

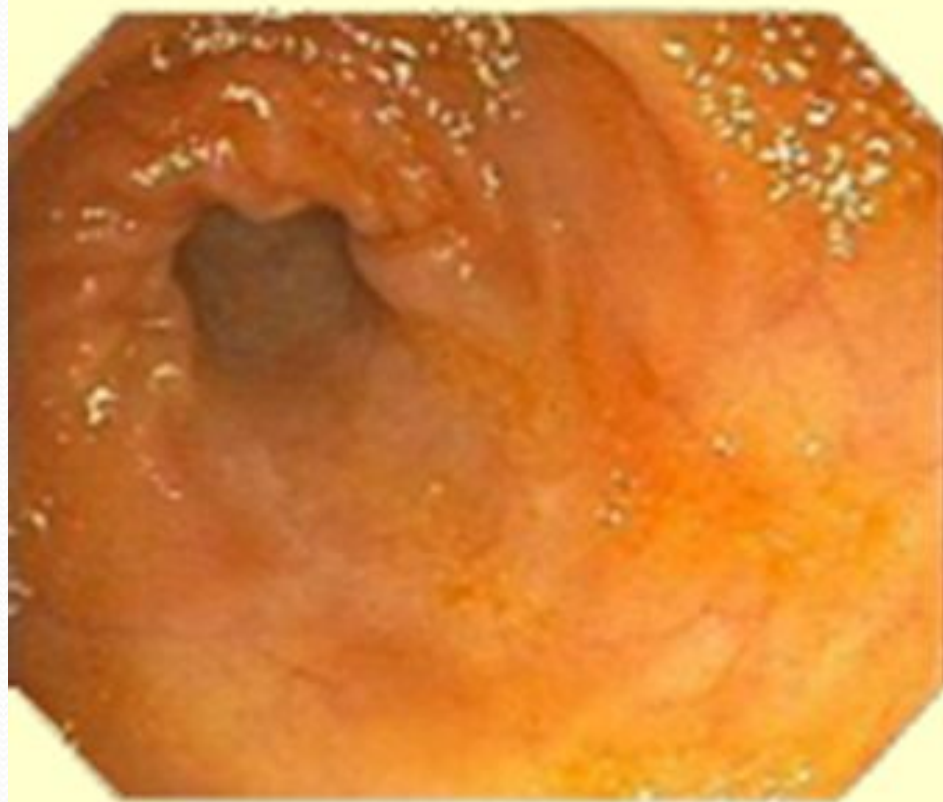
Болезнь Крона

*Выполнила: Альчинбаева Г.
Группа : ТО-707*

Болезнь Крона - хроническое воспалительное заболевание кишечника аутоиммунной природы, имеющее трансмуральный характер (затрагивающее все слои кишечника).

Наиболее частыми осложнениями являются необратимые изменения кишечника (стеноз кишечных сегментов, стриктуры, свищи); также для этого заболевания характерны многочисленные внекишечные поражения.

ТОНКАЯ КИШКА



НОРМА

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Частота и локализации. Распространённость болезни: 25-27 на 100000 (мужчины болеют чаще женщин). Наиболее часто поражается тонкая кишка (25% случаев, тонкая кишка в сочетании с толстой — 50%, только толстая — 25%). В тонкой кишке наиболее частая локализация (90%) — терминальный отдел подвздошной кишки (около 50% больных страдает илеоколитом, что оправдывает старое название этого заболевания — терминальный илеит). Первый пик заболеваемости наблюдают в возрасте от 12 до 30 лет; второй — около 50 лет.

Этиология

- Точная этиология к настоящему времени неизвестна. Обсуждаются три основных концепции:
- Заболевание вызывается непосредственным воздействием некоторых экзогенных факторов окружающей среды, которые пока не установлены.;
- Является аутоиммунным заболеванием. При наличии генетической предрасположенности организма воздействие одного или нескольких “пусковых” (триггерных) факторов запускает каскад механизмов, направленных против собственных антигенов;
- Заболевание, обусловленное дисбалансом иммунной системы желудочно-кишечного тракта. На этом фоне воздействие разнообразных неблагоприятных факторов приводит к чрезмерному воспалительному ответу.



Монреальская классификация

1. Возраст к моменту установления диагноза:

A1 — 16 лет или меньше;

A2 — 17-40 лет;

A3 — свыше 40 лет .

2. Локализация процесса:

L1 — терминальный отдел подвздошной кишки

L2 — ободочная кишка (колит);

L3 — илеоколит;

L4 — верхние отделы ЖКТ

L1 + L4 — терминальный илеит + верхние отделы ЖКТ;

L2 + L4 — колит + верхние отделы ЖКТ;

L3 + L4 — илеоколит + верхние отделы ЖКТ.

3. Характер течения:

B1 — нестриктурирующий непенетрирующий;

B2 — стриктурирующий;

B3 — пенетрирующий;

B1p — нестриктурирующий, непенетрирующий + перианальные поражения;

B2p — стриктурирующий + перианальные поражения;

B3p — пенетрирующий + перианальные поражения.

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

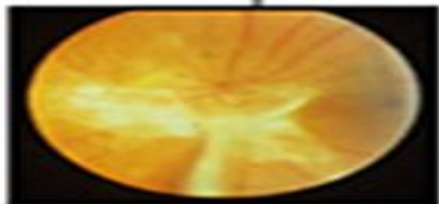
- Снижение массы тела 54%
- Лихорадка 35%
- Анемия 27%
- Артралгии 38%
- Поражение глаз 10%
- Узловатая эритема 8%

Симптомы

- **а. Боль** обычно коликообразная, особенно в нижних отделах живота; часто усиливается после еды, что обусловлено обструктивной природой процесса.
- **б. Диарея** — обычное проявление заболевания.
- **в. Обструкция кишечника** возникает примерно в 25% случаев. В 2-3% случаев заболевание проявляется обильным желудочно-кишечным кровотечением.
- **г. Системные симптомы.** Лихорадка, похудание, недомогание, анорексия.



ГЛАЗА:
ЭПИСКЛЕРОЗ,
УВЕИТ



ПОЧКИ:
КАМНИ
НЕФРОЛИТИАЗ
ГИДРОНЕФРОЗ
ФИСТУЛЫ
ИНФЕКЦИИ
МОЧЕВЫВОДЯ
ЩИХ ПУТЕЙ

КОЖА:
УЗЛОВАЯ
ЭРИТЕМА
ГАНГРЕНОЗНАЯ
ПИОДЕРМИЯ



**РОТОВАЯ
ПОЛОСТЬ:**
СТОМАТИТЫ,
АФТОЗНЫЕ ЯЗВЫ



**СТРЕАТОЗ
ПЕЧЕНИ**

**ЖКБ,
СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ
ХОЛАНГИТ**

СУСТАВЫ:
СПОНДИЛИТЫ,
САКРОИЛЕИТЫ,
АРТРИТЫ

ФЛЕБИТЫ

Клиническое течение.

- Характерны периоды обострений и ремиссий.
- **а. Острая стадия.** На первое место выступают диарея, похудание, тупые боли в животе (чаще в правой его половине).
- **б. Подострая стадия.** Увеличивается число язвенных поражений кишки, образуются гранулёмы и сегментарный стеноз кишки. Боли приобретают схваткообразный характер. Возможны симптомы непроходимости кишечника.
- **в. Хроническая стадия** характеризуется дальнейшим распространением склеротического процесса в стенке кишки и развитием осложнений.

Степень активности процесса

● 1. Легкая степень

- диарея по частоте до 4 раз в день
- стул с редким присутствием крови
- температура до 37.5 градусов
- пульс нормальный (70-80)

● 2. Средняя степень

- диарея по частоте больше 6 раз в день
- стул с кровью
- пульс 90
- возможны осложнения

3. Тяжелая степень заболевания

- диарея по частоте больше 10 раз в день
- стул с большим количеством крови
- температура около 38 градусов
- пульс более 90
- присутствие осложнений

Данные лабораторных и инструментальных методов

- У больных с болезнью Крона в фазе обострения при копрологическом исследовании выявляются изменения, характерные для синдромов энтеральной недостаточности и поражения толстой кишки - стеаторея, амилорея, креаторея, слизь, лейкоциты и эритроциты в кале.
- В крови - анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Анемия коррелирует с тяжестью заболевания.

● *Биохимический анализ крови*

- *Снижение количества альбуминов*
- *наличие С реактивного белка говорит об острой фазе воспаления*
- *увеличение фракции гама - глобулинов*
- *увеличение количества фибриногена*

● *Иммунологический анализ крови*

Присутствуют различные виды антител в крови. Особенно часто находят цитоплазматические антинейтрофильные антитела.

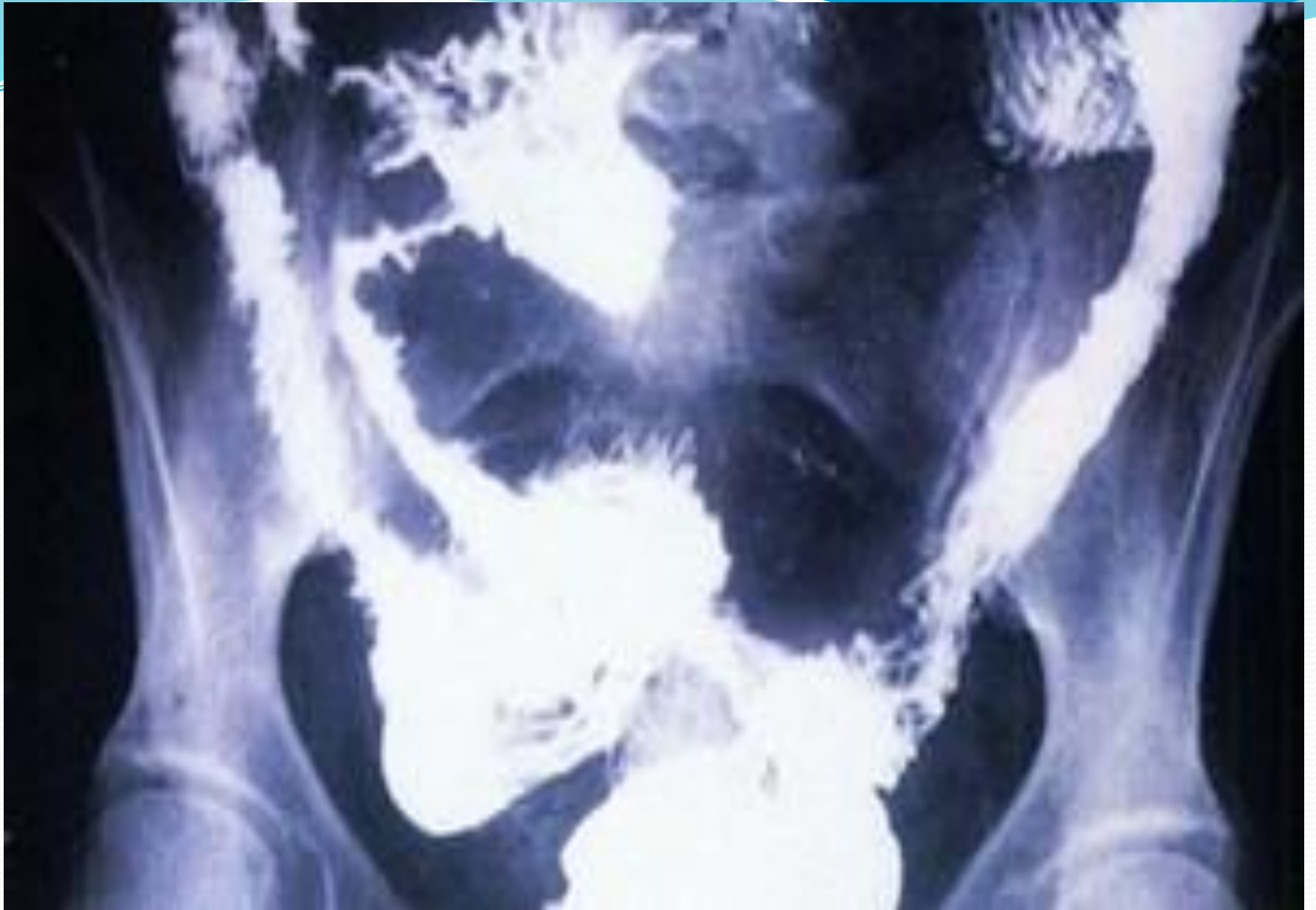
● Рентгеновское исследование

1. Рентгеновский снимок живота. Делается для исключения таких осложнений как перфорация (прободение) какого либо отдела кишечника, токсического расширения толстой кишки.

2. Иригография – рентгеновское исследования с использованием двойного контраста (барий-контраст и воздух).

Радиологические признаки заболевания

- сегментарное (частичное) поражение кишечника
- утолщение и снижение подвижности стенок кишечника
- изъязвления или язвы в ранней стадии
- изъязвления не постоянной формы (в виде звездочек или круглые)
- рельеф кишки напоминает «булыжную мостовую»
- стеноз (сужение просвета) кишки
- частичные закупорка просвета кишки



Нередко решающим методом диагностики ставится колоноскопия, при поражении дистальных отделов - ректороманоскопия с проведением множественной биопсии кусочков слизистой. Подчеркивается необходимость взятия при биопсии более глубоких слоев кишки. Эндоскопические данные зависят от продолжительности и фазы заболевания. В начальном периоде определяется тусклая слизистая, на ней видны эрозии, окруженные белесоватыми грануляциями (по типу афт).

По мере увеличения длительности болезни в фазу обострения картина меняется. Слизистая неравномерно утолщается, обнаруживаются глубокие продольные язвы-трещины, просвет кишки сужен.

Нередко можно выявить образовавшиеся свищи.

С уменьшением активности процесса на месте язв образуются рубцы и формируются участки стеноза.

● *Эндоскопические критерии:*

- поражение различных участков кишки*
- отсутствие сосудистого рисунка*
- продольные язвы*
- рельеф кишки похожий на «булыжную мостовую»*
- дефекты в стенке кишки (фистулы)*
- слизь, перемешанная с гноем в просвете кишки*
- сужение просвета кишки*

КОЛОНОСКОПИЯ

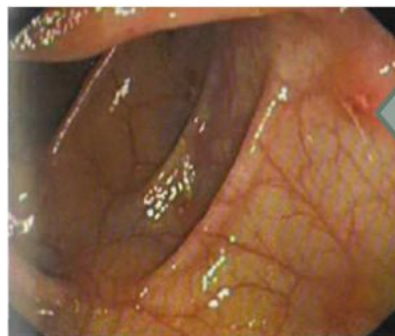
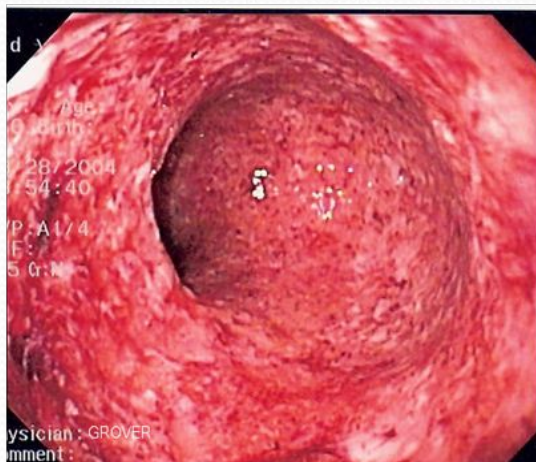


Рис. 1. Афты в ободочной кишке при болезни Крона



Рис. 2. Болезнь Крона в илеоцекальном клапане

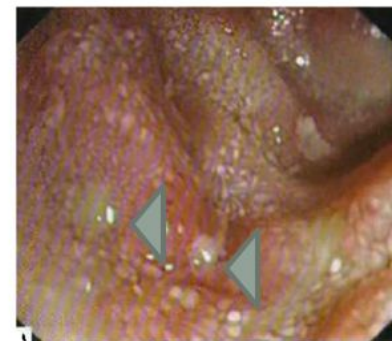
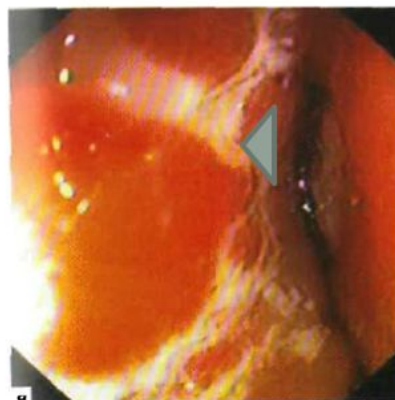
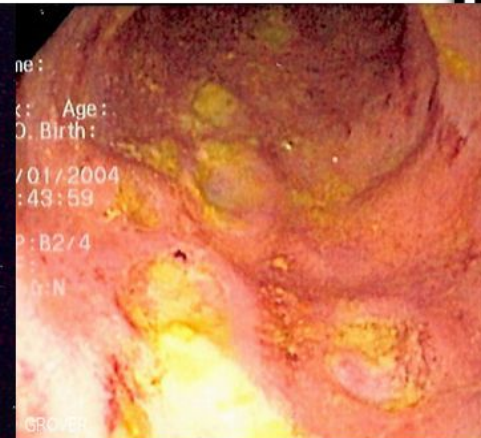
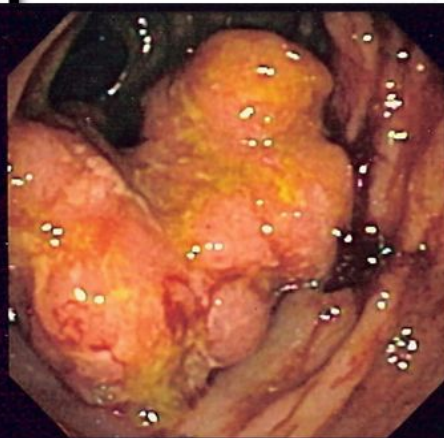


Рис. 3. Болезнь Крона в подвздошной кишке (а, б)



Помимо местных осложнений - свищей, перфораций, кишечной непроходимости, стриктур и стенозов, абсцессов - для болезни Крона характерны экстраинтестинальные (внекишечные) проявления. К внекишечным проявлениям болезни Крона относятся:

- 1) Кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, поражения полости рта и кожи лица, вегетирующий гнойный стоматит, псориаз, кожный васкулит и др.)*
- 2) Поражения суставов (артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева))*
- 3) Воспалительные заболевания глаз (склерит и эписклерит, иридоциклит, изменения глазного дна)*
- 4) Заболевания печени и желчевыводящих путей (первичный склерозирующий холангит, хронический активный гепатит, гранулемы печени и гранулематозный гепатит и др.)*
- 5) Васкулит*
- 6) Нарушения гемостаза и тромبوэмболические осложнения*
- 7) Заболевания крови*
- 8) Амилоидоз*
- 9) Нарушения метаболизма костной ткани (остеопороз)*

- **Диагноз** устанавливают на основании клинических признаков и характерных изменений на рентгенограммах в виде глубоких изъязвлений, длинных суженных участков («симптом струны») и неизменённых петель.
- **а. Объективные признаки.** Плотные, болезненные при пальпации опухолевидные инфильтраты в брюшной полости, нарушения питания (синдром мальабсорбции).
- **б. Рентгенологические признаки** при контрастном исследовании: сегментарные стриктуры, отделённые друг от друга непоражёнными участками кишки, слизистая оболочка в виде бульжной мостовой и кишечные свищи.

- **в. Внекишечные проявления:** воспалительные заболевания глазного яблока (увеит, иридоциклит), суставов (полиартрит), кожи (кожная эритема), патология печени и желчевыводящей системы (склерозирующий холангит, жировая дистрофия печени).
- **г. При острой форме** и локализации процесса в терминальном отделе подвздошной кишки, как правило, диагностируют «**острый аппендицит**».
- **д. При поражениях толстой кишки колоноскопия и биопсия** могут выявить гранулематозный характер заболевания.
- **е. Лабораторные данные** при болезни Крона неспецифичны: анемия, ускоренная СОЭ и признаки нарушения всасывания или потери белка.
- **ж. Дифференциальный диагноз** требует исключения язвенного колита, лимфомы, туберкулёза, радиационного энтерита и инфекции видами *Yersinia* (особенно при остром энтерите).

Критерии (оценка в баллах)

Коэффициент

- | | |
|--|-------|
| 1. число дефекаций неоформленным стулом за неделю | x 2 |
| 2. интенсивность боли в животе в течение недели (0 – нет боли, 1 – легкая, 2 – выраженная, 3 – сильная боль) | x 5 |
| 3. самочувствие в течение недели (0 – хорошее, 1 – удовлетворительное, 2 – плохое, 3 – очень плохое) | x 7 |
| 4. напряжение живота при пальпации (0 – нет, 2 – сомнительно, 5 – есть) | x 10 |
| 5. необходимость в симптоматическом лечении диареи (0 – нет, 1 – есть) | x 30 |
| 6. разница должного и фактического гематокрита | x 6 |
| 7. дефицит массы тела 1 – фактическая масса тела/должная масса тела | x 100 |
| 8. наличие системных проявлений и осложнений (один симптом – 1 балл) | |

У здоровых людей индекс Беста равен 0. Изменение его в пределах 80-149 свидетельствует о легкой, 150-249 – средней, более 250 – выраженной активности болезни Крона.

Диета при болезни Крона

- Цель диеты является снижение вероятности механического, термического и химического раздражения кишечника.

Температура пищи не должна быть ниже 18 градусов и не выше 60 градусов Цельсия.

Рекомендуется дробное питание 5-6 раз в день не большими порциями.

В случае тяжелого обострения рекомендуется 2 голодных дня. То есть 2 дня без еды, но с обязательным приемом 1.5-2 литров воды в сутки. Если обострение протекает не в тяжелой форме, вместо голодных дней рекомендуется разгрузочные дни.

Алгоритм лечения

БК легкого течения:

толстой кишки-сульфасалазин

терминальный илеит и илеоколит –

1-ая линия - будесонид (буденофальк)

2- ая линия месалазин (салофальк)- 4 г

БК средней тяжести:

толстой кишки – системные стероиды

терминальный илеит и илеоколит без системных проявлений-

будесонид

любой локализации с системными проявлениями- системные

стероиды

БК тяжелой тяжести

тяжелая БК любой локализации –системные стероиды

тяжелая БК со свищами- инфликсимаб (ремикейд)

средне-тяжелая и тяжелая стероидорезистентная БК – инфликсимаб

стероидозависимая БК любой тяжести –азатиоприн, метотрексат,

инфликсимаб

- **Лечение** — симптоматическое. Специфическая терапия отсутствует.
- **а. Консервативное лечение**
- **Поддерживающие мероприятия.**
Кратковременные курсы антибиотиков широкого спектра действия, закрепляющие средства, разгрузка кишечника полным переводом больного на парентеральное питание с дополнительным введением витаминов.
- В острых случаях назначают сульфасалазин или препараты 5-аминосалициловой кислоты в дозах 3-4 г в день изолированно или в сочетании с кортикостероидами (несколько более эффективны при колите Крона).

При поражениях подвздошной кишки рекомендуют назначать **витамин В12** парентерально.

- Больным с кальцево-оксалатными камнями показано **включение в рацион повышенных концентраций кальция и витамина D** для связывания оксалатов в кишечнике и снижения их содержания в моче.
- При лечении перианальных и промежностных свищей могут быть эффективны **метронидазол, хинолоны** или их сочетание.
- Эффективна **терапия кортикостероидами**, особенно у больных с поражением тонкой кишки. По достижении ремиссии дозировку препаратов следует постепенно снижать.
- **Прочие препараты.** Применяют б-меркаптопурин, азатиоприн и метотрексат, циклоспорин.

Прогноз.

- *Болезнь Крона склонна к рецидивированию, в процесс вовлекаются новые участки ЖКТ.*
- *Примерно 50% пациентов, перенесших оперативное вмешательство, в течение 5 последующих лет опять подвергаются операции.*
- *Вероятность развития рецидива заболевания после каждой последующей операции — от 35 до 50%.*