикулярну хворобу, таких як синдром подразненої кишки (СПК) або ішемічний коліт.
- Важливі зв'язки:
- Дивертикуліт і хвороба Крона — особливо в літніх осіб
- Дивертикуліт і СПК
- До 30% пацієнтів з дивертикулярною хворобою мають СПК.

Інші форми дивертикулярної хвороби

- **Дивертикуліт правої половини ободової кишки**
- Дивертикульоз в Азії є переважно правобічним, становлячи 35–84% всіх випадків цього захворювання. Молодий вік захворілих припускає генетичну основу, хоча це вимагає подальших досліджень. Ураження правої частини частіше супроводжується наявністю множинних дивертикулів, тоді як при правобічній локалізації захворювання в пацієнтів у Західній півкулі звичайно є один дивертикул.
- *Діагностика* правобічної дивертикулярної хвороби може бути складною через необхідність диференціювати її з гострим апендицитом. Дивертикулярна хвороба може бути представлена такими симптомами:
 - Болем у верхньому правому квадранті.
 - Нудотою, блюванням, лихоманкою.
 - Об'ємними утвореннями в черевній порожнині, які виявляють при клінічному обстеженні у 26–88% пацієнтів
 - Лейкоцитоз наявний у більшості випадків, але не є специфічною знахідкою. КТ дозволяє діагностувати апендицит із чутливістю 98% і специфічністю 98%.
- *Лікування.* Лікування правобічної дивертикулярної хвороби здійснюється відповідно до рекомендацій, представлених у розділі 5. Вибір хірургічної тактики описано вище, але вона може також включати дивертикулотомію у випадках захворювання, обмеженого невеликою ділянкою, або правобічну геміколектомію.

Інші форми дивертикулярної хвороби

- **Підгострий дивертикуліт**
- Підгострий дивертикуліт представлений помірними до важких епізодами дивертикуліту, деякі з них минають після застосування антибіотиків і консервативного лікування, але деякі повністю не виліковуються й переходять у в'ялоперебігаючу форму з невеликою лихоманкою, болями в лівому нижньому квадранті і зміною характеру дефекації.
- **В'ялоперебігаючий дивертикуліт**
- В'ялоперебігаючий дивертикуліт проявляється абдомінальним болем і зміною характеру дефекації без вираженої лихоманки або лейкоцитозу. Такий стан може персистувати протягом 6–12 місяців.
- Ця форма захворювання часто діагностується за умови наявності:
- хронічного болю в лівому нижньому квадранті
- дивертикульозу в анамнезі й знову виявленого при обстеженні
- відсутності об'єктивних симптомів дивертикуліту
- *Лікування.* Резекція сигмоподібної кишки дозволяє досягти повного видужання в 70% випадків.

Інші форми дивертикулярної хвороби

- **Дивертикулярна хвороба в пацієнтів зі зниженим імунітетом**
- Стани, при яких порушується імунітет:
- Важка інфекція
- Прийом стероїдів
- Цукровий діабет
- Ниркова недостатність (45–50% пацієнтів)
- Злоякісні новотвори
- Цироз
- Хіміотерапія/прийом імуносупресивних препаратів (13%)
- Клінічні ознаки зазвичай ледь уловимі. Стан зниженого імунітету, як правило, супроводжується:
- Збільшеною частотою перфорацій у вільну черевну порожнину — 43% (на противагу 14% у пацієнтів з нормальним імунітетом)
- Частішою необхідністю хірургічних операцій — 58% (на противагу 33%)
- Збільшеною післяопераційною летальністю — 39% (на противагу 2%)

Інші форми дивертикулярної хвороби

- **Гігантський дивертикул (colon)**
- Це рідкісний стан, уперше описаний Bonvin і Bronte в 1942 р.
- Стать: однаково часто в чоловіків і жінок
- Вік: зазвичай після 50 років
- Розміри: діаметр >13 см
- Локалізація: майже винятково в сигмоподібній кишці
- Механізм: наявний ефект надувного клапана (ball-valve effect), коли повітря потрапляє в дивертикул.
- Типи: 1 тип є несправжнім дивертикулом, 2 тип є істинним дивертикулом.

Застосування месалазину при дивертикульозі*



Фактори ризику:

Низьке споживання харчових волокон, високе споживання м'яса, ожиріння, низька фіз. навантаження

ПОЛІПИ ТА ПОЛІПОЗ КИШЕЧНИКА

Доц. Росул М.В.



- Поліпом прийнято називати утвір, що походить зі слизової і виступає в просвіт кишки, має ніжку. Поліп – це доброякісний утвір. Згідно міжнародної гістологічної
- класифікації пухлин, доброякісні утвори товстої кишки представлені наступним чином.
- **1. Аденоми:**
 - ✓ тубулярна (аденоматозний поліп);
 - ✓ ворсинчаста (вільозний поліп);
 - ✓ тубулярно-ворсинчаста.
- **2. Гамартоми:** вроджені вади розвитку кишкової стінки (Morson B., 1962), утворені
- з ембріональних залишків тканин, які представляють собою пухлиноподібні утвори з
- наявністю в їх стромі гладком'язових волокон, що галузяться

Множинний поліпоз кишечника

- Встановлено спадкову передачу захворювання за автономно-домінантним чи
- рецесивним типом. Приблизно у 30% хворих захворювання встановлюється *de novo* і
- пацієнт стає першою ураженою особою в родині. До основних критеріїв, що дозволяють
- виділити поліпоз є, по-перше, ураження поліпами всіх відділів товстої кишки, по-друге,
- сімейний характер ураження, по-третє, кількість поліпів, в середньому, повинна бути
- наближеною до 100 чи більше.

Клінічні симптоми

- ✓ Часті рідкі випорожнення (до 5-6 раз на добу)
- ✓ Виділення з калом слизу, крові
- ✓ Біль в животі
- ✓ Затримка фізичного розвитку, порушення обмінних процесів.
- Клінічна діагностика повинна включати збір спадкового анамнезу, та детального огляду хворого на предмет виявлення позакишкових проявів поліпозу:
- ✓ Десмоїдні пухлини: високодиференційовані сполучнотканинні утвори, які в більшості випадків знаходяться в передній черевній стінці, в брижі тонкої і товстої кишки, в м'язових шарах спини і плечового поясу
- ✓ Остеоми
- ✓ Аномалії щелеп
- ✓ Епідермальні кісти
- ✓ Гіпертрофії пігментного епітелію сітківки.

- **Діагностика**

- √ Проктологічне обстеження: при пальцевому дослідженні вдається виявити поліпи.
- √ Ендоскопічні методи обстежень. Колоноскопія, при якій виявляють множинні ураження товстої кишки поліпами різного ступеня диференціації. ФЕГДС – у 50% хворих виявляють патологію верхніх відділів ШКТ, в тому числі – множинні поліпи.
- √ Генеалогічний аналіз. Дозволяє встановити зв'язок захворювання у родичів, виявити приховані форми захворювання.

- **Лікування**

- Хірургічне.
- Колпроктектомія (видалення всіх відділів товстої кишки, оскільки в залишених відділах висока ймовірність утворення поліпів, з переродженням в злоякісну пухлину).

Синдроми спадкового аденоматозного поліпозу кишечника

- **✓ сімейний дифузний поліпоз** (зумовлений мутаціями гена APC в кодонах 233, 835, 1179, 1407; супроводжується десмоїдними пухлинами, аномаліями щелеп, вродженою гіпертрофією пігментного епітелію сітківки);
- **✓ синдром Гарднера (Gardner)** – варіант СДП (зумовлений мутаціями гена APC в кодоні 1309 (поліморфізм APC в екзонах 15 і 13); супроводжується десмоїдними пухлинами, фібромами, остеомами різних локалізацій, аномаліями щелеп, вродженою гіпертрофією пігментного епітелію сітківки);
- **✓ синдром Турко (Turcot)** (зумовлений мутаціями генів APC чи HNPCC; аденоматоз із пухлинами центральної нервової системи (ЦНС);
- **✓ синдром Олдфілда (Oldfield)** (зумовлений мутаціями гена APC; аденоматоз із пухлинами наднирників, щитоподібної залози, сімейної гіпертрофії сальних залоз і аденокарциномами різної локалізації);
- **✓ синдром Цоллінгера-Еллісона (Zollinger-Ellison)** (множинний ендокринний аденоматоз).

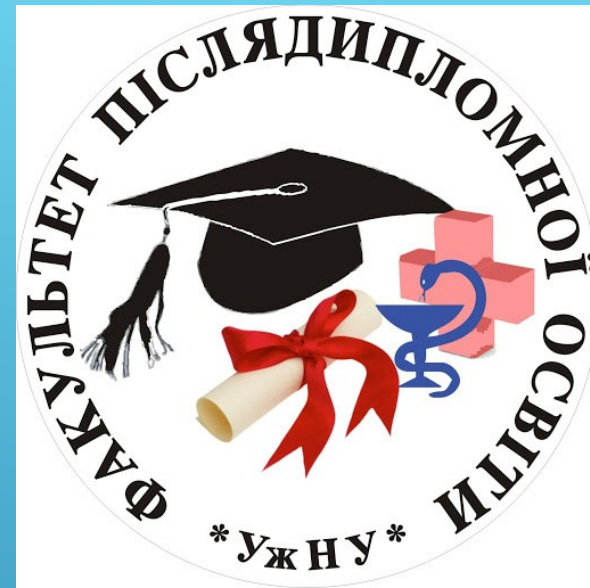
- **1. Гамартоми:** вроджені вади розвитку кишкової стінки (Morson B., 1962), утворені
- з ембріональних залишків тканин, які представляють собою пухлиноподібні утвори з
- наявністю в їх стромі гладком'язових волокон, що галузяться:
- ✓ **синдром Пейтса-Єгерса (Peutz-Jeghers)** (зумовлений мутаціями в генах LKB1
- і STK11 в 10-70% випадків; супроводжується поліпами протягом всього
- шлунково-кишкового тракту з пігментацією шкіри обличчя і пальців, слизової
- губ, щік, піхви і злоякісними пухлинами шлунка).
- ✓ **ювенільний поліпоз** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в
- гені PTEN, в гені BMPR1, та в гені SMAD4; супроводжується анемією
- невиясненої етіології, розладами гомеостазу, відставанням у фізичному
- розвитку).

- ✓ **синдром Ковдена (Cowden)** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені супресорі PTEN; множинний гамартомний синдром);
- ✓ **синдром Баньян-Рілі-Рувалькаба** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені супресорі PTEN; супроводжується макроцефалією, природженим порушенням пізнавальної і моторної функції, ліпомами і гемангіомами).
- ✓ **синдром Кронкайта-Канада (Cronkhite-Canada)** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені супресорі PTEN; супроводжується облісінням, атрофією нігтів, пігментацією шкіри).
- **2. Гетеротопії.**
 - ✓ Гіперпластичний поліп.
 - ✓ Доброякісний лімфоїдний поліп і поліпоз.
 - ✓ Запальний поліп.
 - ✓ Глибокий кістозний поліп.
 - ✓ Ендометриоз.

- **Клініка**

- У більшості хворих захворювання протікає безсимптомно, виявляють поліпи як правило при ендоскопічному обстеженні. Клінічно захворювання починає проявлятися
- при досягненні пухлиною розмірів 1,5-2 см.
- Одним з клінічних проявів є наявність патологічних виділень в калі. Зазвичай це
- крововтрата, у випадку вільозних поліпів – це виділення слизу. Гіперпродукція слизу
- може призводити до диспротеїнемії, водно-електролітних зрушень. При досягненні
- великих розмірів може наступати інвагінація, явища кишкової непрохідності.
- **Методи обстеження:** пальцеве обстеження, ректороманоскопія,
- фіброколоноскопія, іригоскопія.

- ✓ поліпектомія з допомогою ректоскопа або колоноскопа з електрокоагуляцією ніжки
- або ж ложа поліпа;
- ✓ трансанальне висічення поліпа;
- колотомія і резекція кишки з пухлиною;
- ✓ черевно-анальна резекція прямої кишки з формуванням ректоанального анастомозу з
- приводу циркулярних та напівциркулярних пухлин нижньоампулярного відділу
- прямої кишки;
- ✓ трансанальне ендохірургічне висічення новоутвору.



ІНВАГІНАЦІЯ КИШКІВНИКА

ДОЦ. РОСУД М.В.

Основний принцип лікування інвагінації - можлива рання дезінвагінація.

Існують два основних способи дезінвагінації

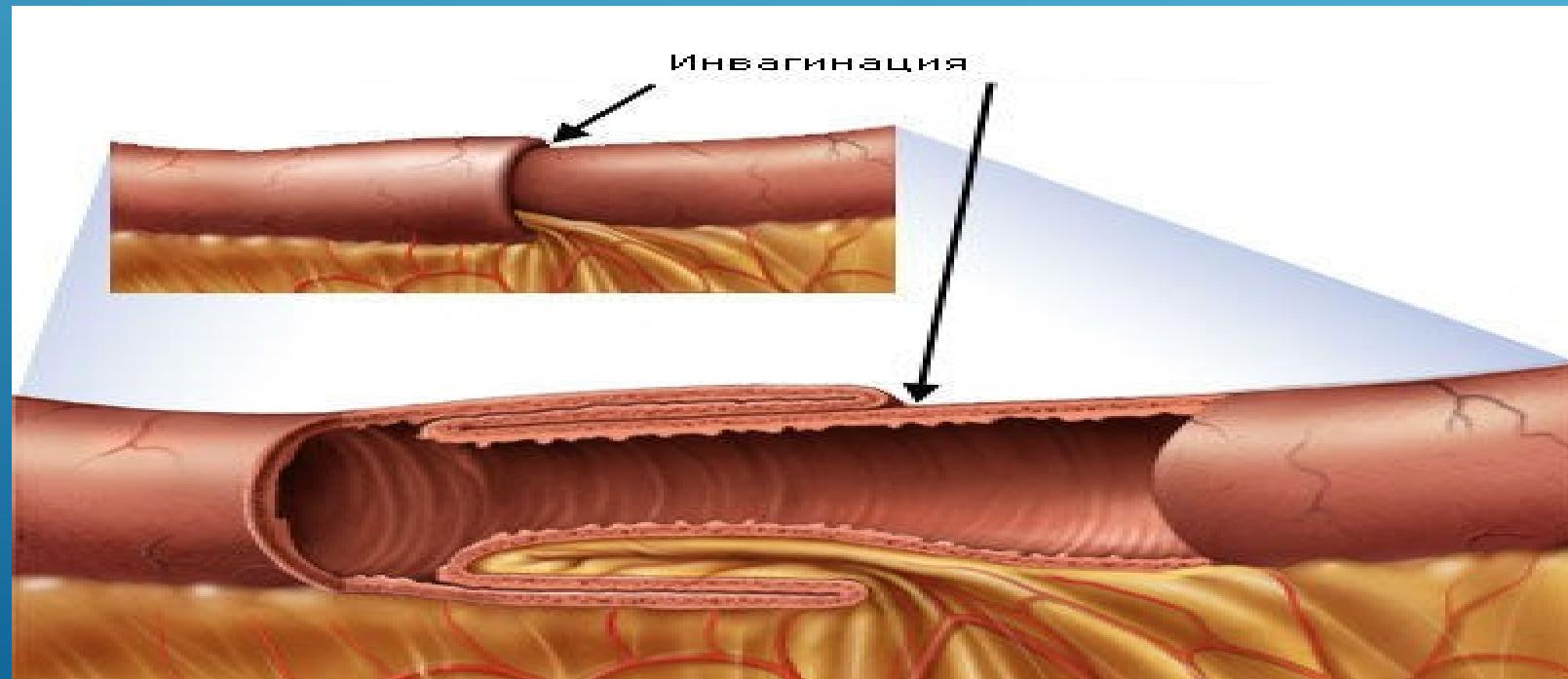
- ↻ Хірургічний
- ↻ Консервативний

Кожен з цих не конкуруючих методів має суворі показання та протипоказання, в залежності від яких вибирають індивідуальний метод лікування

- ▶ Консервативне лікування інвагінації незрівнянно простіше і атравматичніше від хірургічного методу. В його основу покладено принцип механічного впливу на інвагінат, коли вводяться під тиском в товсту кишку рідини або повітря. Наявна значна кількість повідомлень про успішне застосування високих клізм з суспензією барію сульфату, що проводяться під рентгенконтролем. Однак застосування цієї методики складне, а також обмежені можливості уточнення форми інвагінації і утруднене визначення тиску рідини у кишці. У зв'язку з цим в останні десятиліття для консервативного лікування інвагінації користуються переважно дозованим нагнітанням повітря в товсту кишку. Рекомендований авторами метод позбавляє дитину від лапаротомії і можливих післяопераційних ускладнень, скорочує час перебування в лікарні.

Однак, як показують опубліковані дані, консервативне лікування повинно бути обмежено декількома факторами:

- ▶ 1) Технічно тонкокишкову інвагінацію розправити неможливо; вплив доставленого через пряму кишку повітря (або суспензії барію сульфату) не поширюється з достатньою силою на інвагінат, розташований в тонкій кишці;

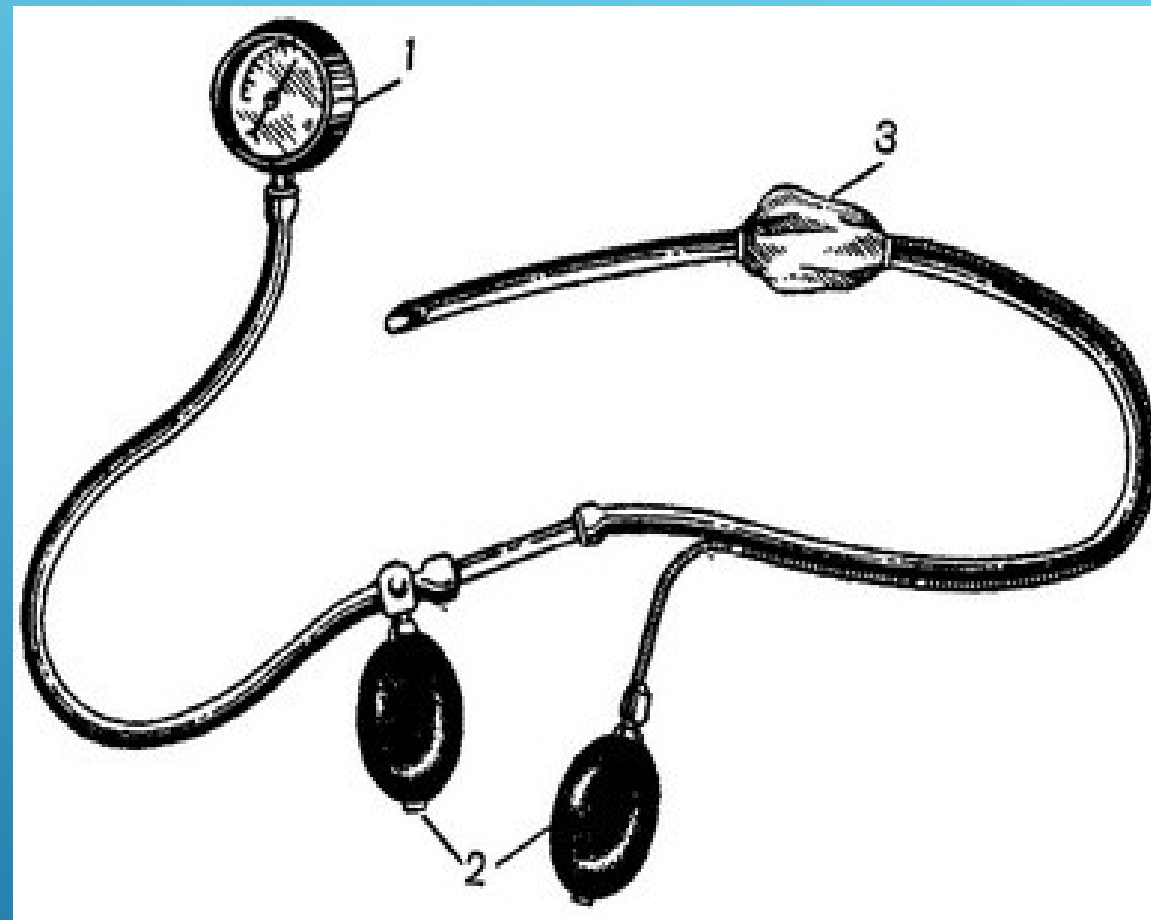


- ▶ 2) при клубово-ободової інвагінації в зв'язку з обмеженням в ілеоцекальному клапані і набряком кишка не розправляється консервативними заходами навіть в найбільш ранні терміни надходження дитини в стаціонар. Діагностика цієї форми інвагінації можлива тільки при достатньо кваліфікованому рентгенологічному дослідженні товстої кишки з введенням повітря під час спроб консервативного лікування;
- ▶ 3) консервативне розправлення небезпечне після 12 годин від початку захворювання або при незрозумілому анамнезі, так як можливий некроз кишки в області головки інвагіната; помилкове враження при розправленні кишки може привести в таких випадках до тяжких наслідків; більш пізні терміни консервативного лікування (до 24 год) допустимі в випадках точного встановлення діагнозу сліпо-ободової або товстокишкової інвагінації (крім випадання головки інвагіната через задній прохід);
- ▶ 4) консервативне лікування неефективне при наявності механічних причин, що викликають інвагінацію (поліпи, дивертикули і ін.); досягнуте консервативним шляхом розправлення в таких випадках неминуче ускладниться рецидивом захворювання в зв'язку з тим, що механічні причини зустрічаються переважно у дітей старше 1 року, а встановлення наявності поліпа або дивертикулу можливо тільки при огляді кишки під час операції;
- ▶ 5) при рецидиві інвагінації будь-якої форми і локалізації консервативний метод застосовувати не можна, так як навіть у грудних дітей повторне використання зазвичай пов'язане з наявністю механічних причин, оперативна ліквідація яких необхідна для попередження нового рецидиву захворювання

- ▶ Таким чином, консервативне лікування інвагінації показано у грудних дітей при ранньому надходженні в лікарню (до 12 годин від початку захворювання) і встановленої локалізації головки інвагіната в товстій кишці. Застосування консервативного методу допустимо тільки в умовах спеціалізованого дитячого хірургічного стаціонару і лише хірургами, які мають достатній досвід клініко-рентгенологічної діагностики та оперативного лікування інвагінації у дітей

- ▶ Техніка консервативного лікування інвагінації шляхом нагнітання в товсту кишку повітря.
- ▶ За 30-40 хв до втручання хворому вводять підшкірно розчин промедолу і атропіну у віковій дозі. Розправлення інвагінації виконують в рентгенівському кабінеті (краще під контролем ЕОП).
- ▶ Неспокійним дітям дають короточасний масочний наркоз закисом азоту. Дитину укладають горизонтально на стіл рентгенівського апарату і починають вводити повітря в товсту кишку.

- ▶ У пряму кишку вводять на глибину 15- 20 см гумовий катетер № 9-10, з'єднаний трійником з балоном Річардсона і мановакуумометром. Повітря нагнітають до підвищення тиску в системі близько 40 мм рт.ст. (5,3 кПа). Потім на короткий час включають екран або проводять рентгенограму. На підставі отриманих даних уточнюють анатомічну форму впровадження.
- ▶ При виявленні простої клубово-ободової інвагинації подальше розправлення повітрям припиняють і дитину переводять в операційну для хірургічного втручання.

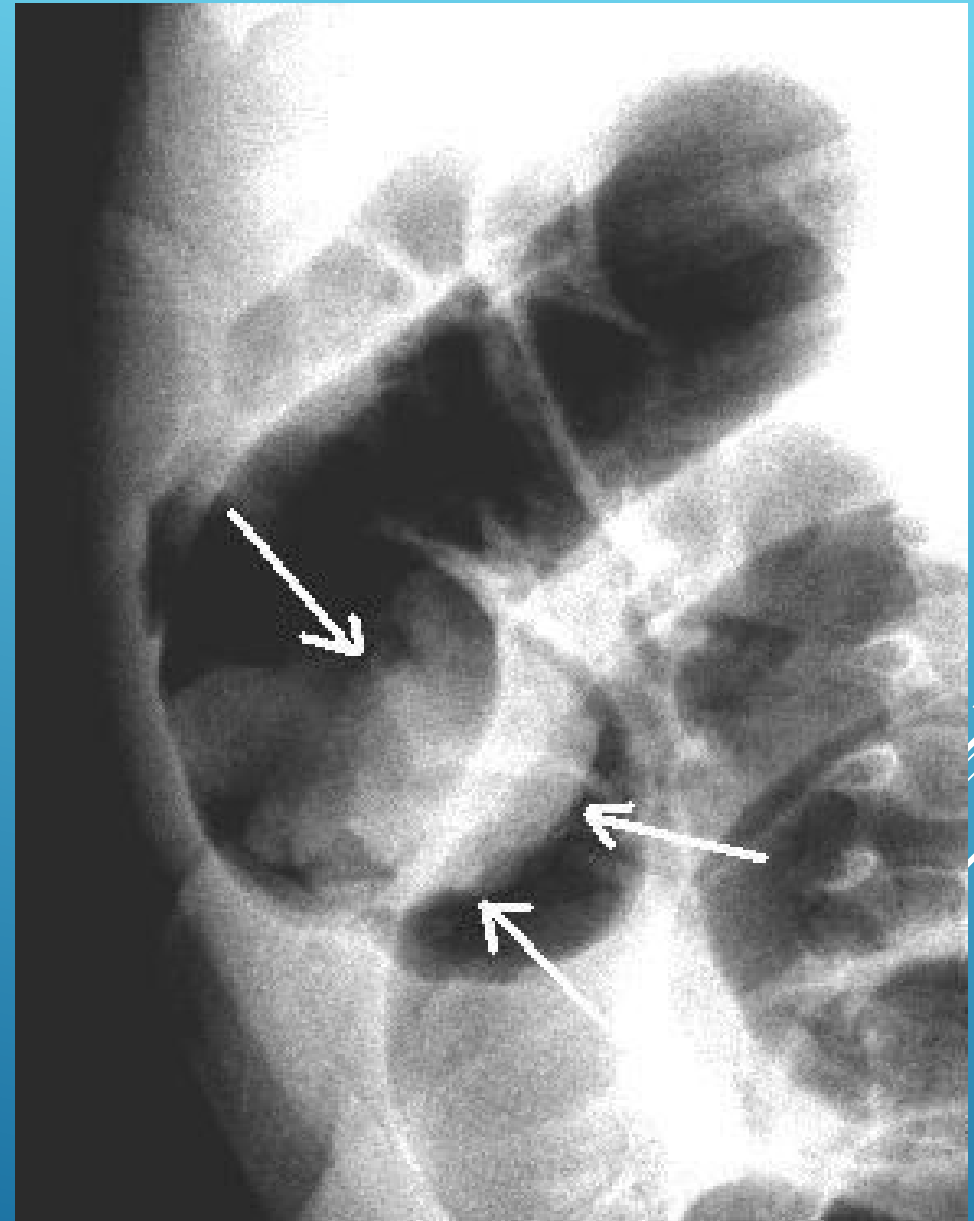


- ▶ Виявивши товстокишечну інвагінацію, в кишку продовжують нагнітати повітря поштовхоподібно, короткочасно підвищуючи тиск до 60-70 мм рт. ст. (8-9,3 кПа). Це досягається шляхом декількох натискань на балон Річардсона з подальшим очікуванням (критерієм служить падіння тиску до 60-70 мм рт. Ст. (8-9,3 кПа). Повторним включенням рентгенівського екрану або шляхом вчинення рентгенограм контролюють просування інвагіната . По мірі накопичення повітря в кишці головка інвагіната відсувається у напрямку до ілеоцекального кута і розправляється (товстокишкова і сліпо-ободова форми) або затримується на будь-якому рівні ободової кишки. Інвагінат при підкачуванні повітря незначно зміщується проксимально і знову займає своє положення, як тільки припиняється надходження повітря (феномен балотування). Це вказує на неможливість розправлення інвагінації консервативним шляхом. У цих випадках спроба неоперативного лікування є діагностичним заходом.

▶ Закрите розправлення по Рошалю

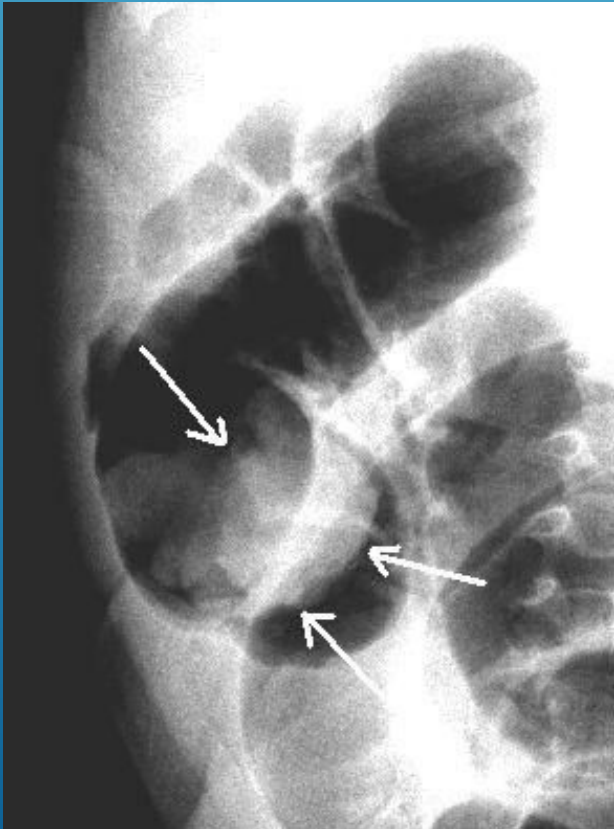
- ▶ За 20-30 хв до втручання роблять пресакральну новокаїнову блокаду (10-15 мл 0,25% розчину новокаїну), вводять промедол і атропін у вікових дозах. Дитину беруть в рентгенівський кабінет, укладають на стіл в горизонтальному положенні. У пряму кишку вводять гумовий катетер з obturatorом. Останній роздмухують і кілька разів підтягують, щільно закриваючи тим самим анальний отвір. Включають рентгенівський апарат і уточнюють під екраном правильність положення катетера. Потім починають нагнітати в товсту кишку повітря, контролюючи його надходження періодичним включенням рентгенівського апарату. Зазвичай досить чітко видно заповнення газом сигмовидної кишки, потім поперечної ободової. У цей період виявляється тінь головки інвагината, тиск повітря в системі підвищують до 40-70 мм рт. ст. (5,3-9,3 кПа). Повітря вводять поштовхоподібно швидкими стисненнями (2-3 рази) балона Річардсона. Через кожні 40-50 с включають рентгенівський апарат на кілька секунд для контролю за розправленням. Якщо дитина починає плакати, то в системі короткочасно підвищується тиск до 80-90 мм рт. ст. (10,7-12 кПа), Подібне підвищення тиску безпечне. Дезінвагінація настає через 3-4 хв. Цей момент фіксують по рентгенограмі для остаточного уточнення розправлення інвагінації.

- ▶ У пряму кишку вводять катетер апарату для консервативної дезінвагінація. Не роздуваючи обтуратор, нагнітають повітря, підвищуючи поступово тиск до 30-40 мм рт. ст. (4,5-5,3 кПа). Проводять рентгенограму черевної порожнини і по ній уточнюють наявність інвагінації, її локалізацію і форму. Якщо діагностовано тонкокишкову або просту клубово-ободову інвагінацію, то подальше консервативне лікування припиняють і дитину переводять в операційну для хірургічного втручання. Якщо виявлено товстокишкову інвагінацію, то хворому підшкірно вводять розчини промедолу і атропіну і через 20-30 хв приступають до расправлению инвагинации



- ▶ Роздмухують obturator і повільно нагнітають в просвіт кишки повітря, доводячи тиск до 60 мм рт. ст. (8 кПа). Це тиск підтримують 1 - 2 хв і одночасно проводять легкий масаж передньої черевної стінки над проекцією інвагінації. Показником початку розправлення (зміщення головки інвагіната в оральному напрямку) є повільне зниження внутрішньокишкового тиску. Якщо тиск не падає, то нагнітання повітря можна продовжити в безпечних межах, але з обов'язковими інтервалами після кожного підвищення на 10 мм рт. ст. (1,3 кПа). У проміжках між кожним нагнітанням повітря спостерігають за манометром; в разі падіння тиску (початок дезінвагінації) його підтримують на досягнутому рівні 1-2 хв і роблять масаж передньої черевної стінки. Ступенеподібне нагнітання повітря дозволяє розправити інвагінацію при мінімальному внутрішньокишковому тиску. Припинення зниження внутрішньокишкового тиску вказує на дезінвагінацію. Після цього роблять повторну рентгенограму черевної порожнини, зонд від'єднують від апарату і залишають у прямій кишці для виведення повітря.

- ▶ Результати проведеного лікування оцінюють переважно по рентгенологічних ознаками:
- ▶ 1) заповнення повітрям всієї товстої кишки
- ▶ 2) відсутність характерної тіні інвагіната
- ▶ 3) поява значної кількості повітря в тонкій кишці



- ▶ Клінічно дезінвагінація супроводжується помітним поліпшенням загального стану хворого. Дитина перестає турбуватися, охоче бере груди матері, швидко засинає. При пальпації живота інвагінат не визначається. Стул з'являється через 5-12 год.
- ▶ Часткове розправлення характеризується:
 - ▶ 1) збереженням на рентгенограмі тіні інвагіната з переміщенням її в оральному напрямку;
 - ▶ 2) зміною контурів і форми тіні інвагіната;
 - ▶ 3) заповненням повітрям сліпої кишки, але відсутністю газу в тонкій.
- ▶ У таких випадках дитина продовжує турбуватися, відмовляється від їжі. Пальпаторно іноді можна визначити інвагінат, розміри якого стають менше і локалізується в іншому місці (ближче до клубової області).

- ▶ Ведення хворого після консервативного розправлення інвагінації не вимагає спеціальних лікувальних заходів. Пацієнта поміщають в післяопераційну палату для спостереження. Найменші зміни поведінки (неспокій, плач, блювота та ін.) вимагають уважного огляду дитини хірургом (можливий рецидив захворювання або часткове розправлення). Через 1 год починають напувати хворого і, якщо немає блювоти, призначають звичайну для його віку дієту.
- ▶ Деякі автори для остаточного підтвердження ефективності консервативного розправлення інвагінації дають дитині столову ложку суспензії барію сульфату (на грудному молоці або солодкому киселі) консистенції рідкої сметани. За рентгенограмою через 12 год контролюють проходження контрасту по шлунково-кишковому тракту.
- ▶ Виписують дітей додому після консервативного розправлення інвагінації через 1-2 діб. Батьків попереджають про необхідність при появі занепокоєння дитини негайно звернутися до лікаря.

- ▶ Оперативне лікування інвагінації показано при:
 - ▶ - тонкокишковій формі
 - ▶ - пізніх термінах надходження (понад 12 год) від початку захворювання;
 - ▶ - нечіткому анамнезі;
 - ▶ - рецидивах
 - ▶ - випаданні інвагіната через пряму кишку;
 - ▶ - у дітей старшого віку (після 1 року);
 - ▶ Чим раніше проведена операція, тим кращий прогноз. Зволікання з хірургічним втручанням може привести до незворотних змін стінки кишки.

- ▶ Передопераційна підготовка повинна бути короткочасною і інтенсивною, індивідуальною для кожного хворого. У рідкісних випадках при задовільному загальному стані слід обмежитися загальними заходами - промиванням шлунка, медикаментозною підготовкою до наркозу. Якщо під час вступу у дитини є виражена інтоксикація, зневоднення, явища перитоніту, то підготовку до операції проводять протягом 2-3 год, домагаючись поліпшення загального стану.. Паралельно призначають жарознижуючі засоби (при температурі тіла вище 38 ° С). Операцію проводять під ендотрахеальним наркозом і захисним переливанням крові.

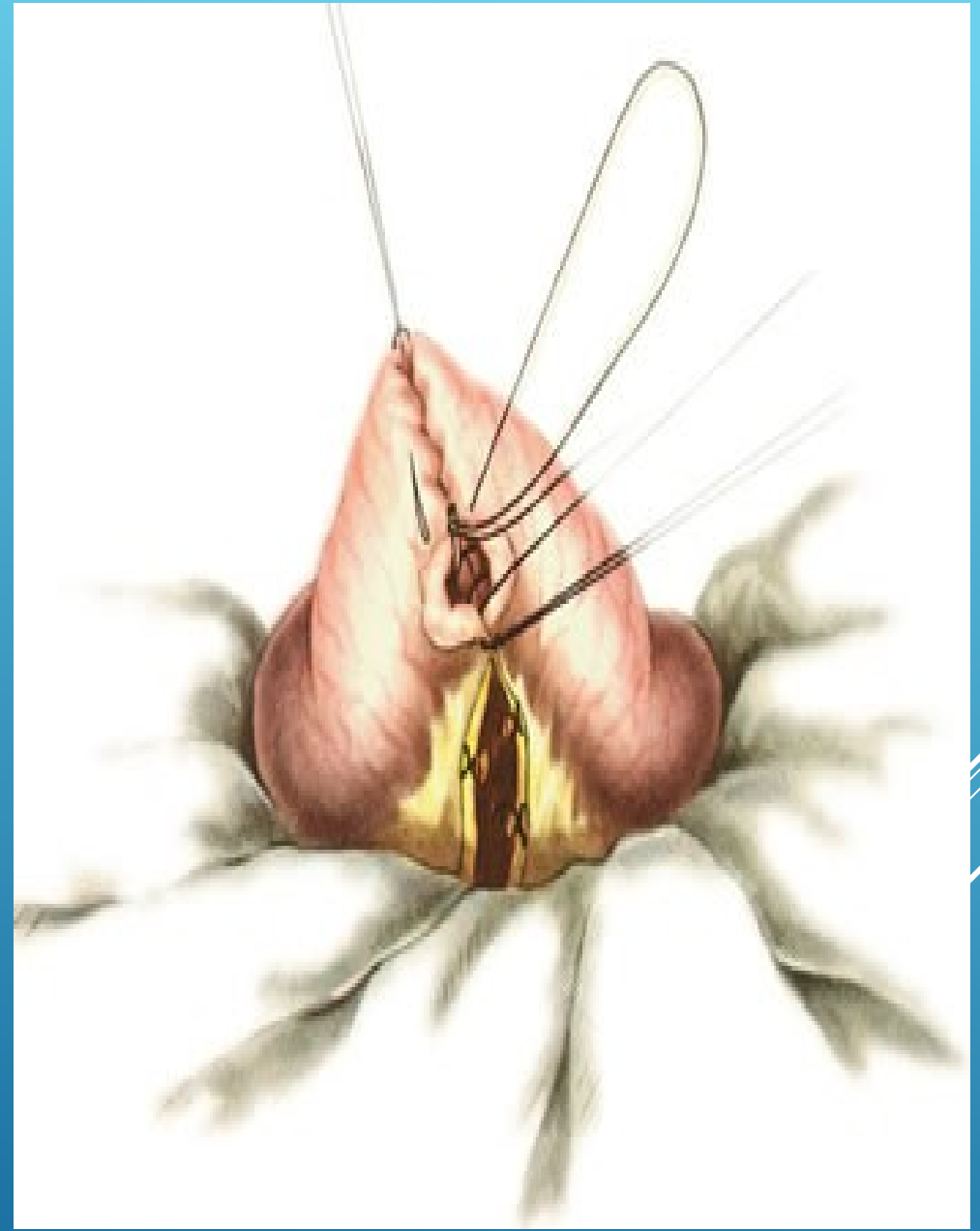
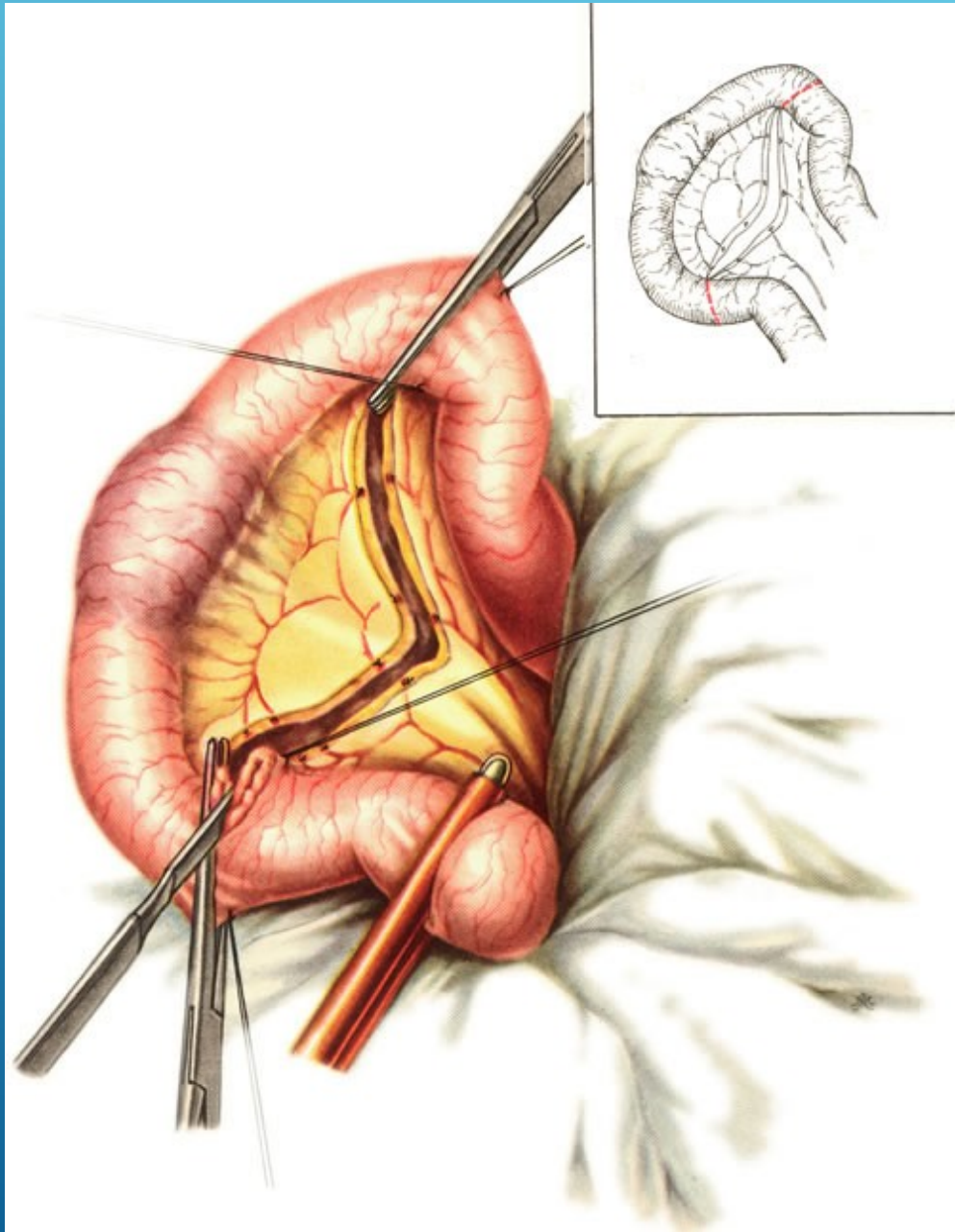
▶ Техніка операції

- ▶ Черевну порожнину розкривають Парамедіанним розрізом справа (у старших дітей - серединним), який дає можливість ретельної ревізії і при необхідності може бути легко розширений. За розтином черевної порожнини звертають увагу на кількість і характер випоту. У пізні терміни надходження він стає геморагічним, що вказує на важкі циркуляторні порушення кишкової стінки інвагіната. Мутний випіт зазвичай спостерігається при некрозі кишки.
- ▶ Ревізію черевної порожнини починають без евентрації кишечника, дотримуючись при цьому певної послідовності. Хірург вводить через лапаротомний отвір в черевну порожнину кілька пальців (у старших дітей - всю кисть) і спочатку обмацує поперечну ободову кишку, де найчастіше локалізується інвагінат, просуваючи пальці у напрямку до сліпої кишки. Не виявивши інвагіната, потрібно обстежити ободову кишку в дистальному напрямку, в випадках товстокишкової інвагінації головка може перебувати в низхідному відділі або сигмоподібній кишці.

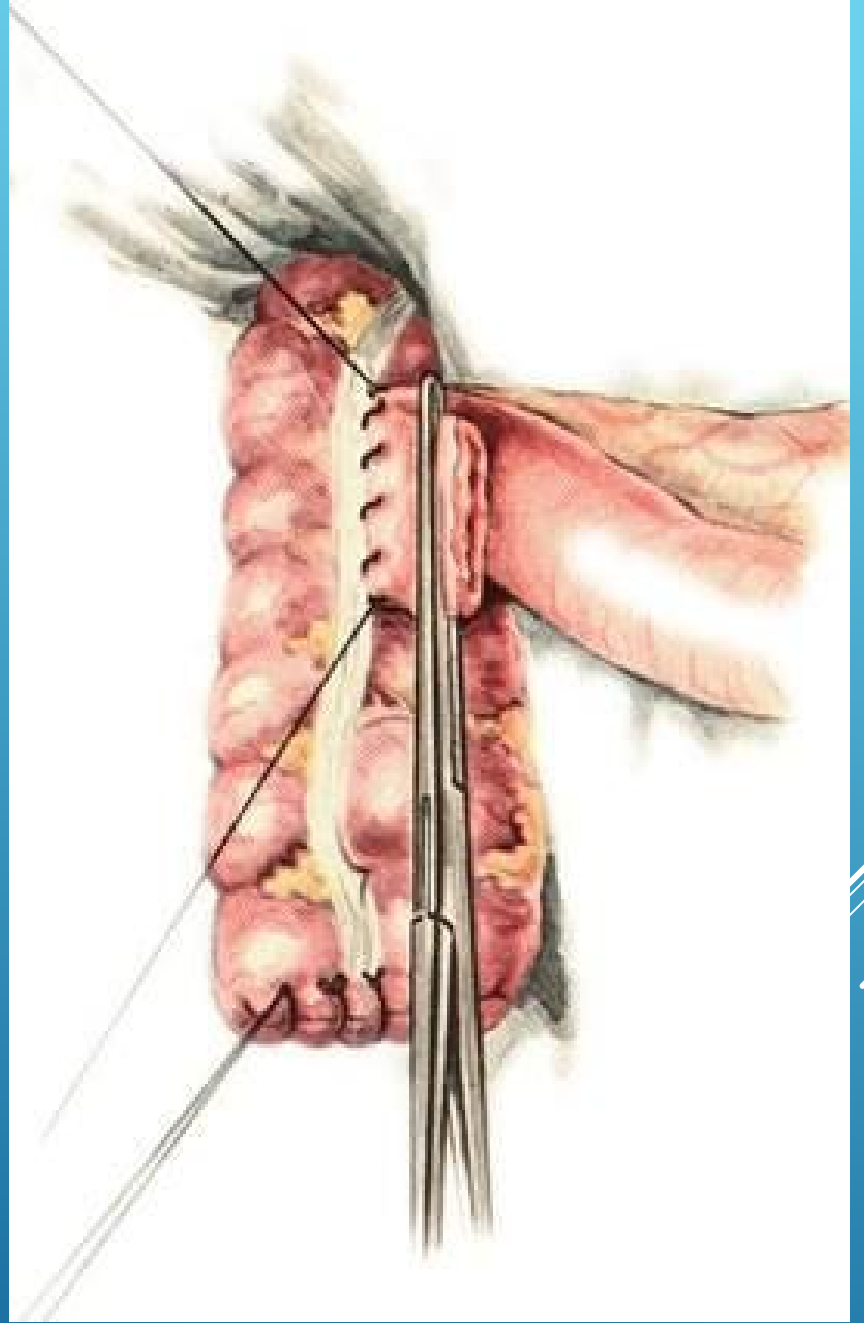
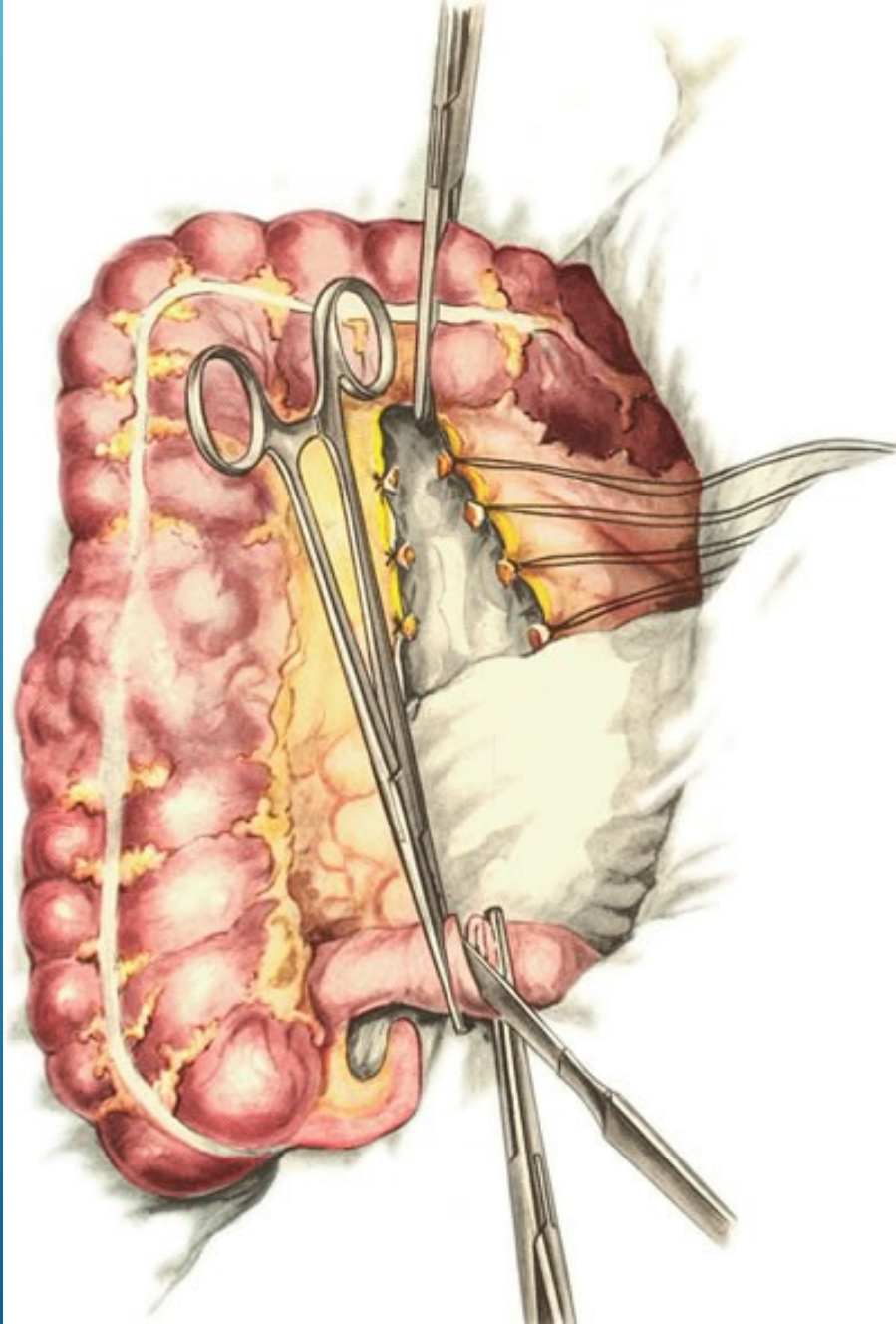
- ▶ При негативних даних слід обстежити тонку кишку, починаючи від ілеоцекального клапана в оральному напрямку. Знайдений інвагінат обережно підтягують і виводять в рану. Іноді під час цих маніпуляцій відбувається розправлення інвагінації. У таких випадках слід оглянути кишку, з'ясувати локалізацію і протяжність інвагінації. Кишка в цьому місці дещо набрякла, ціанотична, можливі дрібні крововиливи на серозній оболонці, застійні судини брижі. Після введення в брижі 10-15 мл 0,25% розчину новокаїну і зігрівання петлі кишки компресами з теплим фізіологічним розчином натрію хлориду (15-20 хв) проводять повторну ревізію. Зазвичай кишка приймає нормальне забарвлення, сумніви в її життєздатності не виникають. Якщо не відновиться пульсація судин, великі крововиливи, синюшне забарвлення є показанням до резекції кишки. Виявлена механічна причина інвагінації (пухлина, кіста, дивертикул) також є показанням до резекції кишки. Нехтування цим правилом може привести до тяжких наслідків. Після виведення інвагіната його покривають вологою теплою марлевою серветкою, в брижу кишки вводять 10-20 мл 0,25% розчину новокаїну і приступають до дезінвагінації.

► Техніка резекції

- Найбільш відповідальним моментом операції є визначення меж резекції. Необхідно пам'ятати про те, що порушення гемодинаміки у внутрішніх шарах кишкової стінки поширюються на деяку відстань за межі, які визначаються при зовнішньому огляді. У зв'язку з цим резекцію проводять, відступивши по 10-15 см дистальніше і проксимальніше видимих кордонів нежиттєздатної ділянки кишки. На цих рівнях кишку перетискають двома затискачами. Судини брижі перев'язують і перетинають. Потім ізолюють операційне поле серветками, кишку перетинають між зажимами і видаляють. Цілісність кишки відновлюють створенням дворядного анастомозу «кінець в кінець». Дефект брижі зашивають окремими кетгутовими швами.



- ▶ Техніка резекції ілеоцекального кута
- ▶ Визначивши межі резекції, відповідно мобілізують висхідний відділ товстої кишки. Для цього розсікають вздовж кишки парієтальну очеревину, яку разом з брижою тупим шляхом препарують в медіальному напрямку. Відступивши не менше 10 см від ілеоцекального клапана, клубову кишку перетинають між зажимами, потім розсікають брижі і лігують судини товстої кишки до краю резекції. Відвідний відділ беруть на нитки-трималки, на які накладають затискачі. Операційне поле ізолюють серветкою, кишку перетинають по краю затиску і видаляють. Просвіт її змащують спиртовим розчином йоду (наявний вміст попередньо видаляють електровідсмоктуванням) і зашивають трирядними швами (перший ряд - безперервний шов, інші - вузлові). Потім створюють дворядний анастомоз «кінець в бік» протяжністю 5-6 см по *taenia libera*. Дефект в брижі зашивають окремими кетгутовими швами.



- ▶ Хворого поміщають в палату інтенсивної терапії призначають антибіотики широкого спектру дії, оксигенотерапію. Всім дітям проводять продовжену перидуральну анестезію протягом 4-5 днів для попередження і лікування парезу кишечника.. Систему для внутрішньовенного крапельного вливання залишають на 1 добу, а при необхідності проведення парентерального харчування - на більш тривалі терміни.
- ▶ Дитині вимірюють температуру тіла кожні 2 год. Підвищення її понад 38 ° С є показанням до проведення жарознижувальних заходів.
- ▶ Годування хворих, у яких операція закінчилася дезінвагінацією, починають через 6 годин після втручання. Немовлятам призначають зціджене жіноче молоко по 15-20 мл через кожні 2 год. Через добу, при відсутності блювоти і поліпшенні загального стану, до кожного годування додають по 10-15 мл молока, доводячи його кількість до 4-5-го дня до нормального, відповідного масі тіла та віку дитини. У ці дні відсутню кількість рідини вводять внутрішньовенно крапельно. Якщо після перших годувань виникла блювота, то дитині на добу призначають парентеральне харчування, промивання шлунка кожні 3-4 год, і тільки після цього знову починають дробове годування.

