

**Конспект лекции для студентов 4 курса лечебного факультета по дисциплине
«Факультетская терапия» «Хронические заболевания кишечника. Колоректальный
рак».**

Проф. Кривошеев А.Б.

Актуальность проблемы. СРК страдают от 10 до 13 % населения. Доля лиц, испытывающих симптомы, соответствующие СРК, вероятно, выше, однако лишь 25–30 % из них обращаются за медицинской помощью. Данным заболеванием чаще страдают женщины, а диагноз СРК в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет. У большей части пациентов с СРК (13 – 87 %) заболевание сочетается с функциональной диспепсией.

Определение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) — хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула.

СРК диагностируется, если рецидивирующая боль или дискомфорт в животе отмечается в течение не менее чем 3 дней в месяц за последние 3 месяца при общей продолжительности симптомов не менее 6 месяцев, при этом:

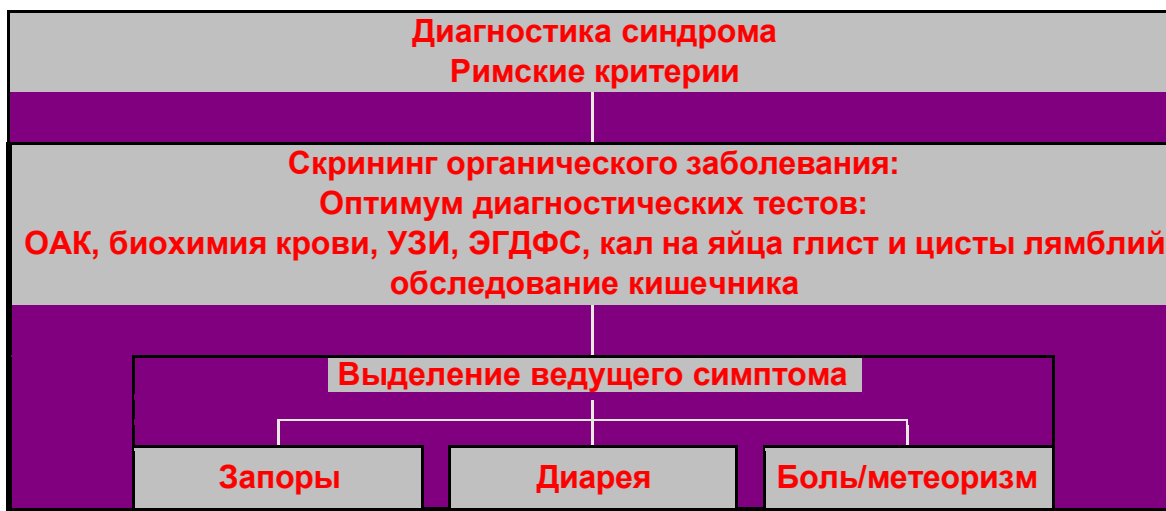
- Боль уменьшается после дефекации
- Сочетается с изменением частоты стула
- Сочетается с изменением консистенции стула

Классификация СРК

- **СРК с запорами** – СРК-З (твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул менее $< 25\%$ всех актов дефекации);
- **СРК с диареей** – СРК-Д (жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$, твердый или фрагментированный $< 25\%$ всех актов дефекации)
- **Смешанная форма** – (твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ всех актов дефекации)
- Неклассифицируемая форма – (недостаточно данных для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы)

Этиопатогенез СРК (Римские критерии IV)

- Социально-экономический статус
- Психологические аспекты
- Генетическая предрасположенность
- Нарушение моторики ЖКТ
- Изменения в нейроэндокринной системы (ось ГМ-ЖКТ)
- Low-grade воспаление
- Концепция постинфекционного СРК
- Дисбаланс микробиоты
- Факторы питания



Лечение

Диетотерапия

1. Принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы.
2. Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.
3. Целесообразно рекомендовать пациенту «ведение пищевого дневника» для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.
4. Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначение аглютеновой диеты.

Медикаментозное лечение

- Спазмолитики (мебеверин)
- Антидепрессанты

СРК с диарей

- Лоперамид
- Смектит диоктаэдрического
- Рифаксимин
- Пробиотики

СРК с запором

- Слабительные препараты

Воспалительные заболевания кишечника

- Болезнь Крона
- Язвенный колит
- Недифференцированный колит
- Эозинофильный колит
- Микроскопический колит:
 - Коллагенозный колит
 - Лимфоцитарный колит

Болезнь Крона - хроническое рецидивирующее заболевание ЖКТ неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, грануломатозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.

Монреальская классификация БК по локализации поражения

- Терминальный илеит

- Колит
- Илеоколит

Язвенный колит- хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. При ЯК поражается только толстая кишка, в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой и носит диффузный характер.

Основные клинические симптомы ЯК

- Диарея и/или ложные позывы с кровью, тенезмы и императивные позывы на дефекацию, ночная дефекация;
- При тяжелой атаке ЯК возможно появление общих симптомов: похудание, лихорадка, потеря аппетита, общая слабость;
- Для ЯК, отличии от БК, боль в животе менее характерна и носит умеренный характер, чаще перед стулом;
- При проктитах и проктосигмоидитах диарея отсутствует
- Частые ложные позывы могут сочетаться с запорами или оформленным стулом

Классификация ЯК по характеру течения

- Острое течение: (менее 6 месяцев от дебюта заболевания)
- Хроническое непрерывное течение: (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии)
- Хроническое рецидивирующее течение: (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии)

Монреальская классификация ЯК по протяженности поражения

- Проктит - поражение ограничено прямой кишкой
- Левосторонний колит - поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
- Тотальный колит - поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом)

Диагностика

- Жалобы и анамнез
- Физикальное обследование
- Лабораторная диагностика
- Инструментальная диагностика (ФКС, УЗИ ОБП)

Лечение

- Назначение лекарственных препаратов:
 - 5-АСК (Сульфасалазин, Месалазин)
 - Системные глюкокортикостероиды (Преднизолон)
 - Топические глюкокортикоиды (Будесонид)
 - Цитостатики (Азатиоприн, 6-меркаптопурин)
 - Биологическая терапия (Инфликсимаб, голимумаб, Адалимумаб, Ведолизумаб)
- Хирургическое лечение
- Психосоциальная поддержка
- Диетические рекомендации

Колоректальный рак.

Рак ободочной и прямой кишки — это рак, который начинается в толстой или прямой кишке. Рак толстой и прямой кишки часто группируются вместе, потому что они имеют много общих

черт. Колоректальный рак является опухолью, которая происходит из эпителиальных клеток толстого кишечника.

Этиология и патогенез. Большинство случаев колоректального рака связаны с формированием полипов-выростов слизистой оболочки ободочной или прямой кишки. Некоторые виды полипов могут с течением времени трансформироваться в злокачественные образования, однако не все. Процесс малигнизации зависит от типа, размера, локализации и вида полипа.

Генетические факторы. Некоторые врожденные заболевания, такие как аденоматозный полипоз, синдром Гарднера, синдром Тюрко, наследственный неполипозный рак толстой кишки повышают вероятность развития колоректального рака в будущем.

Наиболее часто раковая опухоль локализуется в тех отделах, где происходит задержка кишечного содержимого — в сигмовидной и слепой кишке. В зависимости от типа опухоли бывают экзофитные и эндофитные (инфильтративные) формы опухоли. Экзофитные опухоли растут в просвет толстого кишечника в виде полипа или узла. Инфильтративные опухоли поражают всю толщу стенки кишечника, охватывая ее по всему периметру и сужая просвет. Злокачественные клетки опухолевой ткани могут проникать в местные кровеносные или лимфатические сосуды, распространяться в регионарные лимфатические узлы и далее в остальные части тела. Стадия колоректального рака зависит от того, насколько глубоко опухоль поразила орган и распространилась за его пределы.

Клиника. частыми симптомами являются боль, нарушение моторно-эвакуационной функции (дискомфорт, чувство тяжести, рвота, потеря аппетита), наличие патологических выделений с калом. В большинстве случаев опухоль остается нераспознанной длительное время и только в случае выхода за пределы органа или достижения больших размеров, человек может предъявлять жалобы и обратиться к врачу. При поражении ободочной кишки имеет значение, какой отдел поражен. Существует разница в клиниках рака правого и левого отдела ободочной кишки. При правосторонней локализации опухоли болевой синдром отмечается в 2–3 раза чаще чем при левосторонней. Рост опухоли сопровождается наличием болей приступообразного характера преимущественно справа, кишечными расстройствами, повышением температуры, утомляемостью и слабостью. Довольно часто больные отмечают желудочно-кишечный дискомфорт, свидетельствующий о функциональных расстройствах соседних отделов желудочно-кишечного тракта.

- Рак прямой кишки сопровождается кровотечением при дефекации. Частым симптомом является «кишечный дискомфорт» — чувство неполного опорожнения и наличие инородного тела в прямой кишке,

Диагностика колоректального рака комплексная и включает осмотр, эндоскопические, морфологические, ультразвуковые методы.

Первым методом диагностики является наружный осмотр, который проводится с помощью пальцевого ректального исследования (ПРИ) анального канала и прямой кишки. До 70% опухолей можно диагностировать используя ПРИ. При наличии показаний проводится осмотр и пальпация паховых лимфатических узлов, пальпация живота и печени.

- Ректороманоскопия — позволяет провести осмотр прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки (на протяжении 30 см). В ходе проведения процедуры возможно взятие кусочка материала на биопсию.
- Ирригоскопия — рентгенологическое исследование толстой кишки. С помощью ирригоскопии с двойным контрастированием врач определяет протяженность опухоли, определяет форму роста, наличие свищей и изъязвлений. Проводится в различных проекциях, выявляет образования до 0,5 см в диаметре.

- Колоноскопия — эндоскопическое исследование прямой кишки, ободочной, части тонкого кишечника (на протяжении 2 м). Метод колоноскопии удобен тем, что позволяет провести осмотр всей слизистой оболочки и взять биопсию ткани для гистологического исследования при подозрительных случаях.

Лечение Основной метод лечения — хирургический, с учетом современного принципа онкологического радикализма. В зависимости от выраженности кишечной непроходимости, применяют различные виды резекций — от одноэтапных до паллиативных. Также назначают лучевую терапию, как одно из средств, повышающих эффективность хирургического вмешательства.