

# Дивертикулоза на дебелото черво

Доц. д-р Д. Таков, д-р П. Карагъзов  
ИКТЕХ, ВМА - гр. София

Дивертикулозата е най-честото заболяване на дебелото черво в индустриализираните общества. Наи-ранни описания на дебелоочревни мукозни хернирации се приписват на Jean Cruveilhier през 1849 г. Заболяването е с прогресивно нарастваща честота при известни географски вариабилности. Спектърът на дивертикулозната болест на колона е в широки граници от дивертикулит и кръвоизлив. Клиничната манифестиация е от безсимптомна дивертикулоза или леки смущения в дефекацията, съпровождени с коремен дискомфорт до тежко интраабдоминално възпаление и ректално кървене.

Различават се:

- 1. Дивертикули на симпата** - най-чести. Представляват в повечето случаи псеводивертикули (пролабирания на мукозата през съдовомускулния процес, в резултат на повишено налягане в чревния лumen при обструкция и прогресираща слабост на съединителната тъкан);
- 2. Дивертикули на цекума** - рядко срещани, вродени истински дивертикули - "изхлувания" на цялата чревна стена.

Термините "дивертикулоза" или "дивертикулозна болест" се използват в случаите при налични невъзпалени дивертикули. Дивертикулозата е честа причина за остро кървене от долния гастроинтестинален тракт - диагностицира се при 23% от случаите с подобни симптоми. Терминът "дивертикулит" се използва в случаите на възпаление на дивертикул или дивертикули, което често е съпроводено с макро- или микроскопска перфорация. Под "усложнен дивертикулит" се разбират случаите, когато са налице абсцес или флегмон, формирана fistula, стриктура, чревна обструкция или перитонит.

Епидемиологията на дивертикулозната болест е тясно свързана с особеностите на диетата, географската локализация и възраст. Клиничните съобщения за дивертикулоза преди XX<sup>th</sup> век са изключително редки. Честотата на дивертикулозната болест е

нараснала значително във връзка с промяната в диетата в индустриализираните общества - богато съдържание на рафинирани въглекидрати, белтъци и мазнини в храната, въвеждане на охлаждане и консервиране на храните и хранителните продукти. Географското разпределение на дивертикулозата е тясно свързано с приема на фибри с храната - позищена честота у западните общества във връзка с бедната на фибри диета, по-рядко срещана в Южна Америка и изключително необичайна за Африка и Ориента. Анатомичното разпространение на дивертикулите също варира според географската локализация. За Северна Америка, Западна Европа и Австралия са характерни дивертикулите на левия колон, които са с повишена честота на усложнения, докато в Ориента по-често се срещат дивертикули в дясната част на колона, които са с по-малко клинично значение. Истинската честота на дивертикулозата не е известна поради факта, че най-чести са безсимптомните форми. Факт е, че честотата нараства с напредване на възрастта - под 10% при пациенти до 40 години и между 50 и 66% при пациенти над 80 години. Мъжете и жените се засягат еднакво<sup>[23]</sup>.

Основните причини и рискови фактори за развитие на дивертикулоза са тясно свързани с приема на фибри с храната и възрастта. Съществува обратна зависимост между приема на фибри с храната и наличието на дивертикули на колона. Доказателство за това е фактът, че при вегетарианци

дивертикулозата се среща приблизително 3 пъти по-рядко в сравнение с останалите. Повишеният прием на фибри редуцира значително риска от появя на дивертикули. Фибрите повишават теглото на изпражненията, повишават транзигорното време на колона и намаляват вътрелуменниото налягане. Появата на дивертикули е свързана и с някои структурни и функционални особености на колона. Дивертикулозата, асоциирана с хипермотилитет, се характеризира със задебеляване на мускулния слой на стената, повишено вътрелуменно налягане, което причинява херниране на мукозата през анатомично "слаби" места на стената. Друга възможна причина за появя на дивертикули е слабост на стената на колона, която се среща в напреднала възраст или при някои заболявания. Синдром на Ehlers-Danlos и на Marfan са асоциирани с повишена честота на дивертикулоза<sup>[24]</sup>.

Дивертикулите на колона имат характерен макроскопски образ, включващ задебеляване на мускулния слой, проминиращи в лумена лигавични пънки и характерните джобовидни разширения. Патогенезата на заболяването е многофакторна и включва фактори от страна на колона, възрастово обусловени промени в стената, диетични фактори, мотилитетни нарушения, заболявания на съединителната тъкан и др. Биват истински дивертикули и псеводивертикули (пульсиони), които са многократно по-чести. Дивертикулите се образуват в пространствата между мезентериалната и двете анти-

продължава на стр. 49

# Карцином на панкреаса

Д-р П. Карагъзов

Клиника по гастроентерология и хепатология, ВМА - гр. София

Дукталният аденокарцином на панкреаса остава едно от най-трудните за лечение злокачествени заболявания. Той е най-честият рак, засягащ езокринния панкреас и 4-5<sup>th</sup> по честота като причина за смърт от злокачествено заболяване. Средната продължителност на живот без лечение е 3-6 месеца, увеличава се до 20 месеца с хирургично лечение в съчетание с адювантна терапия. Късната клинична изява и агресивната биология на тумора правят радикалната хирургична интервенция възможна само в малък процент от случаите. Пациентите, претърпели панкреасна резекция, имат средна продължителност на живот 10-18 месеца, 5-годишната преживяемост е от порядъка на 17-24%. През последните години съществува подобрене в преживяемостта на оперирани болни във връзка с възникване на специализирани центрове за панкреасна хирургия, както и във връзка с новите възможности за адювантна терапия. Освен това съществува напредък в разбирането на молекуларните събития при панкреасния карцином, което в бъдеще ще доведе до подобряване на диагностиката и терапевтичните възможности.

## ■ Епидемиология

Езокринният панреасен карцином е една от водещите причини за смърт от злокачествено заболяване, като честотата се покачва значително през последното столетие. Това заболяване заема 3% от всички карциноми и 5% от смъртните случаи от карцином. По-често е при мъжете, но се покачва напоследък и честотата при жените (може би във връзка с тютюнопушенето). Рискът от появя на рак на панкреаса нараства с възрастта. Съществуват и известни географски различия - повищена честота в западния свят (Швеция, Австрия, Дания, САЩ - 12-20 на 100 000 население). Значително по-рядък е в Кувейт, Индия, Сингапур - от порядъка на 0.7-2.1 на 100 000.

## ■ Етиология

За водещи рискови фактори се смятат тютюнопушенето, напредната възраст, хроничният панкреатит, хередитарният панкреатит, унаследената предиспозиция за панкреасен карцином. Смята се, че хроничният панкреатит увеличава риска за рак 5-15 пъти, особено при пациенти с хроничен панкреатит с над 20-годишна давност, много калцификати в глава-

та, тежко протичане, висок процент усложнения. Рискът от развитие на рак при хередитарен панкреатит е значително по-висок - 70-100 пъти. Представлява рядко заболяване - автозомно-доминантно с 80% пенетрантност. Генът, отговорен за него е т. нар. ген на катионния трипсиноген, локализиран на дългото рамо на 7 хромозома (7q35). Друго вродено заболяване, асоциирано с панкреасния рак, е кистичната фиброза. Среща се с повищена честота и при някои фамилии с рак на гърдата (носители на мутации BRCA1 и BRCA2). Рискът е по-висок и при фамилна аденоматозна полипоза, фамилен неполипозен колоректален карцином, рядка форма на фамилен атипичен меланом, Ataxia teleangiectasia, синдром на von Hippel-Lindau, синдром на Li-Fraumeni, синдром на Peutz-Jeghers.

Съществува и фамилен панкреасен карцином - рядко заболяване с все още неустановена генна мутация и автозомно-доминантен начин на унаследяване. Критериите за диагноза са наличие на двама или повече роднини по първа линия с дуктален панкреасен карцином, при единия от които заболяването се проявява в ранна възраст (под 50 год.) или двама или повече роднини втора линия с панкреасен

рак, при единия от които заболяването се явява в ранна възраст.

При членове на такива фамилии рисът нараства от 18 до 57 пъти в зависимост от броя на засегнатите роднини. Фактори, като захарен диабет, повишена консумация на кафе, дитетични особености, пернициозна анемия, инфекция с *Helicobacter pylori*, имат второстепенна или нищожна роля за развитие на заболяването.

## ■ Патогенеза

На хистологично ниво се наблюдават няколко стадия с нарастващ малигнен потенциал - от сквамозна метаплазия на дукталния епител през интраепителна неоплазия до инвазивен карцином. Този процес е асоцииран с генетични и молекуларни промени, водещи до малигнен фенотип с инвазивен потенциал. Спорадичният панкреасен карцином е свързан с активация на ключови онкогени, като K-ras и инактивация на важни тумор-супресорни гени, като p53, p16, SMAD4 и др. Честотата на K-ras мутациите при панкреасен рак е най-голяма в сравнение с всички останали карциноми и се среща в 75-100% от случаите. K-ras белтъкът е от значение за сигналната трансдукция на екстрацелуларни митогенни стиму-

# Функционална диспепсия

П. Карагъозов, МБАЛ „Токуда“, София

Функционалната диспепсия, наричана в миналото неязвена диспепсия, е съществен гастроинтестинален проблем във връзка с нарушаване на качеството на живот на пациента и с високите социално-икономически разходи за диагностика, лечение и отсъствие от работното място, въпреки че заболяването не променя продължителността на живота. Честотата на диспептичните симптоми в Европа и САЩ варира между 20 и 45%. Статистически между 20% и 40% от посещенията при гастроинтестинален тракт. Типичната клинична картина включва болки в горна коремна половина, ранно засищане, тежест след нахранване, подуване, гадене и повръщане, които не са причинени от органично заболяване. Липсва морфологичен корелат, обясняващ симптоматиката. До момента не е идентифицирано и единно функционално нарушение, свързано със заболяването. Диагнозата и лечението са в зависимост от възрастта на пациента, съпътстващите заболявания и наличие или отсъствие на т. нар. алармиращи симптоми.

## Дефиниция и класификация

Функционалната диспепсия принадлежи към функционалните заболявания на храносмилателната система и се дефинира като симптоми от горна коремна половина – болки, гадене, повръщане, лесно засищане, подуване, разпъване при липса на органично заболяване, обясняващо клиниката.

От 2006 г. са въведени „Рим III“ критерии за класиране на функционалните гастроинтестинални заболявания. Освен че включват определени групи симптоми, заболяванията се приемат за такива, когато диспепсията без структурни лезии е налична през последните 3 месеца и е започната от 6 месеца. При доказване на структурна лезия диагнозата се изключва само тогава, когато патологичната находка обяснява симптомите и те изчезват след нейното успешно лечение.

Дефиниция за функционална диспепсия (Рим 2006 г.) – наличие на поне един от следните симптоми: неприятно чувство на тежест постпрандиално; ранно засищане; епигастрални болки; чувство на парене в епигастралума при липса на доказани структурни промени (включително негативен резултат от горна ендоскопия), които с голяма вероятност да обяснят оплакванията. Симптомите трябва да са налични през последните 3 месеца и да са започнали 6 месеца преди диагнозата.

В зависимост от предоминиращите симптоми, функционалната диспепсия се подразделя на:

1. диспепсия от язвен тип, протичаща с епигастрални болки на гладно, намаляващи след прием на храна;
2. диспепсия от дисмоторитетен тип, протичаща с ранно засищане, гадене, повръщане, тежест, пълнота, подуване – симптомите се засилват след хранене;
3. диспепсия от рефлуксен тип, протичаща с киселини и уригвания – според „Рим II“ се нарича неерозивна ГЕРБ (NERD). Понастоящем изключването на симптомите на рефлукс от спектъра на функционалната диспепсия се оспорва.

Класифицирането е на база предоминиращи симптоми и е без съществено значение за клиничната практика. За оплакванията липсват общи патофизиологични механизми и не може да се прогнозира продължителността на заболяването, както и ефектът от провеждане на лечение.

## Риск от фактори и патогенеза

Съществени патофизиологични механизми за възникване на симптомите са мотилитетните нарушения, висцералната хиперсензитивност и психосоциални фактори. Коментира се възможно етиологично значение и на гастроинтестинални инфекции и генетична предрасположеност. Мотилитетните нарушения, обясняващи оплакванията при част от пациентите, са смущенията в стомашното изпразване – като ускоряване, така и забавяне, нарушена гаstralна акомодация след хранителен прием, антравен хипомотилитет, гаstralни дисритмии, смутен антродуоденален мотилитет. До момента липсва доказана корелация между мотилитетните нарушения и диспептичните симптоми. Популяризиран е т. нар. модел на антравния дефект, който обаче не може да обясни оплакванията на гладно. При здрави попадането на храна в антрава индуцира, от една страна, стомашно изпразване, а от друга – фундусна релаксация. Попадането на хранителни съставки в дуоденума, особено мазнини, забавят стомашното изпразване и

# ЯЗВЕНА БОЛЕСТ



## Диференција и класификация

г-р Петко Караджев, г-р Иван Тишков

Отделение по  
гастроenterология,  
УМБАЛ „Тодор Бояджиев“  
г.р. София

Термините пептична язва и пептична ерозия не са ясно ограничени от патофизиологична гледна точка. Пептичната язвена болест описва предпосочителността към развитие на мукозни дефекти в гастродуоденалния сегмент. Патоанатомично ерозията е ограничена единствено в мукозата, докато язвата достига минимум до muscularis mucosae. Endoskopiku отгив-

ференцираме язва от ерозия най-често според размера. Дефекти с диаметър до 5 mm се приемат за ерозии, а тези с по-голям размер – за язви.

## Епидемиология

Все още язвената болест има голямо епидемиологично значение и е свързана със съществени разходи за амбулаторно и стационарно лечение. Заболеваемостта корелира с честотата на инфекцията с *Helicobacter pylori* и приема на нестероидни противовъзпалителни средства. До средата на XIX<sup>th</sup> век болестта е била изключително рядка. В последствие застъпват съобщенията за стомашна язва. Доста по-късно съотношението се променя в полза на удушеналната язва. В Европа стомашната язва се среща с честота 0.2-0.3%, а удушеналната – 1-1.5%. 10% от пациентите, приемащи НСПВС, страдат от гастродуоденални язви, като над 10% от тях се усложняват с остро кървене. Практически над 90% от язвите се дължат на инфекция с *Helicobacter pylori* и прием на НСПВС. Факт е, че висок процент от язвите без доказателства за НР инфекция, се дължат на прием на НСПВС, за който пациентите не споделят с лекаря, съмнение за анамнезата.

## Рискови фактори

### 1. *Helicobacter pylori*

80-95% от удушеналните и 65-90% от стомашните язви са асоциирани с инфекция с НР. Наличието на *Helicobacter pylori* се приема за независим рисков фактор за развитие на язва. Честотата на инфекцията пряко корелира с честотата на язвата. Разликата в разпространението на НР в различните общества е свързана с различията в социално-икономическия статус. Освен това честотата на инфекцията нараства с възрастта – относително рядка е при деца, докато при хора на 60 год. достига 50% в развитите страни и над 90% в държави като нашата.

Характеристика на *Helicobacter pylori*: грам негативна спирална бактерия с 2-7 униполярно разположени флагели, позволяващи добра подвижност в стомашния мукус след индигестия. Хидролитичната активност на бактериалната уреаза води до продукция на амоний и CO<sub>2</sub>. Образува се неутриализираща микросреда, позволяваща колонизация въпреки високата киселинност. След успешно колонизиране следващите стъпки в патогенезата се определят от адхезионни механизми и фактори на патогенност от страна на бактерия. След адхезиране към сто-

Наличните от 80-те години на миналия век щини инхибитори на протонната помпа, както и разбирането на връзката между язвената болест и *Helicobacter pylori* доведоха до съществени промени в лечението на пептичната язва. От друга страна, широкото приложение на нестероидните противовъзпалителни средства (НСПВС) поради кардиоваскуларни индикации или с цел аналгезия са свързани с нови предизвикателства за справяне с гастроинтестиналната токсичност на тези медикаменти. Освен това все по-често се срещаме с *Helicobacter* асоциирани язви, които не отговарят на I<sup>st</sup> и II<sup>nd</sup> линия ерадикация. Необходима е адекватна оценка на рисковите фактори и правилно индциране на първична и вторична профилактика.