

Колонопатии
(синдром раздраженной кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, рак толстой и прямой кишки)

Учебно-методическая разработка
к практическим занятиям и самостоятельной подготовке
по внутренним болезням

для студентов IV – VI курсов

**Ассистент кафедры госпитальной терапии СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова,
к.м.н. Л.Ю.Долинина**

2007 год

Продолжительность изучения темы: 4 часа

Цели занятия.

Учебная цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения, а также основные принципы диагностики и лечения колонопатий (синдром раздраженной кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, рак толстой и прямой кишки).

Студент должен знать:

- определение каждого заболевания;
- классификацию синдрома раздраженной кишки, неспецифического язвенного колита и болезни Крона, рака толстой и прямой кишки;
- современные представления об этиологии и патогенезе каждого из изучаемых в этой теме заболеваний и их осложнений;
- клинические синдромы и симптомы каждого заболевания;
- принципы диагностики и дифференциальной диагностики синдрома раздраженной кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, рака толстой и прямой кишки;
- основные принципы лечения и ведения больных с каждой из этой патологии.

Студент должен уметь:

- целенаправленно проводить сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
- проводить объективное обследование больного с патологией толстого кишечника;
- самостоятельно формировать представление о больном, планировать обследование и тактику лечения;
- правильно оценивать результаты лабораторных и инструментальных данных;
- оценивая данные жалоб, анамнеза, объективного, лабораторного и инструментального исследований, формулировать развернутый диагноз, проводить дифференциальный диагноз и назначать необходимую терапию.

Задания для самоподготовки по теме «Синдром раздраженного кишечника»:

1. Определение синдрома раздраженного кишечника.
2. Классификация синдрома раздраженного кишечника.
3. Патофизиологические особенности развития и течения синдрома раздраженного кишечника.
4. Клинические симптомы, формирующие картину синдрома раздраженного кишечника.
5. Характерные анамнестические данные больных с синдромом раздраженного кишечника в сравнении с пациентами, страдающими органическими заболеваниями органов брюшной полости.
6. Алгоритм диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника.
7. Группы и названия лекарственных средств, применяемых для лечения синдрома раздраженного кишечника
8. Решите контрольные тесты и ситуационные задачи.

План самостоятельной работы студентов

При опросе и осмотре больного особое внимание следует обратить на:

1. Жалобы - боли в животе, облегчающиеся при дефекации и/или сопровождающиеся изменениями в частоте или консистенции стула, частота дефекации, нарушение консистенции стула, наличие примесей, нарушение процесса дефекации, похудание, нарушение сна, раздражительность.

2. Анамнез заболевания – длительность и течение болезни, с чего начиналось заболевание, провоцирующие ухудшение факторы, подробно расспросить о появлении новых симптомов и изменении характера жалоб, когда и где обследовался и лечился (ознакомиться с выписными справками, если они есть), эффективность терапии, повод для настоящей госпитализации.

3. Анамнез жизни – наличие профессиональных вредностей, употребление алкоголя, наркотиков и седативных препаратов. Условия жизни и характер питания. Эпиданамнез (вирусные гепатиты, переливания крови, операции), Перенесенные заболевания. Наследственность.

4. При объективном обследовании особое внимание обратить на не конкретную локализацию жалоб и отсутствие симптомов, подтверждающих органическое поражение кишечника. В остальном, осмотр по схеме истории болезни.

5. На основании жалоб, анамнеза и объективного обследования формулируется представление о больном и выставляется предварительный диагноз, в котором указывается предположительные вариант СРК и степень тяжести.

6. Наметить план обследования и лечения данного больного.

7. Оценить имеющиеся данные лабораторного исследования (клинический анализ крови, копрограмма, анализ кала на реакцию Грегерсена), результаты инструментального обследования (УЗИ органов брюшной полости, КТ/МРТ органов брюшной полости, ректороманоскопия, ФГДС), осмотра специалистов (невролог, хирург и др.). При необходимости назначить дообследование.

8. Составить окончательное суждение о больном, с развернутым клиническим диагнозом, проведением, при необходимости, дифференциального диагноза, обоснованием лечебных процедур и прогноза.

Пример развернутого клинического диагноза:

9. *Основной:* Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи. Астено-вегетативный синдром.

Синдром раздраженного кишечника

Определение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – симптомокомплекс, при котором отмечаются нарушения со стороны кишечника и абдоминальный дискомфорт при отсутствии органических заболеваний.

При постановке диагноза ориентируются на «Римские критерии» (1988), согласно которым у больных с СРК должны присутствовать непрерывные или рецидивирующие симптомы в течение 3-6 месяцев, включая:

1. Абдоминальную боль, облегчающуюся при дефекации и/или сопровождающуюся изменениями в частоте или консистенции стула.
2. Нарушения дефекации в течение, по крайней мере, 25% времени, состоящие из 2х и более отклонений от нормы:
 - нарушения частоты дефекации (более 3х раз в день или менее 3х раз в неделю),
 - нарушения консистенции стула (твердый или жидкий),
 - нарушения процесса дефекации (ургентность позыва, напряжение, ощущение неполного опорожнения),
 - выделение слизи
 - метеоризм.

Классификация синдрома раздраженного кишечника

В клинической классификации выделяют три варианта синдрома раздраженного кишечника: 1. Вариант, протекающий преимущественно с диареей. Жидкий стул 2-4 раза в день, преимущественно в утренние часы, после завтрака, иногда с примесью слизи. Неотложные позывы на дефекацию (изредка). Отсутствие диареи в ночное время.

2. Вариант, протекающий преимущественно с запором. Отсутствие дефекации в течение 2 и более суток. Чередование запоров с поносами. Чувство неполного опорожнения кишечника (стул в виде овечьего кала).

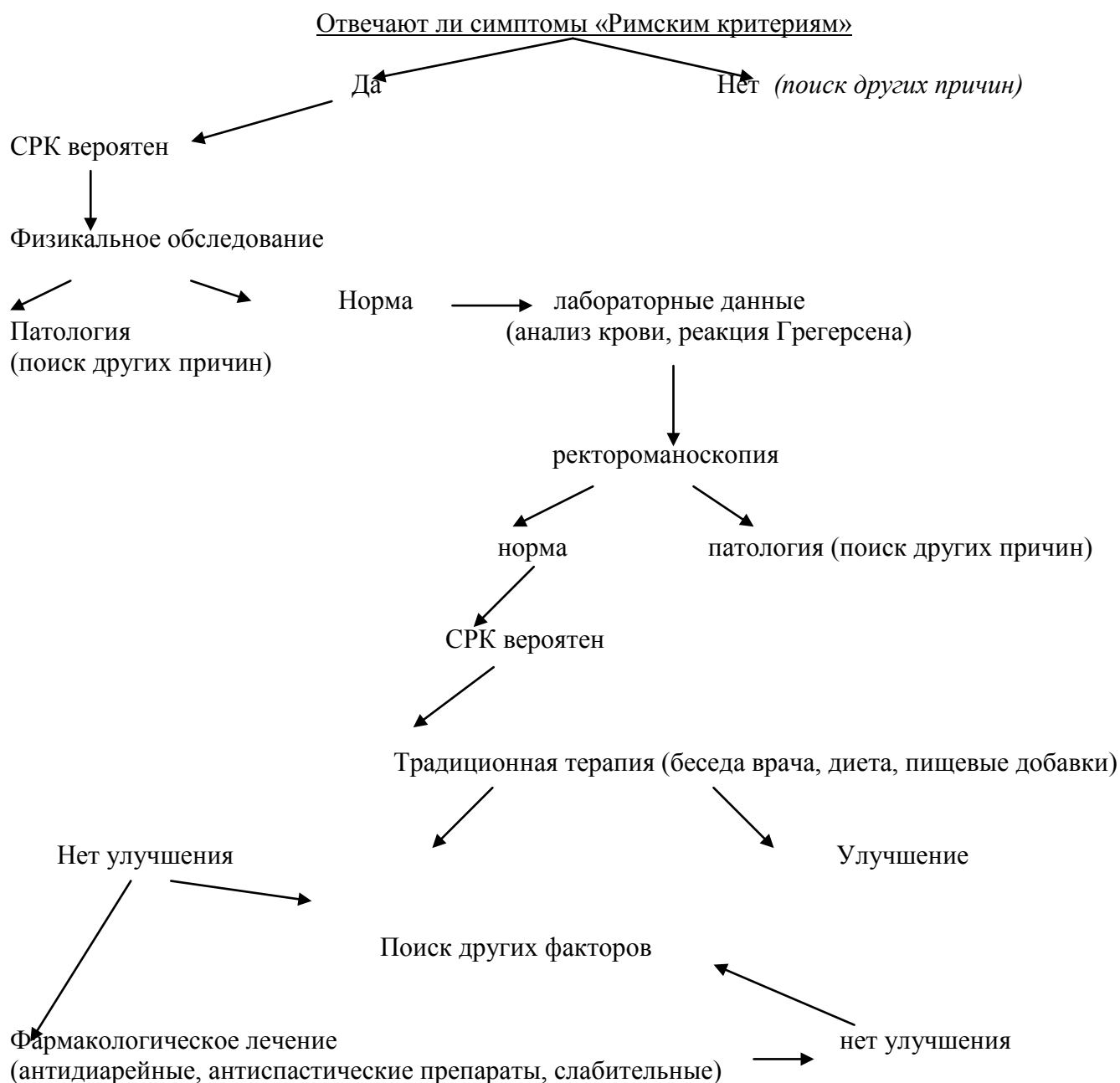
3. Вариант, протекающий преимущественно с болями в животе и метеоризмом. Схваткообразные абдоминальные боли, сочетающиеся с метеоризмом. Болезненность при пальпации спазмированных участков толстой кишки. Боли, как правило, усиливаются перед дефекацией и уменьшаются после опорожнения кишечника. Появление болей нередко провоцируется приемом пищи.

По степени тяжести различают легкое течение, средней степени и тяжелое.

Характерные анамнестические данные больных с СРК в сравнении с пациентами, страдающими органическими заболеваниями органов брюшной полости.

Анамнестические признаки	Органические заболевания	Синдром раздраженного кишечника
Длительность анамнеза	короткий	длительный
Постоянство жалоб	монотонные	Изменчивые
Локализация болей	Локализованные	Диффузные, мигрирующие
Потеря массы тела	++	+ (в результате диет)
Зависимость жалоб от стресса	+	+++
Зависимость жалоб от приема пищи	++	(+)
Нарушение ночного сна	++	(+)
Функциональные вегетативные сопутствующие нарушения	+	+++
Абдоминальные, не связанные с органами брюшной полости	(+)	+++

Алгоритм диагностики и лечения СРК.



Задания для самоподготовки по теме «Неспецифический язвенный колит и Болезнь

Крона»:

1. Определение неспецифического язвенного колита (НЯК) и Болезни Крона (БК).
2. Патофизиологические и гистологические особенности развития НЯК и БК.
3. Клинические (кишечные и внекишечные) симптомы, формирующие картину НЯК и БК, локализация преимущественных участков поражения.
4. Классификация (по степени тяжести и эндоскопическая) НЯК и БК.
5. Дифференциальный диагноз НЯК с Болезнью Крона.
6. Алгоритм диагностики и лечения НЯК и БК.
7. Группы и названия лекарственных средств, применяемых для лечения НЯК и БК.
8. Осложнения (местные и системные) НЯК и БК.
9. Решите контрольные тесты и ситуационные задачи.

План самостоятельной работы студентов

При опросе и осмотре больного особое внимание следует обратить на:

1. Жалобы - кишечные: частоту и консистенцию стула, патологические примеси в стуле, боли в животе, нарушение процесса дефекации, кишечные кровотечения, анальные трещины и свищи, некишечные: потерю массы тела, лихорадку, анемию, артралгии, глазные симптомы, узловатая эритема.

2. Анамнез заболевания – длительность и течение болезни, с чего начиналось заболевание, провоцирующие ухудшение факторы, подробно расспросить о появлении новых симптомов и изменении характера жалоб, когда и где обследовался и лечился (ознакомиться с выписными справками, если они есть), эффективность терапии, повод для настоящей госпитализации.

3. Анамнез жизни – наличие профессиональных вредностей, употребление алкоголя, наркотиков и седативных препаратов. Условия жизни и характер питания. Перенесенные вирусные и бактериальные (кишечные и некишечные) инфекции. Наследственность.

4. При объективном обследовании особое внимание обратить на локализацию абдоминальных жалоб, снижение массы тела, изменение и цвет кожи и суставов. В остальном, осмотр по схеме истории болезни.

5. На основании жалоб, анамнеза и объективного обследования формулируется представление о больном, проводится дифференциальный диагноз НЯК и Болезни Крона, СРК и раком кишечника и выставляется предварительный диагноз с указанием степени тяжести.

6. Наметить план обследования и лечения данного больного.

7. Оценить имеющиеся данные лабораторного исследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, копрограмма, анализ кала на реакцию Грегерсена), результаты инструментального обследования (УЗИ органов брюшной полости, КТ/МРТ органов брюшной полости, ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, ФГДС), осмотра специалистов (хирург и др.). При необходимости назначить дообследование.

8. Составить окончательное суждение о больном, с развернутым клиническим диагнозом, проведением, при необходимости, дифференциального диагноза, обоснованием лечебных процедур и прогноза.

9. *Пример развернутого клинического диагноза:*

10. *Основной:*

1. Болезнь Крона, хроническая форма в фазе обострения. Гранулематозный колит с преимущественным поражением слепой кишки. Наружный свищ в области проекции слепой кишки (дата). Артрит правого плечевого сустава (дата).

2. Неспецифический язвенный колит, хроническая рецидивирующая форма, в фазе обострения средней степени тяжести, дистальная форма (проктит, сигмоидит). Анемия смешанного происхождения. Артрит коленного сустава. Правосторонний увеит (дата).

Неспецифический язвенный колит и Болезнь Крона.

Определение.

Болезнь Крона (региональный, терминальный илеит, или колит, гранулематозный илеит) – неспецифическое воспалительное заболевание слизистой оболочки пищеварительного тракта неустановленной этиологии с преимущественным поражением дистального отдела тонкой кишки, рецидивирующим течением и часто возникающими осложнениями в виде внутренних и наружных свищей, стриктур, а также внекишечными патологическими явлениями со стороны кожи, суставов, глаз.

Неспецифический язвенный колит – самостоятельное заболевание, которое характеризуется воспалительным процессом в слизистой оболочке толстой кишки с ее эрозивно-язвенным поражением и частым вовлечением в процесс других органов (суставов, печени, кожи, глаз).

Клиническая картина.

Болезнь Крона	Неспецифический язвенный колит
----------------------	---------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> Сегментарное воспаление с преимущественным поражением дистального отдела подвздошной кишки. Может быть поражен (прерывисто-очагами) весь желудочно-кишечный тракт (от полости рта до прямой кишки). Гистология – <i>трасмуральное</i> воспаление с наличием гранулем, ассиметричное, прерывистое. 	<ul style="list-style-type: none"> Непрерывное сплошное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, почти всегда начинающееся в прямой кишке. Примерно в 50% случаев распространяется проксимально Терминальный отдел подвздошной кишки вовлекается редко Периодические обострения чередуются с бессимптомными периодами Гистология - поверхностное воспаление, сплошное, с криптами и абсцессами
---	---

Основные симптомы при первой манифестации

Кишечные	Некишечные	Кишечные	Некишечные (не всегда)
Боли в животе 77%	Снижение массы тела 54%	Кишечные кровотечения 80%	Лихорадка
Диарея 73%	Лихорадка 35%	Диарея 52%	Анемия
Кровотечения 22%	Анемия 27%	Абдоминальная боль 47%	Артралгии
Анальные трещины 16%	Артралгии 38%	Анальные трещины 4%	Снижение массы тела
	Поражение глаз 10%	Анальные свищи 0%	Глазные симптомы
	Узловатая эритема 8%		Узловатая эритема

Классификация.

Классификация НЯК.

Признак	Легкое течение	Средняя степень тяжести	Тяжелое течение
Частота и характер стула	≤ 4 раз в сутки, либо оформленный либо кашицеобразный, с примесью слизи и крови.	≤ 8 раз в сутки, значительная примесь гноя, крови, слизи, боли в животе	> 10 раз в сутки, может выделяться алая кровь без кала, слизь и гной в большом количестве
Кровотечение	Слабое	Профузное	Непрерывное
Лихорадка	Отсутствует	Фебрильная, до 38 С	Высокая лихорадка, до 39С, общая интоксикация
Потеря массы тела	Нет	До 10 кг за последние 1-2 месяца	> 10 кг за месяц
Гемоглобин	> 100 г/л	≤ 100 г/л	≤ 80 г/л
СОЭ	< 30 мм/ч	≥ 30 мм/ч	≥ 50 мм/ч
Альбумин	Норма	30-40 г/л	> 30 г/л
Эндоскопическая картина	Отек, гиперемия слизистой, контактная кровоточивость, ослабление сосудистого рисунка	Поверхностные язвы, псевдополипоз, контактная и спонтанная кровоточивость	Гной, спонтанные кровотечения, множественные изъязвления

По локализации процесса различают дистальные формы (проктиты и проктосигмоидиты), левосторонние (вышележащие отделы толстой кишки) и тотальные формы. Течение молниеносное и острое, хроническое непрерывное, хроническое рецидивирующее.

Общепризнанной **классификации БК** нет. Обычно отмечается анатомическая локализация и распространенность изменений, констатируются осложнения, фаза течения (обострение, ремиссия), активность течения. Процесс может быть острым и хроническим, рецидивирующим.

Дифференциально-диагностические признаки при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите

Признаки	НЯК	БК
Кровь в стуле	Часто	Редко
Боли в животе	Редко	Часто
Вовлечение прямой кишки	Всегда	Редко
Перианальные поражения	Редко	Всегда
Свищи	Редко	Часто
Токсическая дилатация	Редко	Редко
Рецидив после хирургического вмешательства	Нет	Часто
Эндоскопические данные		
Афты	Нет	Часто
Линейные язвы	Нет	Часто
Распространенные	Часто	Редко
Вовлечение терминального отдела подвздошной кишки	Нет	Часто
Эпителиально-клеточные гранулемы	Нет	Представлены

Схема лечения болезни Крона в период обострения

1 вариант			
	Преднизолон (чаще внутрь, реже-парентерально)	5 – аminosалициловая кислота (5-АСК)	Или Сульфосалазин
1 неделя	60 мг в день	3-4 раза по 0.5 г ежедневно per os	ежедневно per os
2 неделя	40 мг в день	3-4 раза по 0.5 г ежедневно per os	ежедневно per os
3 неделя	30 мг в день	3-4 раза по 0.5 г ежедневно per os	ежедневно per os
4 неделя	25 мг в день	3-4 раза по 0.5 г ежедневно per os	ежедневно per os
5 неделя	20 мг в день	3-4 раза по 0.5 г ежедневно per os	ежедневно per os
6 неделя	15 мг в день	Альтернирующий прием (по 1 г через день)	По 1 г через день
7 – 26 неделя	10 мг в день при условии клинической ремиссии		
27-52 неделя	10,5 мг через день → 10 мг через		

	день		
2 вариант			
<p>- 4-12 недель «диеты астронавтов» (аминокислоты, минералы, глюкоза, микроэлементы, витамины, вода),</p> <p>- при вовлечении только тонкой кишки – питание через назогастральной зонд,</p> <p>- азатиоприн 2-3 мг/кг массы тела ежедневно в течение не менее 3 месяцев,</p> <p>- метронидазол 500-1000 мг в день не менее 1 месяца</p>			

Задания для самоподготовки по теме «Колоректальный рак»:

10. Распространенность и этиология колоректального рака.
11. Морфологические особенности локализации опухоли.
12. Клинические симптомы, общие и в зависимости от локализации опухоли.
13. Классификация колоректального рака.
14. Дифференциальный диагноз НЯК с Болезнью Крона.
15. Методы лабораторной и инструментальной диагностики колоректального рака.
16. Течение (возможные осложнения), прогноз и тактика лечения колоректального рака.
17. Решите контрольные тесты и ситуационные задачи.

План самостоятельной работы студентов

При опросе и осмотре больного особое внимание следует обратить на:

1. Жалобы - общие – фебрильная температура, слабость, утомляемость, потеря аппетита, похудание, анемия. Жалобы в зависимости от локализации - раннее развитие общей слабости и недомогания, тупые и острые схваткообразные боли в правой половине живота, правой подвздошной области, поносы, позднее развитие кишечной непроходимости, развитие анемии (правые отделы). Частичная и постепенно нарастающая кишечная непроходимость (урчание, запоры, схваткообразные боли), лентообразный или овечий кал, с примесью алой крови и слизи (левые отделы). Выделение крови, не смешанной с калом, в начале дефекации, тенезмы с последующим появлением крови или кровавой слизи, упорный запор, недержание кала и газов при поражении ануса (рак прямой кишки).

2. Анамнез заболевания – длительность и течение болезни, с чего начиналось заболевание, провоцирующие ухудшение факторы, подробно расспросить о появлении новых симптомов и изменении характера жалоб, когда и где обследовался и лечился (ознакомиться с выписными справками, если они есть), предшествующие заболевания, эффективность терапии, повод для настоящей госпитализации.

3. Анамнез жизни – Наследственность. Наличие профессиональных вредностей, употребление алкоголя, наркотиков и седативных препаратов. Условия жизни и характер питания. Перенесенные вирусные и бактериальные (кишечные и некишечные) инфекции.

4. При объективном обследовании особое внимание обратить на локализацию и характер абдоминальных жалоб, снижение массы тела, лихорадку. В остальном, осмотр по схеме истории болезни.

11. На основании жалоб, анамнеза и объективного обследования формулируется представление о больном, проводится дифференциальный диагноз предполагаемого диагноза с НЯК и Болезнью Крона, СРК и выставляется предварительный диагноз с указанием стадии.

12. Намечить план обследования и дальнейшее тактики ведения данного больного.

13. Оценить имеющиеся данные лабораторного исследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, копрограмма, анализ кала на реакцию Грегерсена), результаты инструментального обследования (УЗИ органов брюшной полости, КТ/МРТ органов брюшной полости, ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, ФГДС), осмотра специалистов (хирург и др.). При необходимости назначить дообследование.

14. Составить окончательное суждение о больном, с развернутым клиническим диагнозом, проведением, при необходимости, дифференциального диагноза, обоснованием лечебных процедур и прогноза.

15. *Пример развернутого клинического диагноза:*

16. *Основной:* Рак прямой кишки, 3 стадия.

Колоректальный рак.

Классификация.

Различают несколько стадий колоректального рака.

I стадия – небольшая опухоль в слизистой оболочке и подслизистом слое кишечной стенки без метастазов в регионарные лимфатические узлы.

II стадия – опухоль, занимающая не более полуокружности кишечной стенки, не выходящая за пределы и не переходящая на соседние органы (возможны единичные метастазы в регионарные лимфатические узлы).

III стадия – опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю стенку, соседнюю брюшину, без регионарных метастазов или опухоль любых размеров с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы.

IV стадия – большая опухоль, захватывающая соседние органы, с множественными регионарными метастазами или любая опухоль с отдаленными метастазами.

Диагностика.

Клинический диагноз может быть заподозрен у лиц старше 40 лет с нарастающей слабостью, необъяснимой лихорадкой, анемией в сочетании с различными вариантами кишечного дискомфорта, нарушениями стула, возникшими внезапно.

Обследование должно включать:

1. Пальцевое исследование прямой кишки (80% случаев позволяет диагностировать рак прямой кишки).
2. Клинический (анемия и увеличение СОЭ) и биохимический (повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы – метастазы в печень) анализы крови.
3. Исследование кала на скрытую кровь проводится при отсутствии явных признаков кровотечения.
4. Ирригоскопия методом двойного контрастирования (неправильной формы дефекты наполнения в стенке кишки, ригидность ее стенки, сужение просвета).
5. Ректороманоскопия (определяются опухоли прямой и сигмовидной кишки).
6. Колоноскопия. Позволяет увидеть опухоли, не обнаруженные при ирригоскопии, а также взять биоптат на исследование.
7. УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки и другие исследования в целях поиска метастазов.

Течение

Колоректальный рак может осложняться кишечными кровотечениями, воспалительным процессом, перфорацией кишечной стенки, динамической, обтурационной, инвагинационной формами кишечной непроходимости, прорастанием опухоли в другие ткани и органы. Метастазы чаще всего в печень, легкие, почки, надпочечники, головной мозг.

Прогноз. При опухолях, ограниченных слепой кишкой, пятилетняя выживаемость достигает 75-80%. При опухолях, прорастающих стенку кишки, но при отсутствии метастазов в регионарные лимфоузлы, это показатель снижается до 60%, а при вовлечении до 30%. Установлено, что высокодифференцированные опухоли при любой стадии имеют лучший отдаленный прогноз. У лиц молодого возраста преобладают быстропрогрессирующие формы рака толстой кишки, женщины имеют лучший прогноз.

Список литературы, рекомендованный для самоподготовки:

Обязательная:

1. «Внутренние болезни»: Учебник для медицинских вузов /Под редакцией С.И.Рябова и других. – СПб.: СпецЛит, 2000. – 861 с.
2. Джозеф М.Хендерсон Патофизиология органов пищеварения. Москва, 2001.- 286с.

Дополнительная:

1. Стандарты диагностики и лечения болезней органов пищеварения, М., 1998.
2. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника (руководство для врачей). М.: Медицина, 2000. – 632 с.
3. Златкина А.Р. Синдром раздраженного кишечника (клиника, диагностика, лечение) / Терапевтический архив. 1997. №2. С.68-71.
4. Рысс Е.С. Синдром раздраженного кишечника Лекция 1. / Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 1998. №4. С. 40-41.
5. Рысс Е.С. Синдром раздраженного кишечника Лекция 2. / Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 1999. №1. С. 38-42.
6. Пальцев А.И., Журова А.А. Синдром раздраженного кишечника. Вопросы клиники, диагностики и комплексной терапии. / Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 1999. №3. С. 24-28.
7. Органические заболевания желудочно- кишечного тракта. Приложение к журналу «Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости». 2001. №3.