

# Болезнь Крона и язвенный колит.

34 гр.

# Болезнь Крона и язвенный колит.

Каунова Н. М. 34 гр.

## Этиология

Этиология болезни Крона до конца неизвестна, и на сегодняшний день рассматриваются следующие факторы:

- Вирусные инфекции (вирус кори)
- Бактериальные инфекции (хламидии, листерии, микобактерии)
- Факторы окружающей среды (раннее отлучение от груди, высокий социально-экономический статус, стероидные противозачаточные средства, нестероидные противовоспалительные препараты, оксид титана- зубная паста, курение табака)
- Психологические факторы

# Патогенез

## Антиген в кишечнике

фагоцитоз макрофагами и дендритами

представление антигена на своей поверхности

активация клеток иммунной защиты

активация провоспалительных цитокинов

нарушение баланса между про- и

противовоспалительными цитокинами

чрезмерная активация провоспалительных

ЦИТОКИНОВ



деструкция слизистой оболочки кишечника

# Локализация

## Болезнь Крона

- Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка 3-5 %
- Тонкая и толстая кишка 40-55%
- Только тонкая кишка 25-30 %
- Только толстая кишка 20-25 %
- Поражение прямой кишки 11-26%
- Аноректальные поражения (анальные фистулы, анальные трещины, абсцессы в результате перипроктита) 30-40 %

## Язвенный колит

- Тотальный колит 18 %
- Левостороннее поражение 28 %
- Проктоцигмоидит 54 %

# Клиническая картина

## Болезнь Крона

- Сегментарное подострое или хроническое воспаление с преимущественным поражением дистального отдела подвздошной кишки
- Может быть поражен (прерывисто – очагами) **весь** желудочно-кишечный тракт (от полости рта до прямой кишки и ануса)
- Гистология: **трансмуральное** воспаление с микроэрозиями, трещинами, изъязвлениями, гранулемами, инфильтрацией и расширением лимфатических сосудов

## Основные симптомы при первой манифестации

### Кишечные

- |                  |     |
|------------------|-----|
| • Боли в животе  | 77% |
| • Диарея         | 73% |
| • Кровотечения   | 22% |
| • Анальные свищи | 16% |

### Внекишечные

- |                       |     |
|-----------------------|-----|
| • Снижение массы тела | 54% |
| • Лихорадка           | 35% |
| • Анемия              | 27% |
| • Артралгии           | 38% |
| • Поражение глаз      | 10% |
| • Узловатая эритема   | 8%  |

## Эпидемиология

- Ежегодная заболеваемость: 3,9–7,0 новых случаев на 100000 населения
- Распространенность: 26–199 случаев на 100000 населения
- Пик заболеваемости приходится на возраст 20–30 лет
- Повышение заболеваемости болезнью Крона

## Активность заболевания

Поскольку при болезни Крона имеется асимметричное трансмуральное воспаление (поражающее все слои), то часто глубокие слои кишечной стенки поражаются сильнее. Поэтому во время эндоскопии в просвете кишки открывается лишь верхушка айсберга. Как следствие, клиническая выраженность заболевания не обязательно коррелирует с эндоскопическими и гистологическими признаками или же лабораторными данными. Для оценки активности болезни и назначения адекватной терапии были разработаны специальные индексы. Наиболее известным из них является индекс активности болезни Крона (ИАБК), представленный ниже.

# Болезнь Крона

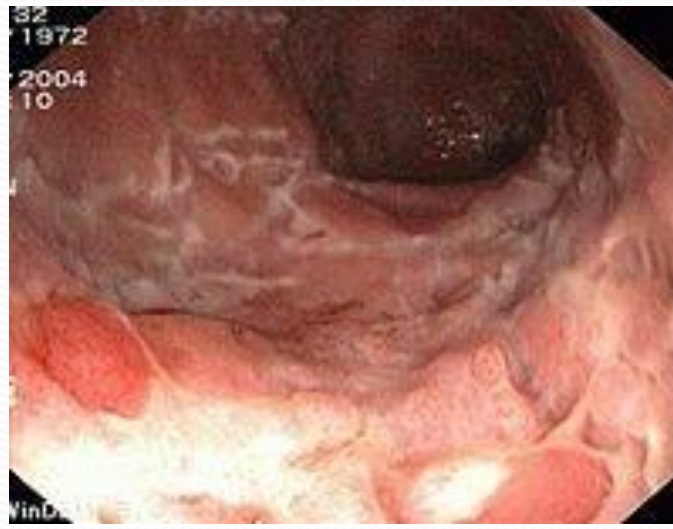
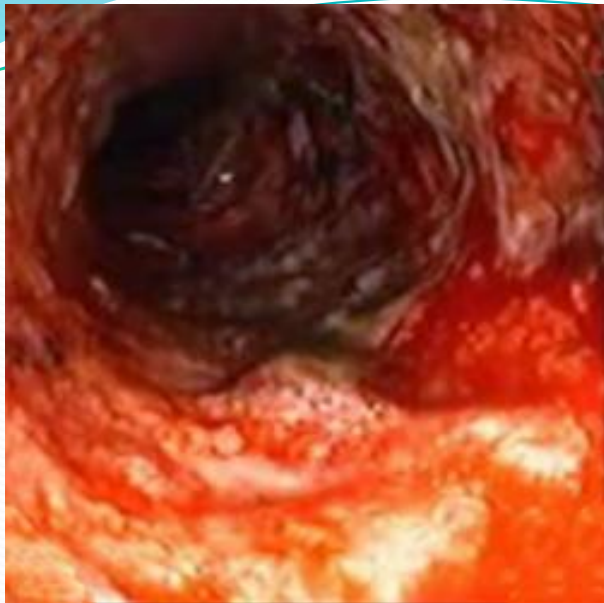


Рис. 2. Норма.



Рис. 3. Болезнь Крона.  
Язва в форме карты с приподнятыми красными краями.





- 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 (рефлюкс-илеит)
- Периодические обострения чередуются с бессимптомными периодами, очень редко наблюдается непрерывно-хроническое течение
- Гистология: Отсутствие трансмурального воспаления
- Стадия обострения: Гранулоцитарное воспаление с редукцией бокаловидных клеток
- При ремиссии: Возможна нормальная картина, однако часто наблюдается разрежение архитектуры крипт, изолированный рост псевдополипов
- Хронический колит: Возможна дисплазия эпителия, как следствие, возможность развития карциномы

## Кишечные

## Внекишечные

	В начале болезни	Через 1 год		
• Кишечные кровотечения	80%	100%	• Лихорадка	20%
• Диарея	52%	85%	• Анемия	30–50%
• Боли в животе	47%	35%	• Артралгии	30%
• Анальные трещины	4%	4%	• Снижение массы тела	30%
• Анальные свищи	0%	0%	• Глазные симптомы	10%
			• Узловатая эритема	8%

## Основные симптомы

## Эпидемиология

- Ежегодная заболеваемость: 8,7–11,8 новых случаев на 100000 населения
- Распространенность: 37–246 случаев на 100000 населения
- Пик заболеваемости приходится примерно на возраст 20 лет

Поскольку язвенный колит характеризуется непрерывным (сплошным) симметричным воспалением слизистой оболочки, эндоскопические и гистологические признаки коррелируют с клинической активностью заболевания. Клинические и лабораторные показатели позволяют правильно оценить тяжесть заболевания и назначить адекватную терапию. Местная терапия (при воздействии из просвета кишки, например, 5-АСК) в данном случае намного эффективнее, чем при болезни Крона. Для оценки активности язвенного колита также был разработан специальный индекс (индекс Рахмилевича), основанный как на субъективных, так и на объективных показателях, отражающих динамику заболевания.

## Активность заболевания

# Классификация язвенного колита

## Классификация в соответствии с активностью заболевания

	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Частота стула	< 4	> 6	> 10
Кровотечение	слабое	профузное	непрерывное
Лихорадка	Отсутствует	> 37,5 °С	> 38,8 °С
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 классификация заболевания

0-я степень активности (ремиссия)	Бледная слизистая оболочка, видимые сосуды
1-я степень (легкая активность)	Эритема, слегка гранулированная поверхность, ослабление (потеря) сосудистого рисунка
2-я степень (умеренная [средняя] активность)	Единичные язвы, бархатистая слизистая оболочка, контактная и спонтанная кровоточивость
3-я степень (высокая активность)	Гной, спонтанные кровотечения, множественные изъязвления

# Язвенный колит



Рис. 4. Норма.  
Гладкая блестящая слизистая  
оболочка с отчетливо видимыми  
сосудами.



Рис. 5. Язвенный колит.  
Ослабление (потеря) сосудистого  
рисунка, грануляция, бархатистое  
покраснение.

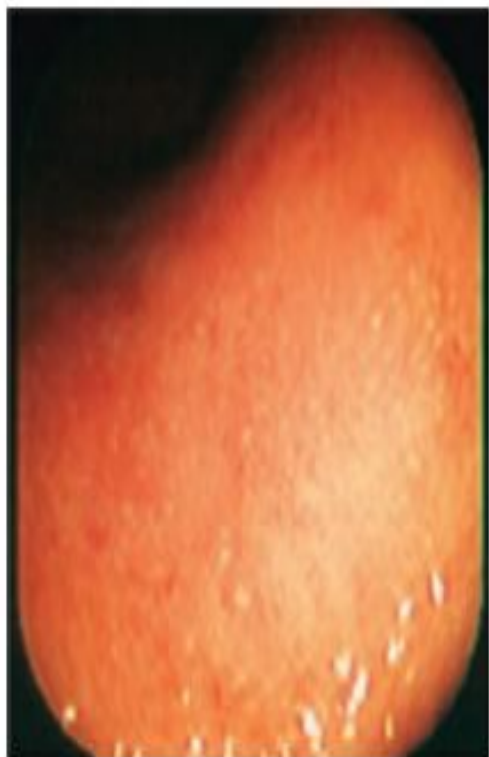


Рис. 14. 1-я степень.

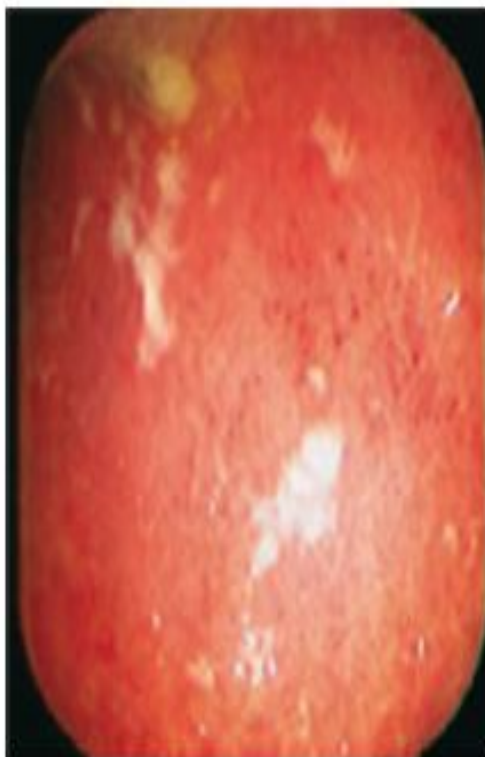


Рис. 15. 2-я степень.

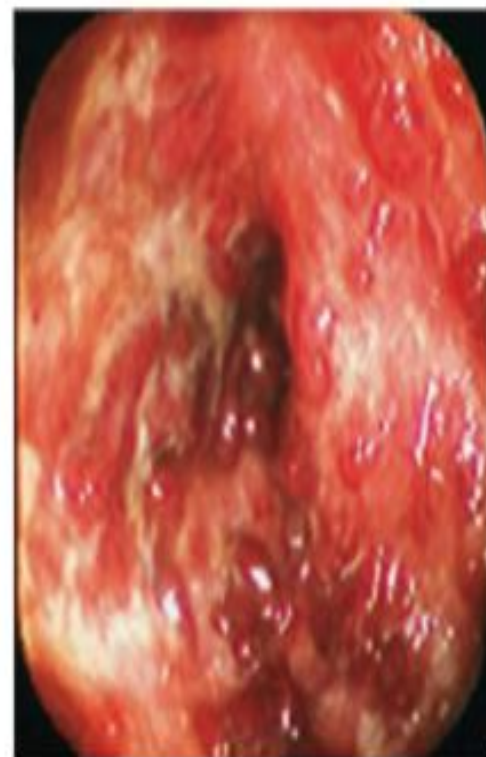
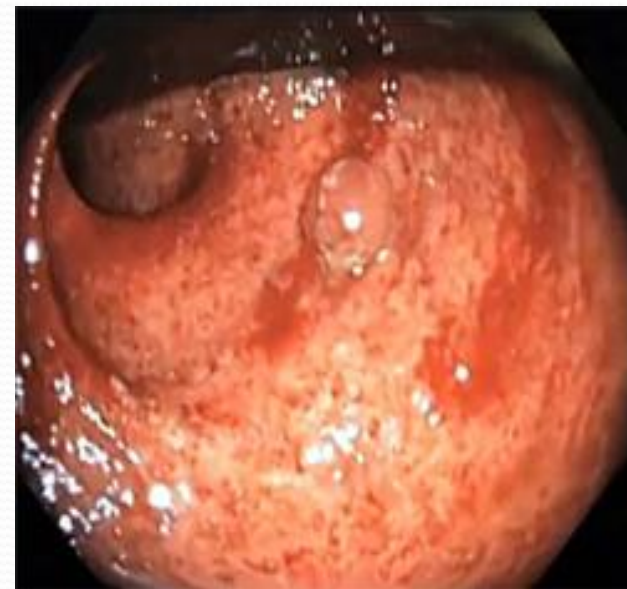


Рис. 16. 3-я степень.



# Первичная диагностика

## Базисная диагностика

Анамнез	Частота стула (чаще 2 раз в день) Водянистый стул Продолжительность диареи более 4 недель Кровь и/или слизь в стуле Схваткообразные (спастические) боли Рецидивирующий характер описанных симптомов Частые позывы к дефекации Ночная дефекация Чувство неполного опорожнения кишечника Лихорадка Кожные симптомы Суставные симптомы Боли в области глаз Прием противодиарейных препаратов и анальгетиков Недавние поездки за рубеж Потеря веса Повышенная утомляемость Снижение физической работоспособности Отеки Наличие ВЗК у близких родственников
---------	---



Клинические  
данные

Частый стул  
Наличие крови  
Боли в животе  
Ухудшение общего состояния  
Бледность  
Изменения на коже (гангренозная пиодермия, узловатая эритема)  
Урчание  
Опухолевидное образование в брюшной полости  
Боли при надавливании на область живота  
Опухание суставов  
Афты в полости рта  
Свищи

Лабораторные  
показатели

Маркеры острой фазы:

- СОЭ
- С-реактивный белок (С-РБ)
- анемия
- тромбоцитоз

Микробиологическое исследование кала  
– при подозрении на наличие инфекции

Серология – при подозрении на наличие:

- сальмонелл,
- иерсиний,
- *Campylobacter jejuni/coli*

УЗИ органов  
брюшной полости

Типичные сонографические признаки:

- Утолщение (уплотнение) кишечной стенки вследствие воспалительной или опухолевой инфильтрации
- Абсцесс
- Опухоль (конгломерат)

Дополнительные исследования

При подозрении на наличие:

- непереносимости лактозы:
  - $H_2$ -дыхательный тест с лактозой
- малабсорбции:
  - тест на всасывание ксилозы
- дивертикулеза (дивертикулита):
  - колоноскопия,
  - КТ
- глютенной энтеропатии (целиакии):
  - антиглиадиновые IgA-антитела,
  - антитела к тканевой трансглутаминазе

Направление к врачу-гастроэнтерологу / госпитализация

При подозрении на:

- Обострение
- Токсический мегаколон (язвенный колит)
- Хроническое резистентное течение

Наблюдение при подтвержденном диагнозе ВЗК

Клинические данные  
Лабораторные показатели

} Индексы активности

# Дигностика

1. ректоскопия
2. сигмоидоскопия
3. полная илеоколоноскопия
4. эзофагодуоденоскопия (“ULC)
5. рентгенологическое исследование тонкой кишки по Селлинку
6. МРТ тонкой кишки (по Селлинку)
7. МРТ – фистулография
8. Контрастная клизма

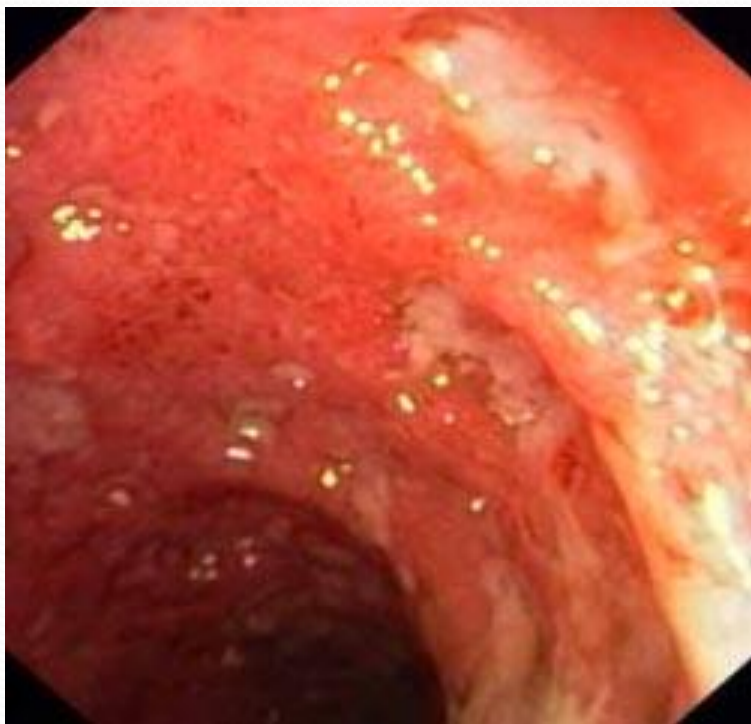
# Госпитализация

- Токсический колит (с мегаколоном и без)
- Подозрение на сепсис
- Подозрение на скрытую или явную перфорацию
- Субилеус/ илеус
- Ухудшение общего состояния пациента

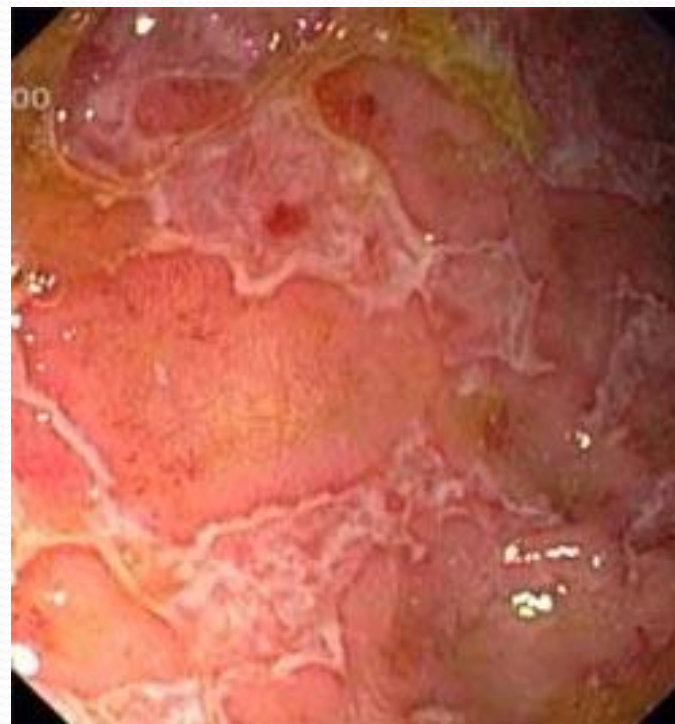
# Дифференциальная диагностика

Признаки	Язвенный колит	Болезнь Крона
Боли в животе	часто перед дефекацией	часто
Кровь в кале	часто	иногда
Слизь в кале	часто	иногда
Пальпируемое образование в брюшной полости	часто	часто (вовлечение илеоцекальной зоны)
Субилеус	редко	иногда
Вовлечение прямой кишки	всегда	иногда
Перианальные поражения	редко	часто
Свищи	крайне редко	часто
Токсическая дилатация	редко	редко
Рецидив после хирургического лечения	крайне редко	часто

Эндоскопия	Язвенный колит	Болезнь Крона
Афты	нет	часто
Ползучие язвы	нет	часто
Непрерывное (сплошное) поражение	типично	редко
Поражение терминального отдела подвздошной кишки	нет	часто (40–60%)
Вовлечение прямой кишки	95–100%	25–50%
Характер поражения слизистой оболочки	концентрический	эксцентрический
Баугиниева заслонка	как правило, в норме	часто стенозирована
Псевдополипоз	часто	редко
Стриктуры (стенозы)	редко	часто
Эпителиоидноклеточные гранулемы	нет	встречаются (40%)



Язвенный колит



Болезнь Крона

# Внекишечные проявления

Кожа	Узловатая эритема Гангренозная пиодермия
Суставы	Полиартрит, моноартрит, сакроилеит
Глаза	Иридоциклит, увеит
Легкие	Альвеолит, фиброз легких
Сердце	Перимиокардит
Печень	Первичный склерозирующий холангит
Кровь	Тромбоэмболические изменения Аутоиммунная гемолитическая анемия
Ткани	Амилоидоз



# Внекишечные осложнения

1. Дефицит витаминов, микроэлементов, белка

а) дефицит витаминов (А, В<sub>12</sub>, С, D, Е, К): остеомалация, мышечная атрофия, никталопия (куриная слепота), сенсорные функциональные расстройства, гиперкератоз, анемия

б) дефицит минералов (железо, кальций, магний, цинк): анемия, остеомалация, задержка роста, олигоспермия, иммунодефицит

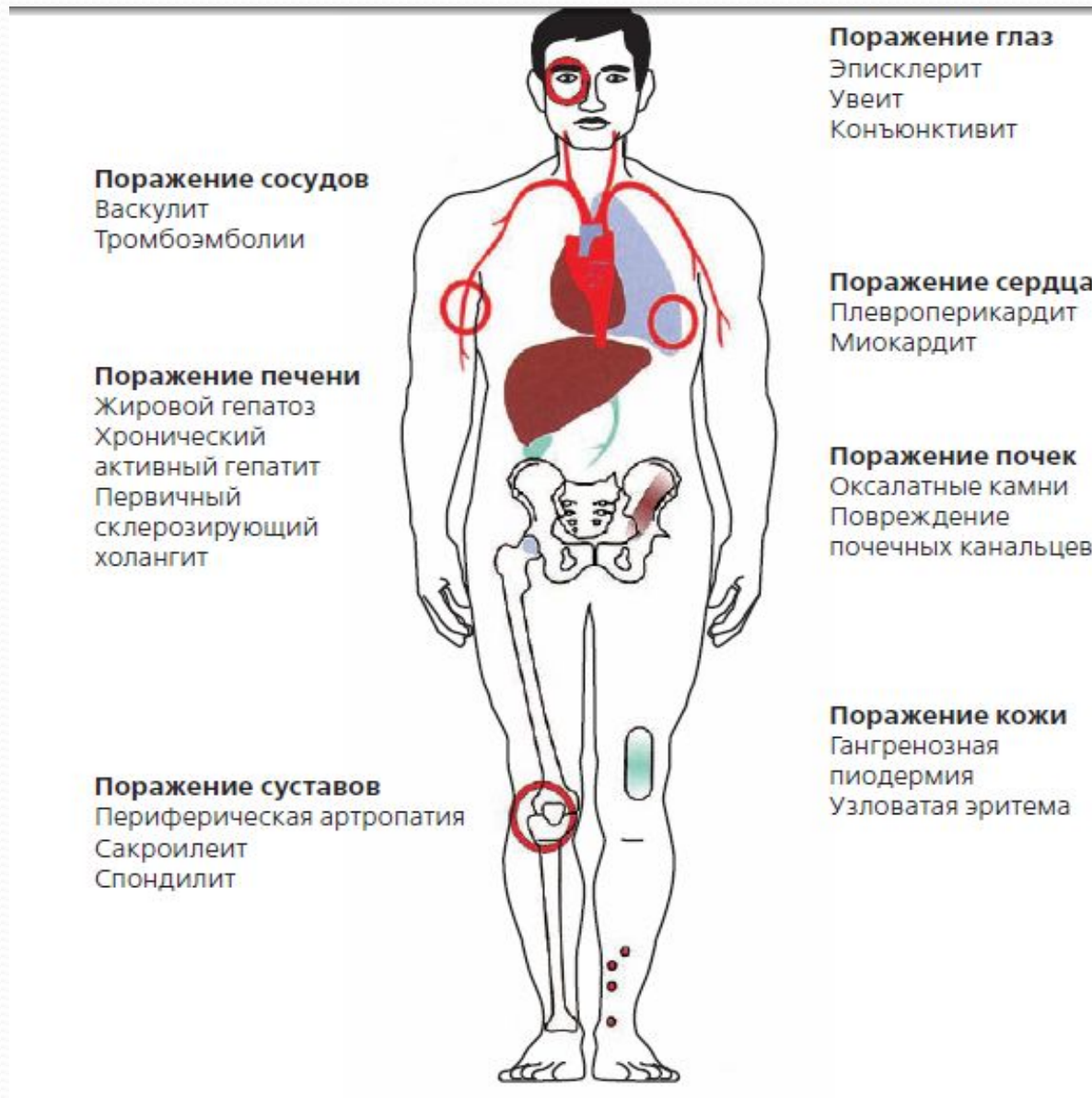
в) дефицит белка: отеки

2. Нарушения всасывания

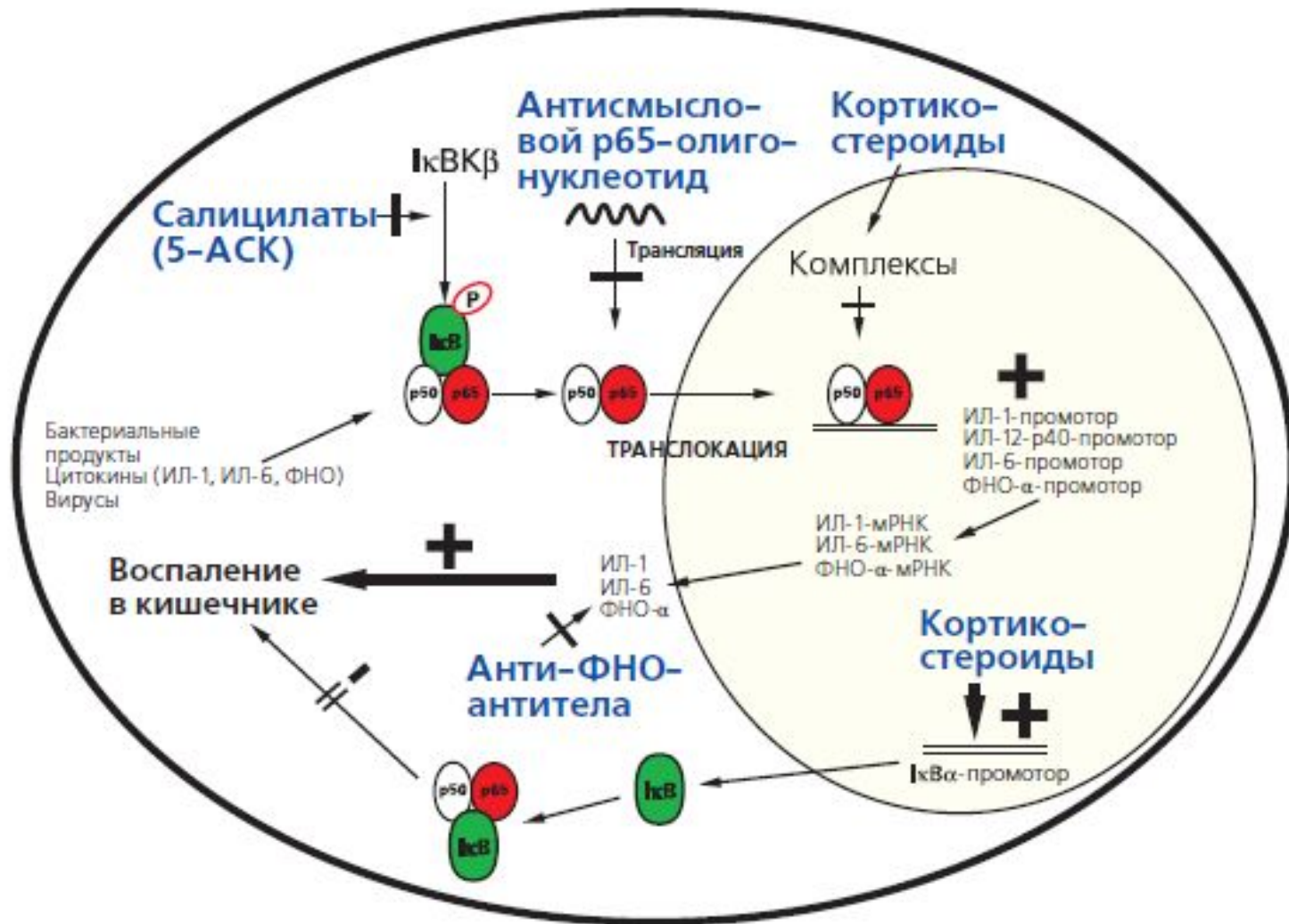
а) гипероксалурия, потеря жидкости: почечные камни

б) дефицит желчных кислот: желчные камни

# Внекишечные проявления и осложнения



# Лечение



# Болезнь Крона, лечение

## Обострение

### Легкие и среднетяжелые формы

- Месалазин (Салофальк) или сульфасалазин
- Кортикостероиды
  - топические: будесонид (Буденофальк)
  - системные: например, преднизолон

### Тяжелые формы

- Кортикостероиды
  - системные: например, преднизолон
- Иммуносупрессанты (например, азатиоприн)
- Элементарная диета
- Биологическая терапия

## Поддержание ремиссии

- Месалазин (Салофальк)
- Прекращение курения
- Азатиоприн

### Общие меры:

- Диета, богатая пищевыми волокнами, Мукофальк
- Компенсация дефицита витаминов и микроэлементов (например, витамина B<sub>12</sub>, цинка)
- Холестирамин при хологенной диарее
- Антидиарейные средства

### Хронически активное течение, стероидная зависимость, свищи

- Азатиоприн

### При отсутствии ответа на иммуносупрессанты:

- Антитела к ФНО-α

# Язвенный колит, лечение

## Легкое обострение

- Месалазин (Салофальк) или сульфасалазин

## Обострение средней степени тяжести

- Месалазин (Салофальк) или сульфасалазин
- Кортикостероиды – топические:  
    **будесонид** (Буденофальк)

## Тяжелое обострение

- Кортикостероиды
- Месалазин (Салофальк) или сульфасалазин
- Парентеральное или энтеральное питание или заместительная терапия
- Циклоспорин А (внутривенно)
- Антитела к ФНО- $\alpha$

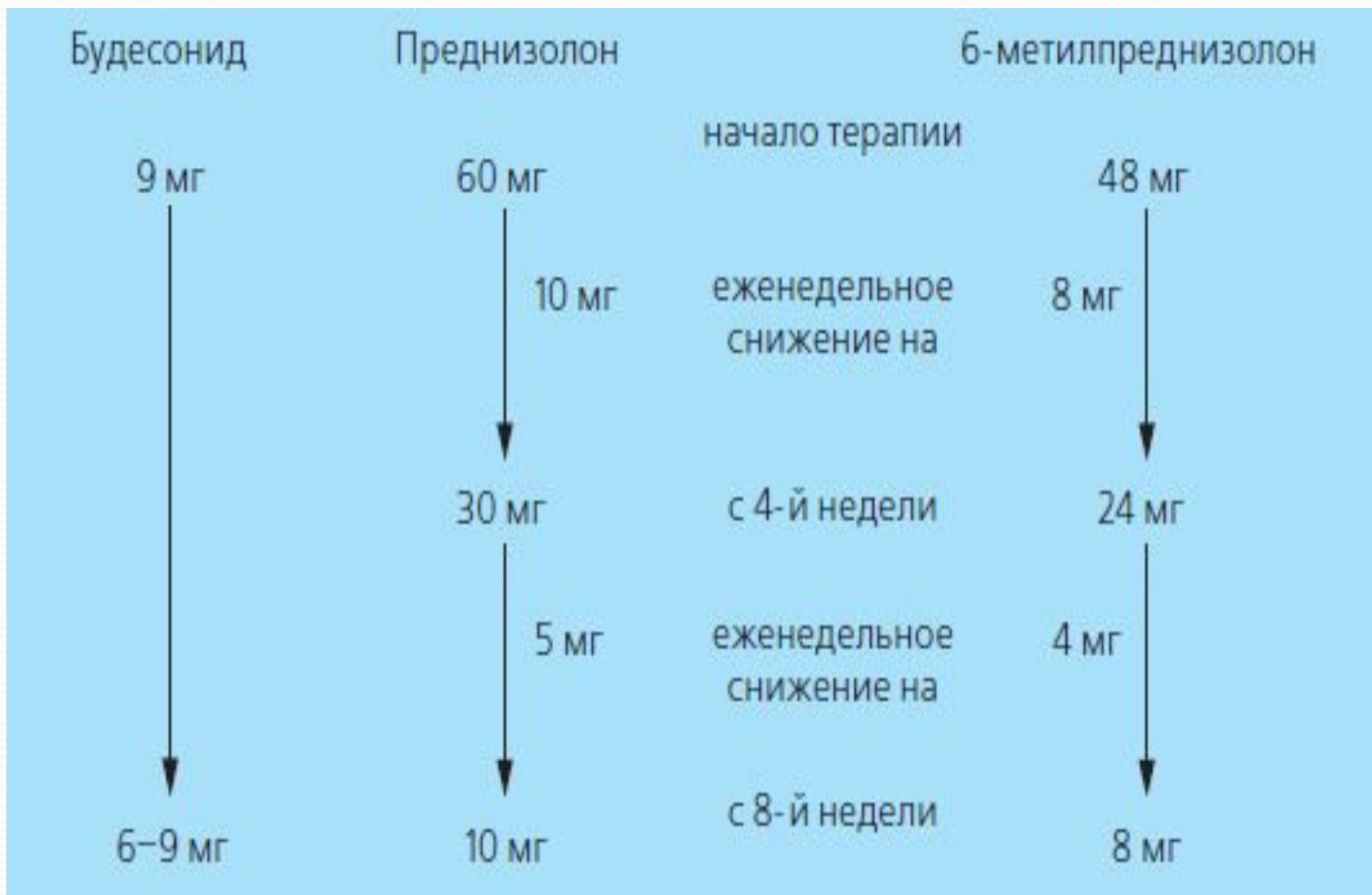
## Поддержание ремиссии

- Месалазин (Салофальк) или сульфасалазин
- Диета, богатая пищевыми волокнами, Мукофальк
- E. coli Nissle (при непереносимости месалазина)

## Хронически активное течение, стероидная зависимость, поддержание ремиссии после терапии циклоспорином или такролимусом

- Азатиоприн

# Схема терапии обострений болезни Крона кортикостероидами



# Хирургическое лечение болезни Крона

- Абсолютные (немедленные) показания:  
Токсический мегаколон; перфорация; перитонит; илеус;  
тяжелые кровотечения
- Абсолютные показания без необходимости срочного вмешательства:  
Абсцессы (при необходимости также наложение чрескожного дренажа); скрытая перфорация; свищи в мочевого пузыря;  
компрессия мочеточника с его закупоркой;  
хронический субилеус с рубцовым стенозом
- Относительные показания:  
Энтерокутанные, энтеровагинальные, энтероэнтеральные свищи;  
опухолевые конгломераты; анальные свищи  
с возможной угрозой развития недостаточности сфинктера

# Хирургическое лечение язвенный КОЛИТ

Необходимость хирургического лечения при язвенном колите возникает при острых резистентных к терапии формах заболевания (токсический мегаколон, перфорация). Угроза перфорации особенно высока у молодых пациентов с тяжелым течением воспалительного процесса уже во время первой атаки (вследствие отсутствия относительного защитного эффекта, обусловленного образованием рубцовой ткани, спаек и т.д.). Другими показаниями к хирургическому вмешательству являются хронически активные стероид-рефрактерные и стероид-зависимые формы заболевания.

Показанием к колэктомии является также дисплазия эпителия (риск развития рака!). Техникой выбора является тотальная сохраняющая континенцию проктоколэктомия с формированием резервуара. При сохранении части толстой кишки возможен рецидив язвенного колита.