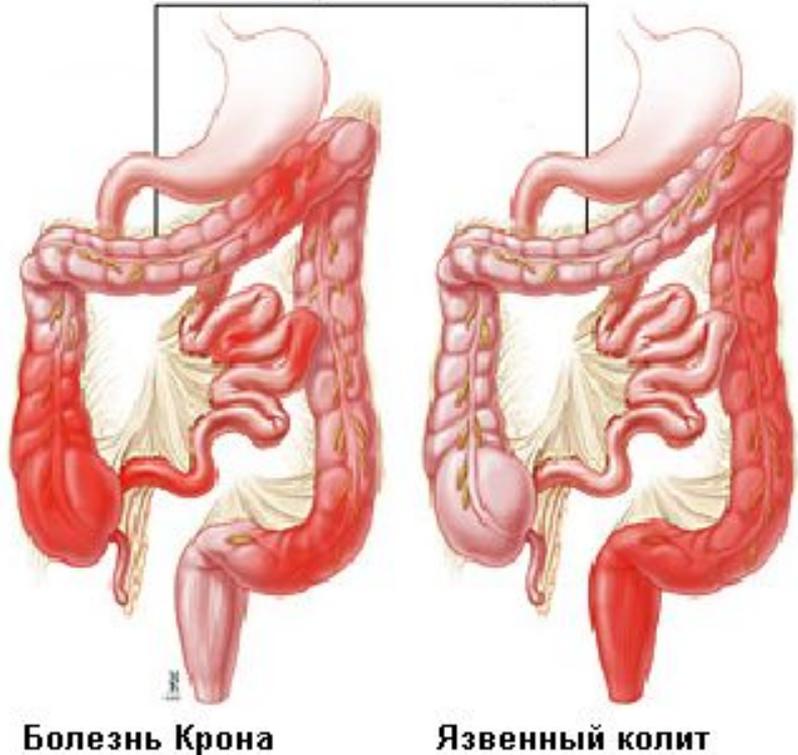


Воспалительные заболевания кишечника



**Хронические
заболевания
ТОНКОГО КИШЕЧНИКА**
(хронический энтерит,
болезнь Крона)

СОДЕРЖАНИЕ

- Определение
- Историческая справка
- Классификация МКБ X
- Эпидемиология
- Этиология
- Патогенез
- Патологическая картина
- Классификация
- Клинические проявления
- Качество жизни
- Диагностика
- Дифференциальная диагностика
- Лечение
- Критерии эффективности лечения
- Прогноз
- Профилактика
- Медико-социальная экспертиза
- Примеры клинических диагнозов
- Рекомендуемая литература

Хронический энтерит

хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежат воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки тонкой кишки, приводящие к развитию синдрома нарушения пищеварения и всасывания

Этиология, факторы риска хронического энтерита

1. Хронизация острого инфекционного энтерита (вирусного, бактериального, протозойного, глистного)

2. Регулярное нарушение пищевого рациона, в том числе одностороннее (углеводы) питание, переедание, отсутствие в пищевом рационе жидкой пищи, употребление крепких напитков, суррогатов алкоголя, консервантов

3. Массивное острое или продолжительное хроническое воздействие на тонкую кишку токсических веществ (мышьяка, свинца, фосфора, лекарств: салицилатов, индометацина и других нестероидных противовоспалительных средств, глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, антибактериальных препаратов), ионизирующего излучения

4. Оперативные вмешательства (удаление или резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза, ваготомия и др.)

5. Хронические заболевания различных органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной, соединительной ткани, кожи, почек)

6. Врожденные ферментопатии (целиакия, лактазная недостаточность и др.)

7. Хроническая ишемия тонкой кишки

8. Неустановленный фактор (криптогенный хронический энтерит)

Хронический энтерит.

Патогенез



Клинические проявления хронического энтерита, энтеропатий (целиакии, лактазной недостаточности)

Симптомы	Причины
Диарея со стеатореей и амилореей, кислой реакция кала	Повышение секреции, снижение абсорбции воды и электролитов, нарушение всасывания жирных и желчных кислот в тонкой кишке, ее гипермоторика. Нарушение переваривания и всасывания углеводов, интесификация брожения в кишечнике
Потеря массы тела, булимия	Нарушение всасывания жиров и белков
Метеоризм	Избыточная ферментация углеводов кишечными бактериями, интенсификация процессов брожения
Уменьшение мышечной массы, отеки	Нарушение всасывания белков

Хронический энтерит. Клинические проявления хронического энтерита, энтеропатий

Симптомы	Причины
Боль в животе	Спазм, дилатация, воспаление, ишемия кишки
Мышечные подергивания, слабость, тахикардия	Нарушение всасывания витамина D, кальция, избыточная потеря калия
Боль в костях, остеопороз, остеомаляция, остео дистрофия («барабанные палочки», «часовые стекла»)	Нарушение всасывания витамина D, кальция
Кровоточивость, петехии, гематурия	Нарушение всасывания витамина К
Бледность	Нарушение всасывания витамина В ₁₂ , фолиевой кислоты, железа
Гиперкератоз, снижение сумеречного зрения, нарушения репродуктивной функции, осязания, чувствительности к вибрации, угнетение основных рефлексов, атаксия, хейлит, стоматит	Нарушение всасывания витаминов А, Е, В ₁ , В ₂ , В ₆

Лабораторная и инструментальная диагностика хронического энтерита, энтеропатий (целиакии, лактазной недостаточности)

- 1. Кoproграмма (полифекалия, светло-желтый или глинистый цвет кала, рН менее 5,0, амилорея (крахмальные зерна), йодофильная флора, стеаторея кишечного типа: жирные кислоты и мыла, количество жира в суточной порции более 6-7 г; отсутствует кровь, гной)**

2. Бактериологическое исследование кала (уменьшение или полное исчезновение бифидофлоры, кишечной палочки, лактобактерий наряду с повышенным содержанием сапрофитов, а также патогенных микроорганизмов: протей, клостридии, грибов кандиды, клебсиеллы, синегнойной палочки, кокков)

3. Посев дуоденального содержимого, аспирированного специальным зондом (избыточный рост микроорганизмов: более чем 100000 в мл)

4. Клинический анализ крови (анемия: микро- или макроцитарная; реже лейкоцитоз, тромбоцитопения)

5. Тест Шилинга (I этап – положительный, II этап - отрицательный после соответствующей терапии)

6. Положительный тест с D-ксилозой

7. Сокращение времени ороцекального транзита

8. Биохимические исследования:

- снижение протромбинового индекса
- плоский тип гликемической кривой при проведении теста толерантности к глюкозе
- снижение концентрации в крови калия, натрия, кальция, хлора, гидрокарбонатов, магния, цинка и других микроэлементов
- повышение концентрации в крови щелочной фосфатазы
- снижение концентрации в крови холестерина, общего белка, альбуминов, в меньшей степени глобулинов

9. Рентгенологическое исследование:

- расширение петель тонкой кишки (чаще двенадцатиперстной и тощей)
- барий в кишке располагается фрагментарно в виде хлопьев
- грубый перистый рисунок вплоть до его исчезновения
- остеопороз, остеомаляция и компрессионные переломы

10. Эндоскопическое исследование

(макроскопически: гиперемия, отек, гиперсекреция слизи; микроскопически: уплощение или исчезновение ворсинок (атрофия), увеличение крипт, бокаловидных клеток и межэпителиальных лимфоцитов)

11. Радионуклидная диагностика: внутрь олеиновая кислота, меченная I^{131} , с последующим определением радиоактивности крови или кала (нарушение всасывательной функции тонкой кишки)

Лечение хронического энтерита, энтеропатий (целиакии, лактазной недостаточности)

Диетические и режимные рекомендации

- Исключение из рациона продуктов, содержащих грубую растительную клетчатку (сырые овощи и фрукты, ржаной хлеб, чернослив, орехи, изюм), консерванты, изделий из сдобного теста, пряностей, цельного молока, мороженого, жилистого мяса, животного жира, бобовых, пива, кваса, спиртных и газированных напитков
- В случае глютеновой энтеропатии - аглутеновая диета
- Суточное потребление NaCl < 7-9 г
- Рекомендованы: супы на слизистых отварах круп и постном мясном бульоне, протертые и проваренные каши, отварные и протертые овощи за исключением белокочанной капусты, репы, бобовых, гомогенизированные овощи и мясо (детское питание), или же проваренные рубленые и перекрученные на мясорубке нежирные сорта рыбы и мяса, яйцо всмятку, нежирный сыр, свежий творог с небольшим количеством сметаны, черствый белый хлеб, фруктовые желе, кисели, компоты, муссы из черники, черной смородины, кизила, айвы, граната и т.п.
- Прием пищи должен быть дробным и частым (до 6 - 8 раз в сутки)

Лечение хронического энтерита, энтеропатий (целиакии, лактазной недостаточности)

Хронический энтерит.
Лечение

I. Препараты с противоположным действием

Ганглиоблокаторы

- ганглерон 1,5%-1-2 мл
- бензогексоний 2%-1 мл

Холинолитики

- атропин 0,1%-1 мл
- платифиллин - 0,2% -1мл
- метацин - 0,1%-1мл

Комбинированные
препараты

- реасек
- акриман

Лоперамид

Пектины (смекта)

Антациды

Лечение хронического энтерита, энтеропатий (целиакии, лактазной недостаточности)

II. Полиферментные препараты или дигестивы
панзинорм-форте, дигестал, панкреатин, мезим-форте,
креон, пангрол, трифермент

III. Антибактериальные препараты

- Производные оксихинолина,
- Нитрофурановые препараты
- Метронидазол
- Аминогликозиды (клиндамицин)
- Макролиды (эритромицин, ровамицин, кларитромицин)
- Сульфаниламиды

Лечение хронического энтерита, энтеропатий (целиакии, лактазной недостаточности)

Хронический энтерит. Лечение

Пробиотики

<i>Bifidobacterium longum</i>	<i>Enterococcus faecium</i>
<i>B breve</i> , <i>B infantis</i> , <i>B bifidum</i>	<i>Lactobacillus rhamnosus</i>
<i>B adolescentis</i>	<i>L acidophilus</i>
<i>Lactococcus cremoris</i>	<i>L casei</i> , <i>L gasseri</i>
<i>L lactis</i>	<i>L bulgaricus</i>
<i>Streptococcus thermophilus</i>	<i>Saccharomyces boulardii</i>

Комерческие препараты:

- Бифиформ
- Линекс
- Флонивин
- Бификол
- Лактобактерин
- Бактисубтил

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) (терминальный илеит, гранулематозный энтерит, гранулематозный энтероколит) - неспецифическое криптогенное с рецидивирующим неразрешающимся течением заболевание, при котором клинические проявления определяются локализацией, распространенностью и степенью выраженности неспецифического гранулематозного воспаления стенки органов пищеварительного тракта

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Болезнь Крона – неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта, но преимущественно тонкий и толстый кишечник, характеризующийся сегментарностью, рецидивирующим течением с образованием воспалительных инфильтратов, глубоких продольных язв, наружных и внутренних свищей, стриктур, перианальных процессов

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- В 1932 г. Крон, Гинзбург и Оппенхаймер впервые подробно описали клиническую картину 14 случаев заболевания с поражением тонкого кишечника
- В 1934 г. Кольп описал подобные морфологические изменения в толстом кишечнике
- Дальнейшие наблюдения показали, что воспалительный процесс, аналогичный описанному, поражает не только тонкую кишку, но может с большей или меньшей частотой распространяться на все отделы пищеварительного тракта: слепую и восходящую кишку (B.Crown, 1949), желудок и двенадцатиперстную кишку (Н.Fahimi и соавт., 1963), пищевод (N.Dyer и соавт., 1969)
- Изолированное поражение толстой кишки, а также вовлечение в процесс анального канала было описано Н.Lockhart-Mummery и соавт., 1960, 1964.
- 1936 г. Райчерт выдвинул теорию возникновения БК в результате воспалительной блокады лимфатических сосудов тонкой кишки с развитием тяжелого лимфостаза в ее стенке и брыжейке

КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10

- **K50** Болезнь Крона (регионарный энтерит))
- **K50.0** Болезнь Крона тонкого кишечника
 - двенадцатиперстной кишки
 - тощей кишки
 - подвздошной кишки
- **K50.1** Болезнь Крона толстого кишечника (гранулематозный регионарный колит)
 - слепой кишки
 - ободочной кишки
 - прямой кишки
- **K50.8** Другие формы болезни Крона. Болезнь Крона толстого и тонкого кишечника
- **K50.9** Болезнь Крона неуточненная
- **K52** Другие неинфекционные энтериты и колиты

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Наиболее часто болеют лица в возрасте 20-40 лет
- БК наиболее распространена среди жителей развитых стран
- В странах Европы и Северной Америки общая распространенность заболевания составляет 40-60 случаев на 100 000 населения.
- Существенного полового различия в распространенности заболевания не отмечается, хотя женщины болеют несколько чаще

ЭТИОЛОГИЯ ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУНО-

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

АУТОИММУННАЯ

ТЕОРИЯ

ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

И ЛИМФОСТАЗА

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

ЭТИОЛОГИЯ ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУНО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

АУТОИММУННАЯ

ТЕОРИЯ
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА
И ЛИМФОСТАЗА

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

- Нарушение естественной микрофлоры кишечника
 - Уменьшение бифидобактерий при увеличении энтеробактерий
 - Увеличение анаэробов (бактероидов) и патогенных штаммов кишечной палочки)
- Бактерии
- *Mycobacterium pseudotuberculosis*
- *Mycoplasma hominis*
- Вирусы
- Парамиксовирус

ЭТИОЛОГИЯ ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУНО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

АУТОИММУННАЯ

ТЕОРИЯ
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА
И ЛИМФОСТАЗА

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

- Увеличение местной выработки антител
- Сдвиг соотношения секреции IgG и IgA в сторону увеличения продукции IgG.
- Повышение местной выработки антител, что опосредует эффекторные функции (активацию комплемента, клеточную цитотоксичность).
- Активация В-лимфоцитов (освобождение цитокинов, взаимодействие с Т-клетками и т.д.)
- Отсутствие пролиферативного ответа Т-клеток иммунной системы, ассоциированной со слизистой оболочкой (MALT), может служить подтверждением их региональной супрессии.
- Фактор нероза опухоли а (ФНО-а).

ЭТИОЛОГИЯ ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУНО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

АУТОИММУННАЯ

ТЕОРИЯ
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА
И ЛИМФОСТАЗА

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

- Антитела к ткани кишечника (ASCA- anti-saccharomyces cerevisiae, ANCA- anti-neutrophilcytoplasmic autoantibodies)
- Специфически сенсibilизированные к антигенам слизистой кишки лимфоциты.
- Циркулирующие иммунные комплексы.
- Гипотеза о роли васкулита в патогенезе.

ЭТИОЛОГИЯ ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ИНФЕКЦИОННАЯ
ИММУНО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ
АУТОИММУННАЯ
ТЕОРИЯ
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА
И ЛИМФОСТАЗА

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

- Еще в 1949 г. В.Crown обнаружил 11 случаев болезни у близких родственников
- Изменения в 6-й хромосоме
- Ученые из Америки и Европы утверждают, что ими обнаружен дефектный ген, который назвали Nod-2 (в 16-й хромосоме)

ФАКТОРЫ РИСКА

КУРЕНИЕ

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
(выбросы промышленных предприятий,
выхлопные газы автомобилей и др.)

ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ

СТРЕСС

ИНТЕРКУРЕНТНАЯ ИНФЕКЦИЯ
(РЕСПИРАТОРНАЯ ИЛИ КИШЕЧНАЯ)

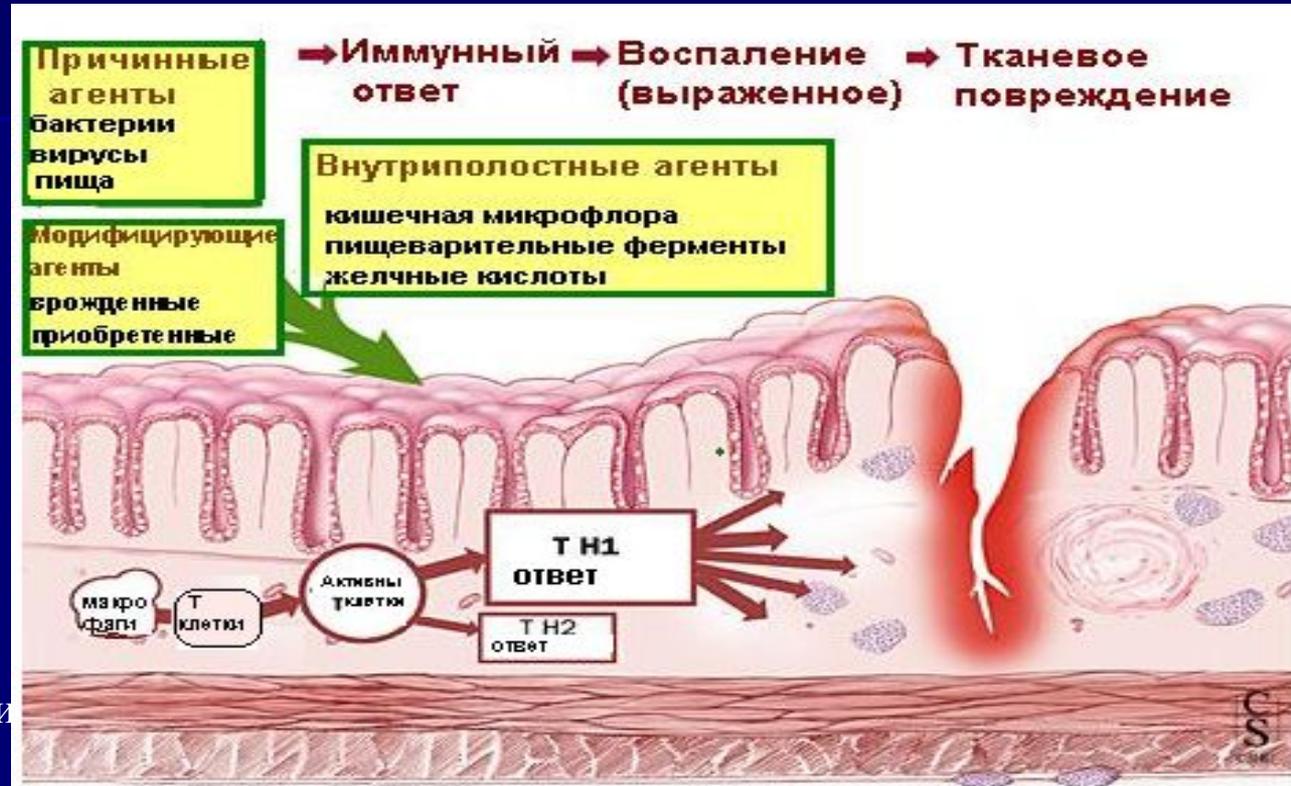
НАРУШЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

ПРИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

ПРИЕМ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

ПАТОГЕНЕЗ

- Аутоиммунные реакции (образование антител против клеток слизистой оболочки кишечника, специфически сенсibilизированные цитотоксические лимфоциты, циркулирующие иммунные комплексы)
- Признаки нарушения клеточного иммунитета, в частности, уменьшение Т-клеток в периферической крови

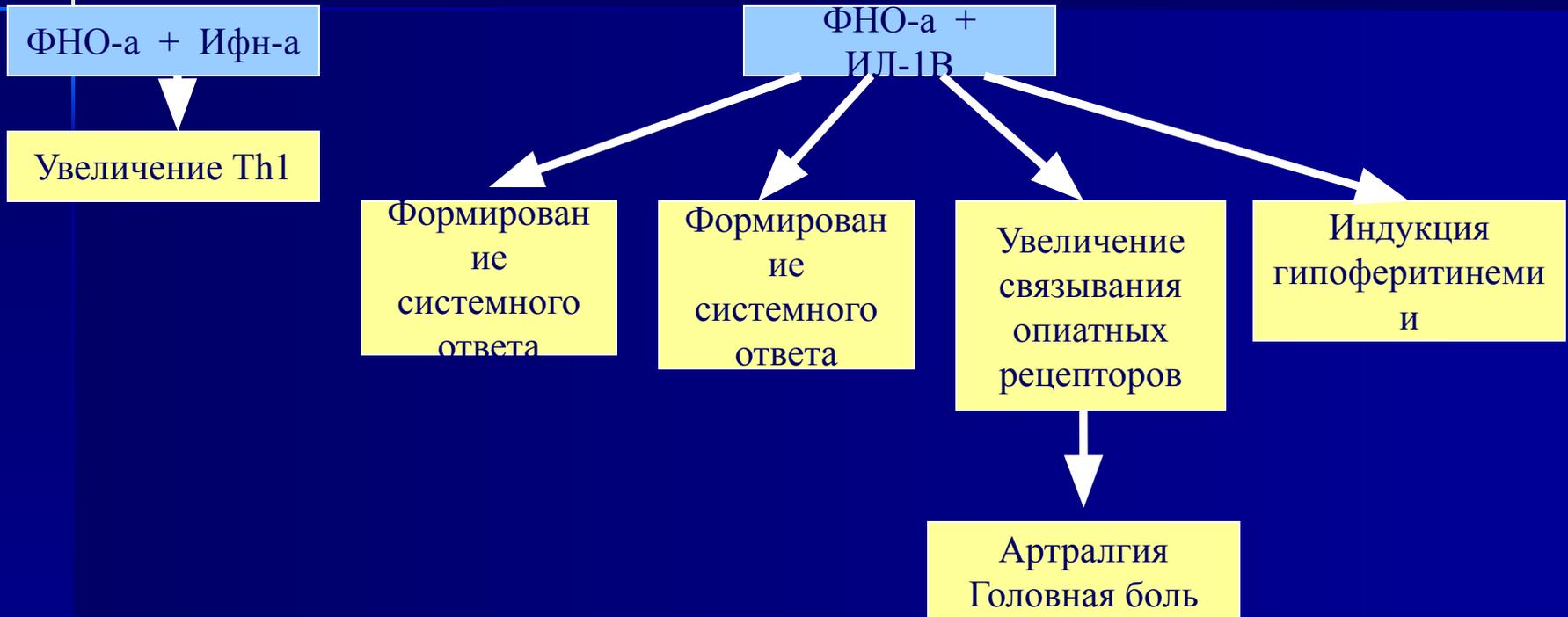


- Синтез IgG некоторыми штаммами энтеробактерий
- Воздействие сигаретного дыма, экологических факторов на слизистую оболочку с развитием иммунопатологических реакций

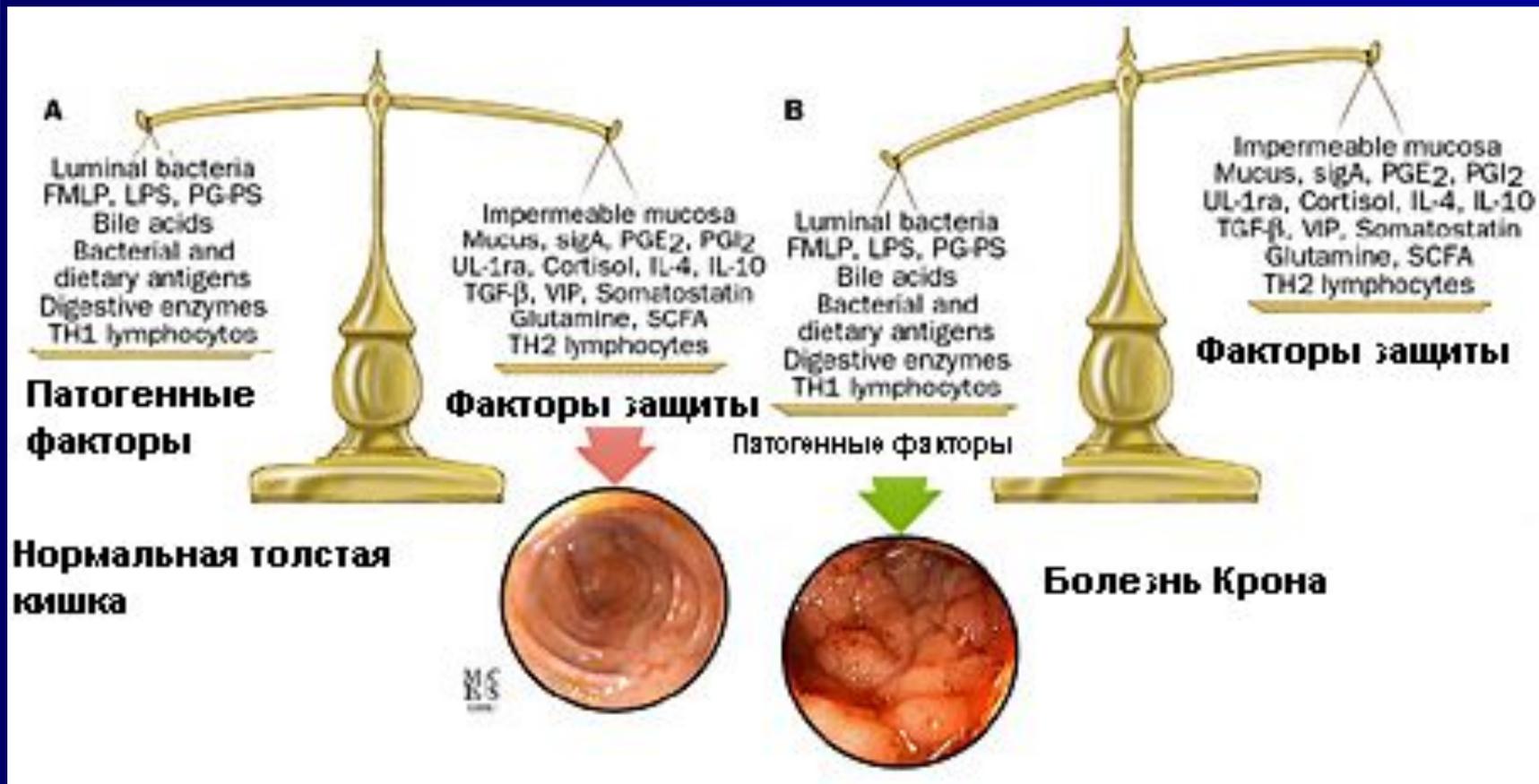
ПАТОГЕНЕЗ



ПАТОГЕНЕЗ



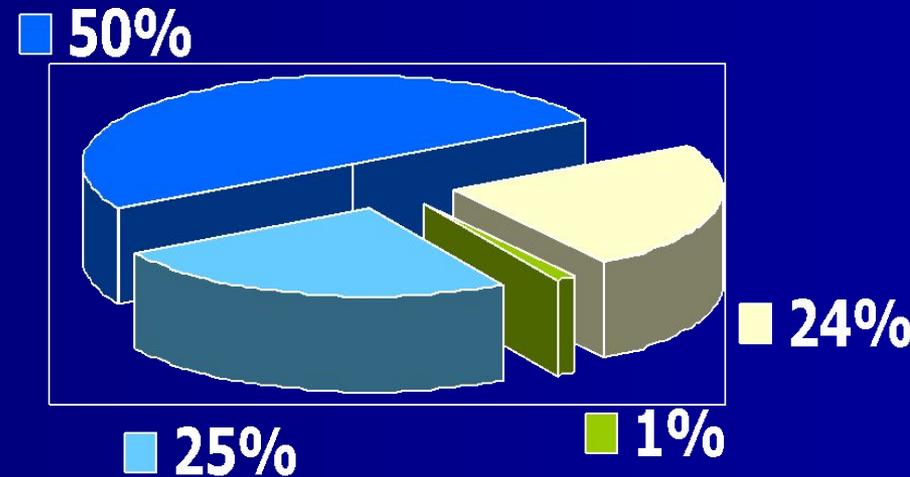
Патогенные факторы и факторы защиты при болезни Крона



МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

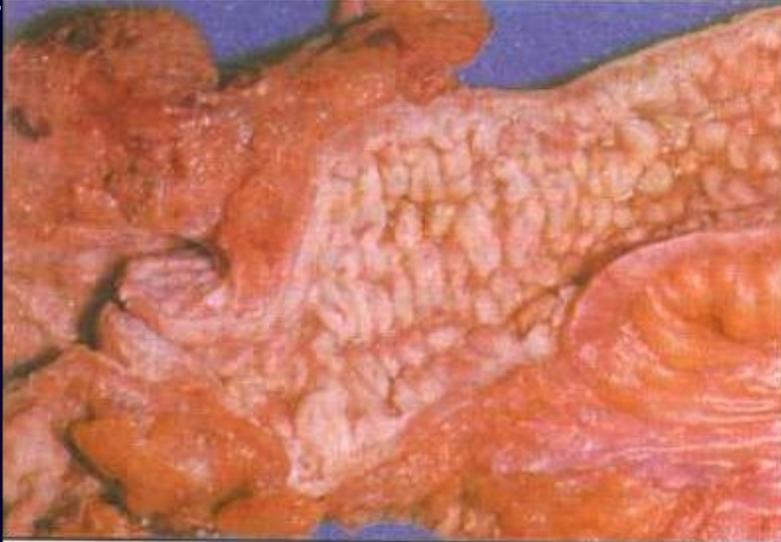
- Воспалительные инфильтраты и глубокие продольные язвы сегментарно и во всех слоях стенки кишечника
- Гранулематозное воспаление
- Утолщение брыжейки
- Увеличение регионарных лимфатических узлов
- Осложнения: кровотечение, перфорация язвы, образование наружных и внутренних свищей, стриктур, абсцессов и др.

Локализация БК



- Поражение подвздошной кишки
- Поражение тонкой и толстой кишки
- Поражение толстой кишки
- Другая локализация

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ



- Макропрепарат: болезнь Крона. Вскрыт просвет терминального отдела подвздошной кишки. Изменения слизистой по типу "булыжной мостовой".



- Макропрепарат: болезнь Крона. Вскрыт просвет подвздошной кишки, на слизистой которой видны многочисленные афтозные изъязвления.

МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

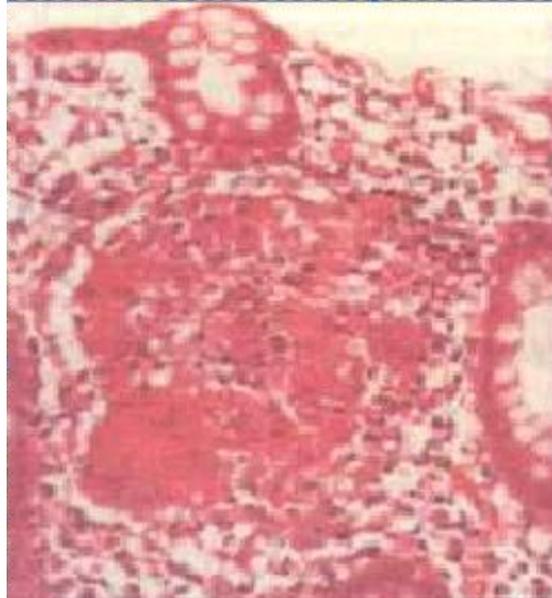
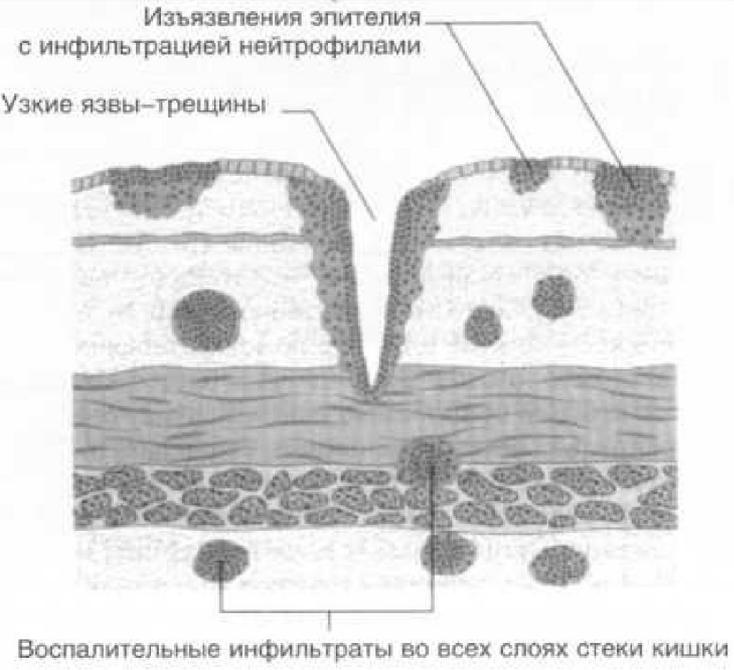


Рис.1

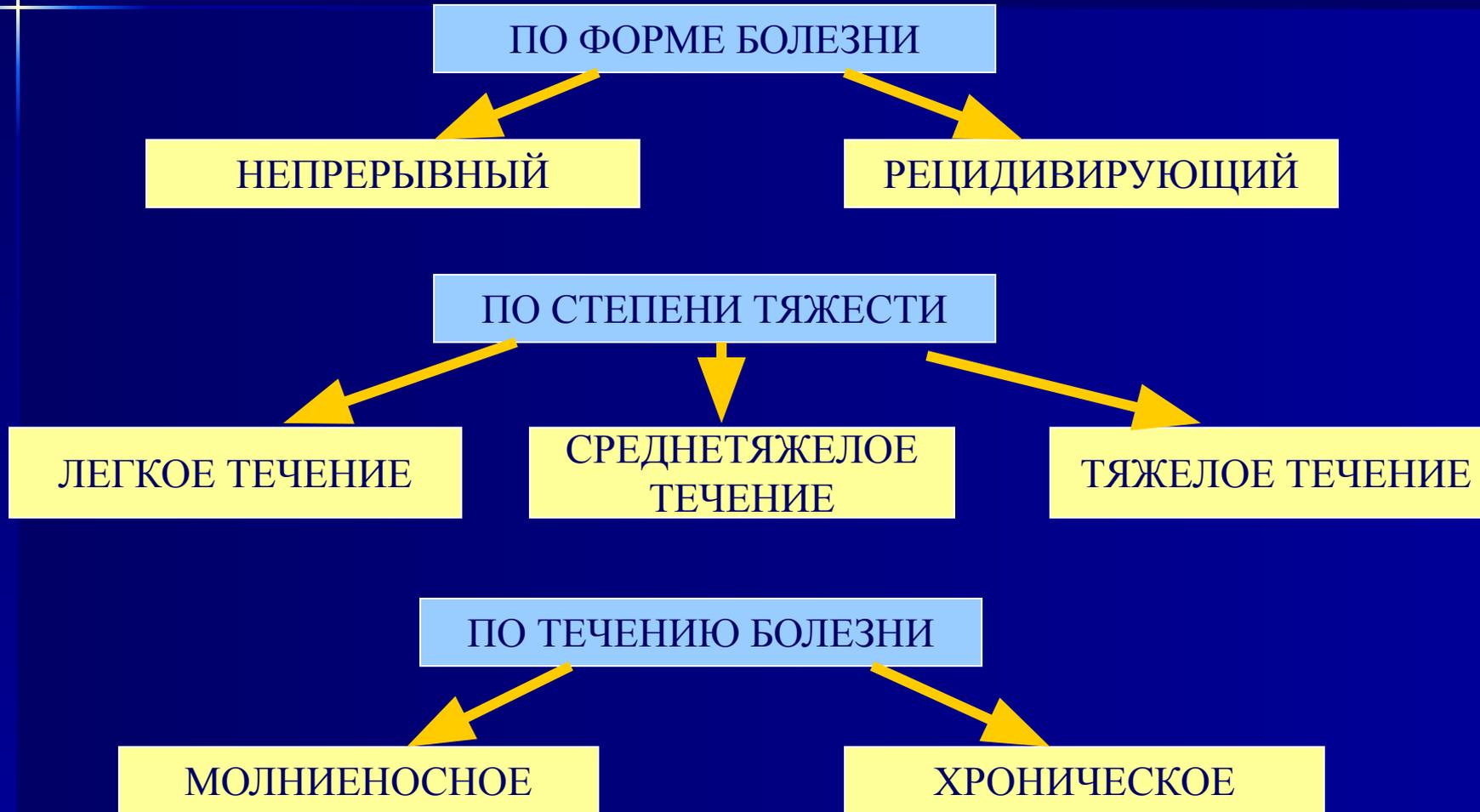


Рис.2

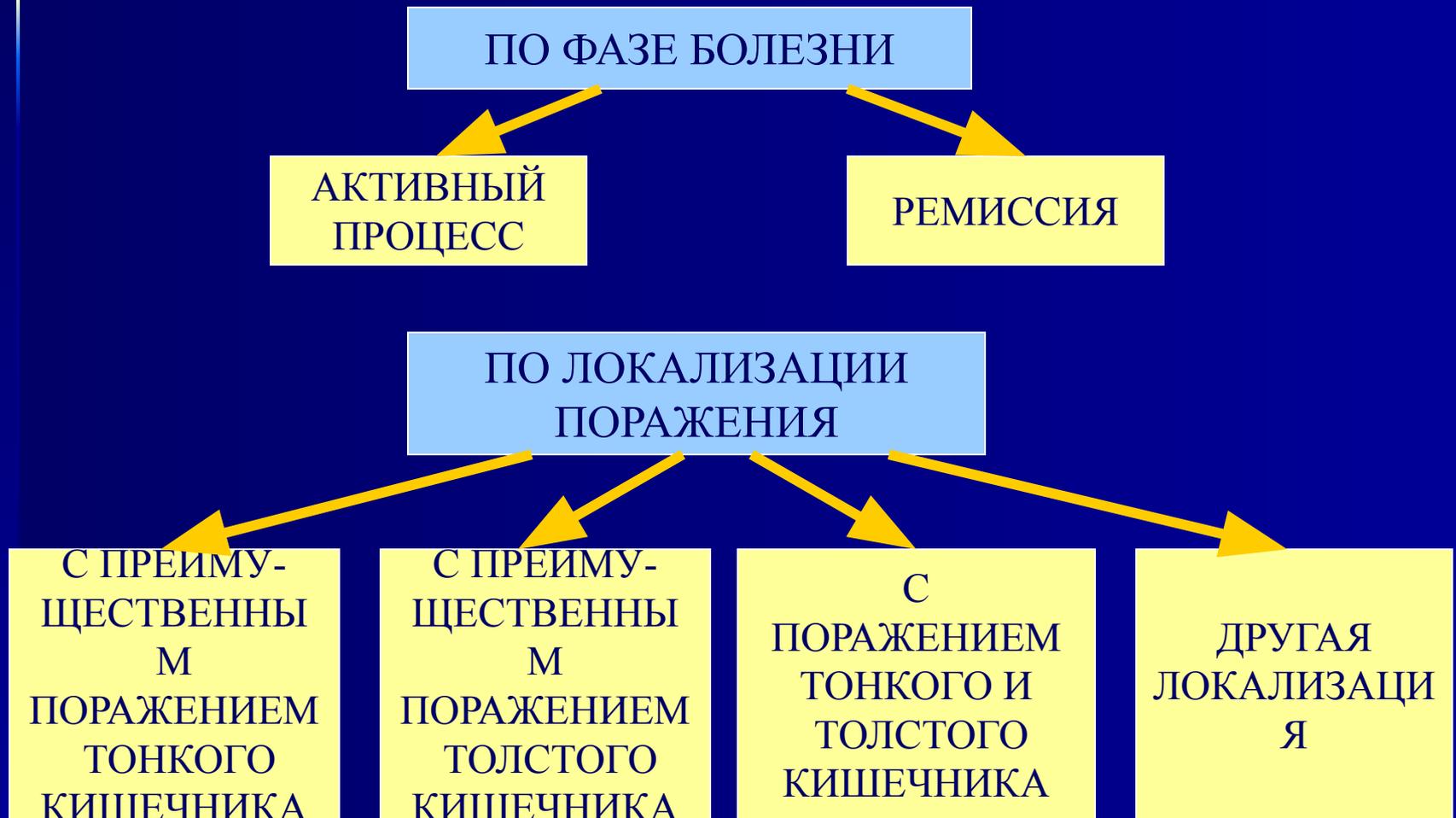
- Отек и утолщение стенки пораженной кишки
- Появление под серозным слоем гранулём, подобных туберкуломам
- Гиперплазия лимфоидных фолликулов в подслизистом слое
- Рубцовое сужение просвета пораженной кишки
- Утолщение брыжейки

- Рис.1 Гранулема саркоидного типа в стенке тонкой кишки
- Рис.2 Язва-трещина, пронизывающая практически всю стенку тонкой кишки.

КЛАССИФИКАЦИЯ



КЛАССИФИКАЦИЯ



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод
- Желудок
- Двенадцатиперстная кишка
- Терминальная часть подвздошной кишки
- Толстый кишечник
- Прямая кишка

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод

- Желудок

- Двенадцатиперстная
кишка

- Терминальная часть
подвздошной кишки

- Толстый кишечник

- Прямая кишка

- Изжога

- Поздняя дисфагия

- Одинофагия

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод

- Желудок

- Двенадцатиперстная
кишка

- Терминальная часть
подвздошной кишки

- Толстый кишечник

- Прямая кишка

- Желудочная диспепсия

- Боль в эпигастрии

- Вздутие живота

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод
- Желудок
- Двенадцатиперстная кишка
- Терминальная часть подвздошной кишки
- Толстый кишечник
- Прямая кишка

- «Голодная» абдоминальная боль
- Рвота
- Диарея преходящая
- Симптомы высокой кишечной непроходимости
- Вздутие живота
- Отхождение небольшого количества газов

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод
- Желудок
- Двенадцатиперстная кишка
- Терминальная часть подвздошной кишки
- Толстый кишечник
- Прямая кишка

- Спастическая разлитая или локальная боль в животе, может предшествовать дефекации
- Метеоризм
- Диарея
- Реже оформленный стул и даже запор
- Вздутие живота
- Отхождение небольшого количества газов

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод
- Желудок
- Двенадцатиперстная кишка
- Терминальная часть подвздошной кишки
- Толстый кишечник
- Прямая кишка

- Боль внизу живота, усиливающаяся перед дефекацией и стихающая после опорожнения
- Диарея
- Реже оформленный стул, запоры
- Кишечное кровотечение

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

- Пищевод

- Желудок

- Двенадцатиперстная
кишка

- Терминальная часть
подвздошной кишки

- Толстый кишечник

- Прямая кишка

- Нарушение целостности
анального кольца

- Набухание и отечность
кожных складок

- Безболезненные, медленно
заживающие и
рецидивирующие язвы

- Трещины, абсцессы, свищи в
области ануса или
промежности

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	<ul style="list-style-type: none"> ● Узловатая эритема ● Гангренозная пиодермия ● Поражения полости рта и кожи лица ● Вегетирующий гнойный стоматит ● Псориаз ● Кожный васкулит и др.
ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ	<ul style="list-style-type: none"> ● Артриты, ● Сакроилеит ● Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)
ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ	<ul style="list-style-type: none"> ● Склерит ● Эписклерит ● Иридоциклит ● Изменения глазного дна
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖВП	<ul style="list-style-type: none"> ● Первичный склерозирующий холангит ● Хронический активный гепатит ● гранулемы печени ● Гранулематозный гепатит и др.

ЛИХОРАДКА
АНОРЕКСИЯ
ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА
ВАСКУЛИТ
АМИЛОИДОЗ
АМЕНОРЕЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ
НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ (ОСТЕОПОРОЗ)
ЗАДЕРЖКА РОСТА (У ДЕТЕЙ)
ПОВЫШЕННАЯ ПОТЛИВОСТЬ

КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ

Индекс активности болезни Крона (Crohn's disease activity index -CDAI) > 150 , что подразумевает наличие у пациента:

- ❖ диареи
- ❖ боли в животе
- ❖ плотных пальпаторно определяемых участков в животе
- ❖ внекишечных проявлений
- ❖ снижения массы тела
- ❖ изменения лабораторных показателей, подтверждающих активность воспаления

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И АКТИВНОСТИ

ЛЕГКОЕ И СРЕДНЕ- ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ

- Пациенты под амбулаторным наблюдением
- Нет симптомов дегидратации, проявлений обструкции, интоксикации:
 - выраженной гипертермии
 - озноба
 - разбитости
- Потери массы тела более 10%
- Нет напряжения и болезненности живота и отрезков кишечника при пальпации

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ

- Неэффективно лечение препаратами, традиционно назначаемыми при легком и среднетяжелом течении заболевания
- Отчетливые симптомы гипертермии
- Достоверное снижение массы тела
- Боль и напряжение при пальпации живота
- Интермиттирующие тошнота или рвота (без признаков обструкции)
- Верифицированная анемия

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И АКТИВНОСТИ

ТЯЖЕЛОЕ ФУЛЬМИ- НАНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ

- При назначении стероидов сохраняются выраженная гипертермия, постоянная рвота с явлениями кишечной непроходимости,
- Кахексия, признаки раздражения брюшины, абсцедирования,
- CDAI > 300

РЕМИССИ Я

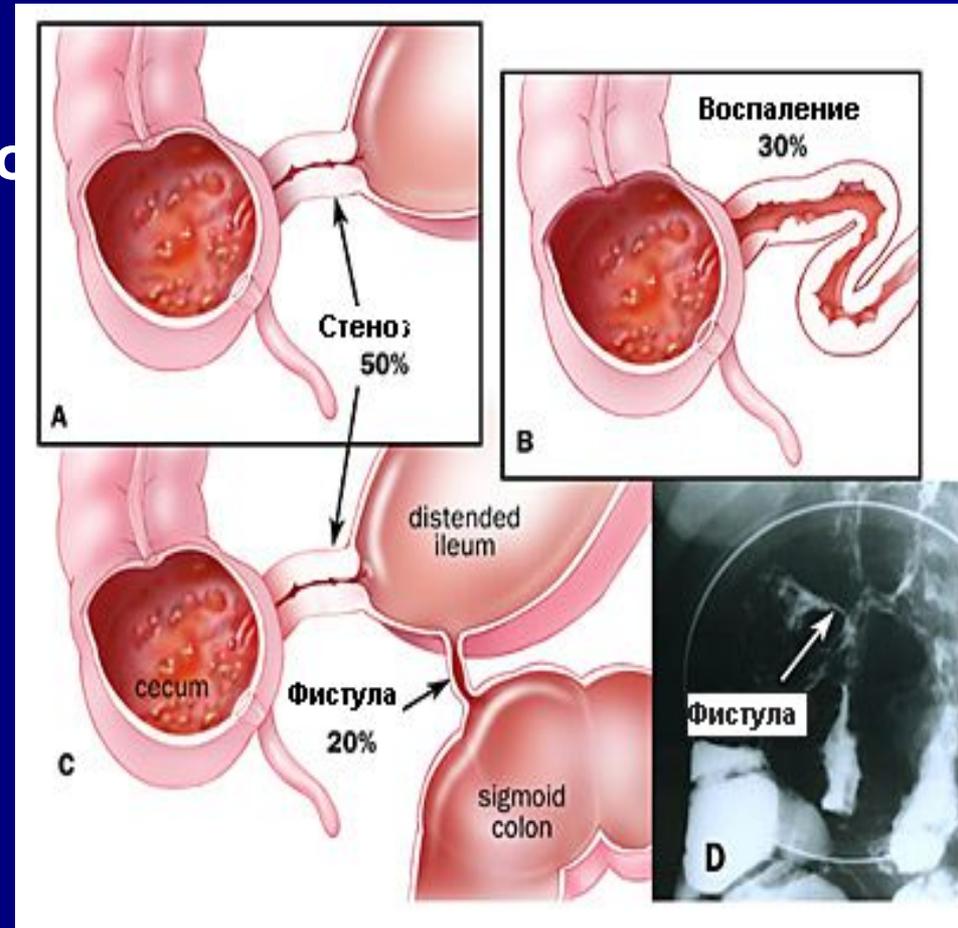
- Отсутствие симптомов заболевания и признаков воспаления (как следствие медикаментозной терапии или неосложненного хирургического лечения)*

* Если пациенты нуждаются в постоянном приеме стероидов – они не могут быть отнесены к категории лиц, у которых ремиссия заболевания.

ОСЛОЖНЕНИЯ

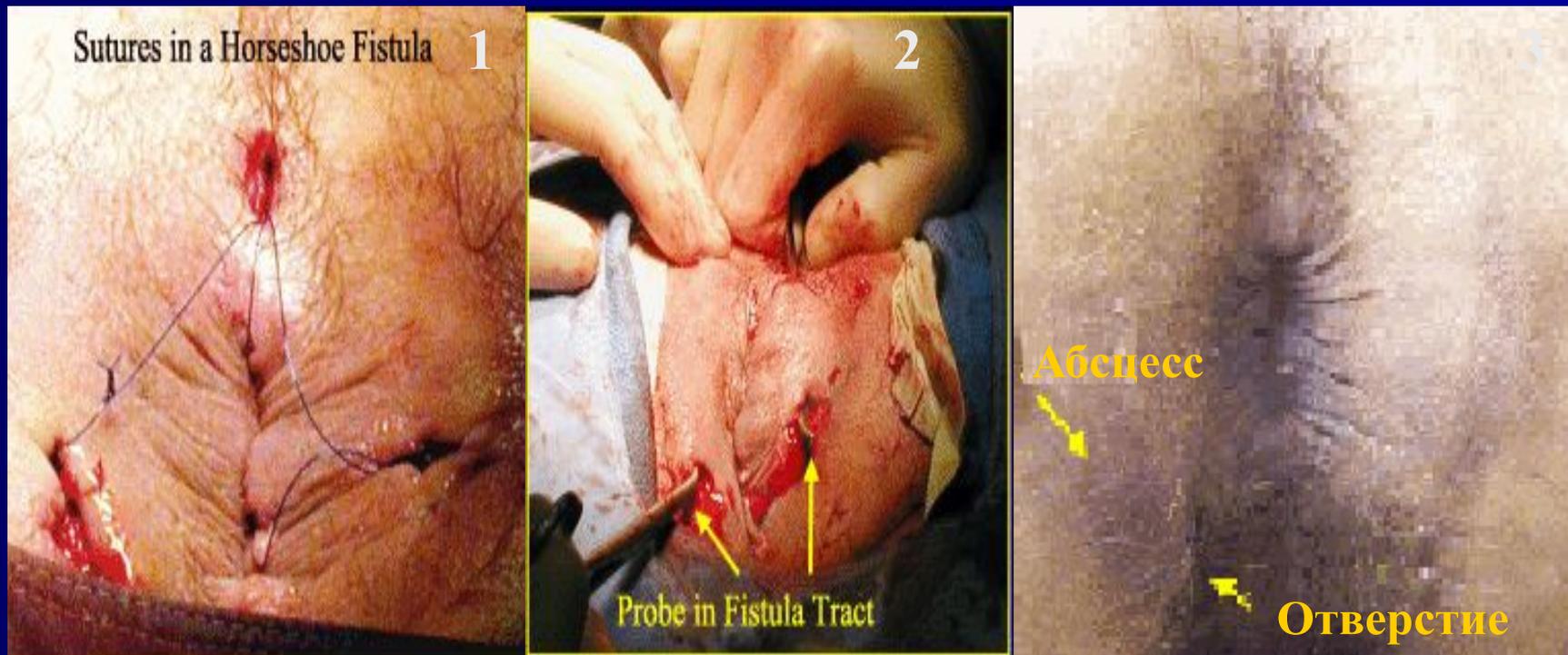
Местные

- ❖ Перфорация
- ❖ Токсический мегаколон
- ❖ Кровотечение
- ❖ Свищи, фистулы
- ❖ Абсцессы
- ❖ Стриктуры



ОСЛОЖНЕНИЯ

Поражение перианальной области



Подковообразная фистула:

1- нити проведены через свищевые ходы;

2- хирургическое исследование отверстий;

3- периректальный абсцесс с образованием наружной фистулы

ОСЛОЖНЕНИЯ

Системные

- ❖ *Осложнения, связанные с активностью процесса* (Артриты, некротизирующая пиодермия, афтозный стоматит, узловая эритема, эписклерит)
- *Осложнения, не связанные с активностью процесса* (Первичный склерозирующий холангит, сакроилеит, анкилозирующий спондилит)
- *Осложнения, связанные с мальабсорбцией вследствие поражения тонкой кишки* (Нефролитиаз, холецистолитиаз, амилоидоз и т.д.)



ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

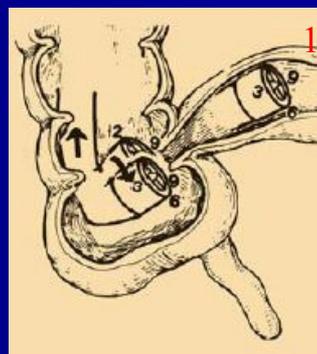
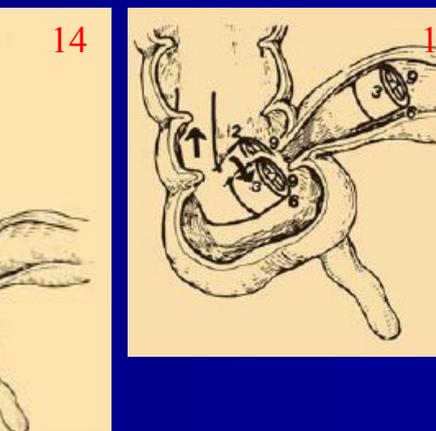
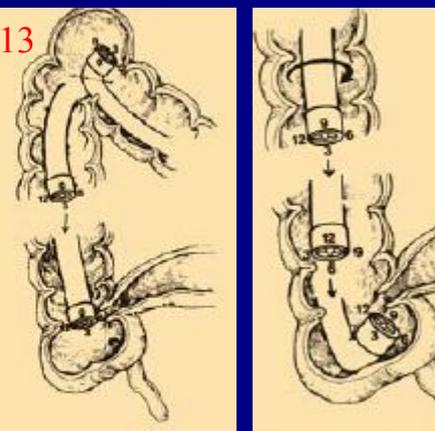
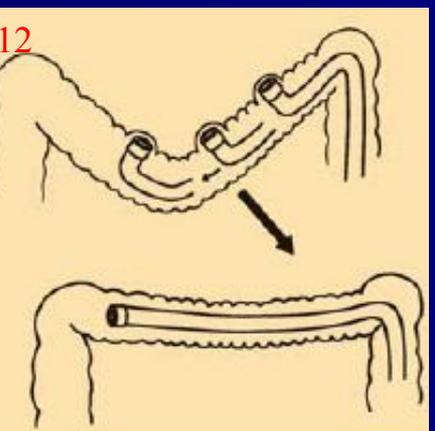
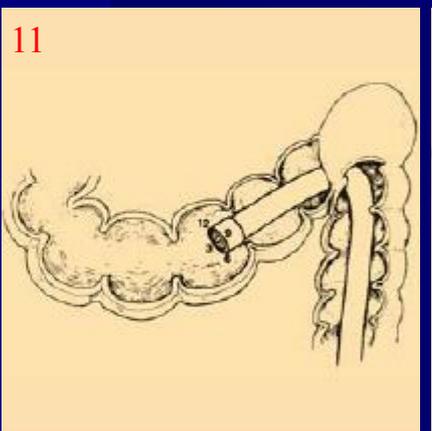
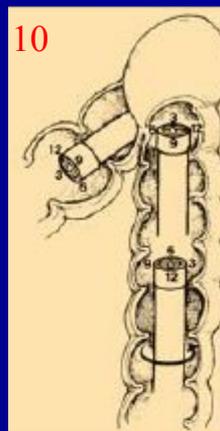
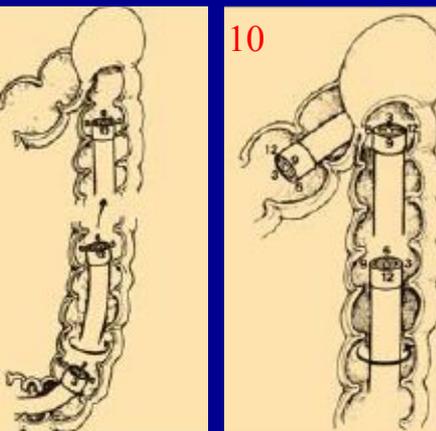
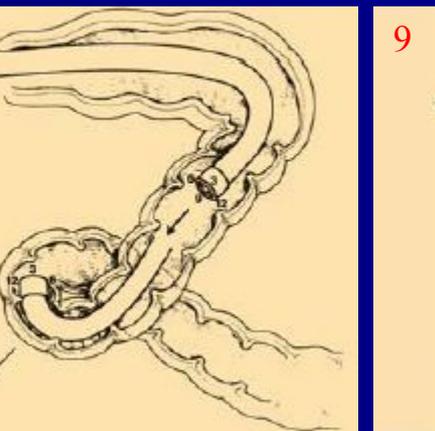
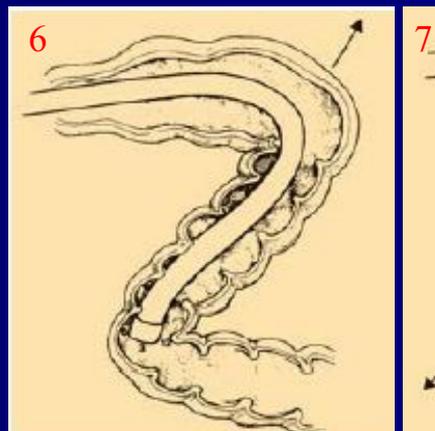
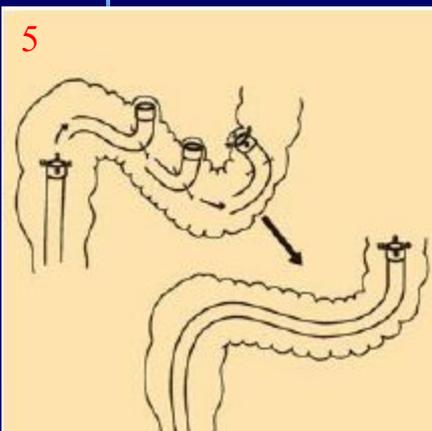
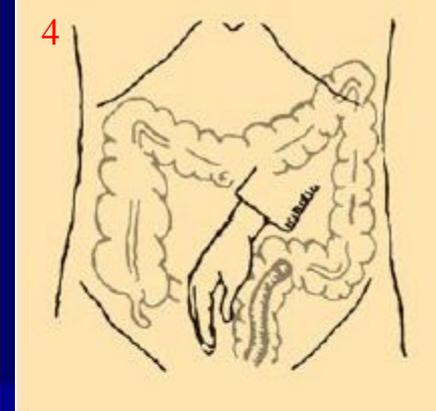
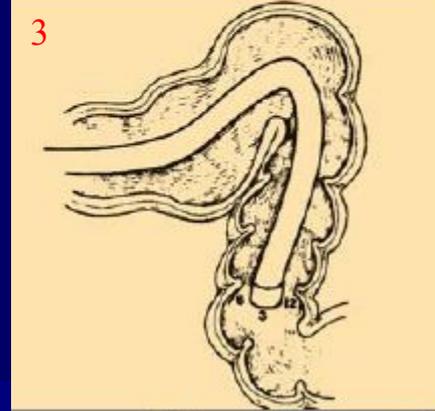
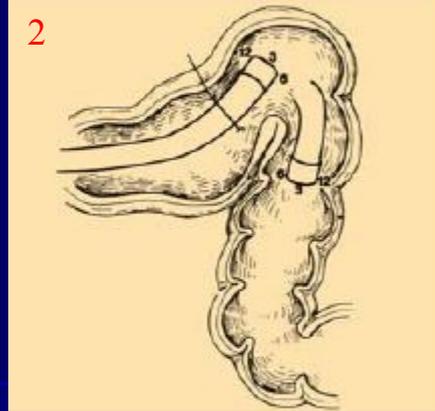
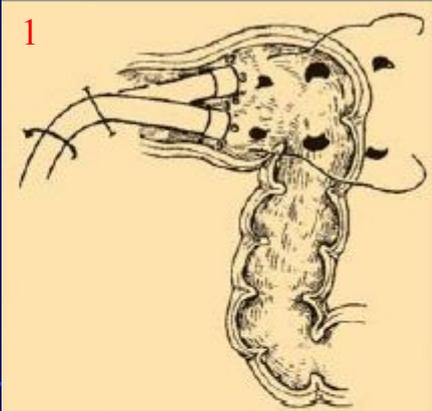
- ❖ Анемия гипо-, нормо- или гиперхромная (острая или хроническая кровопотеря, нарушение всасывания железа, витамина В₁₂)
- ❖ Нейтрофильный лейкоцитоз
- ❖ Увеличение СОЭ

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

- ❖ Диспротеинемия (снижение содержания альбуминов, общего белка, и повышение уровней острофазовых белков, α_1 - и α_2 -глобулинов)
- ❖ Электролитные нарушения (снижение содержания калия и кальция, железа)
- ❖ Дефицит сывороточного железа

КОПРОГРАММА

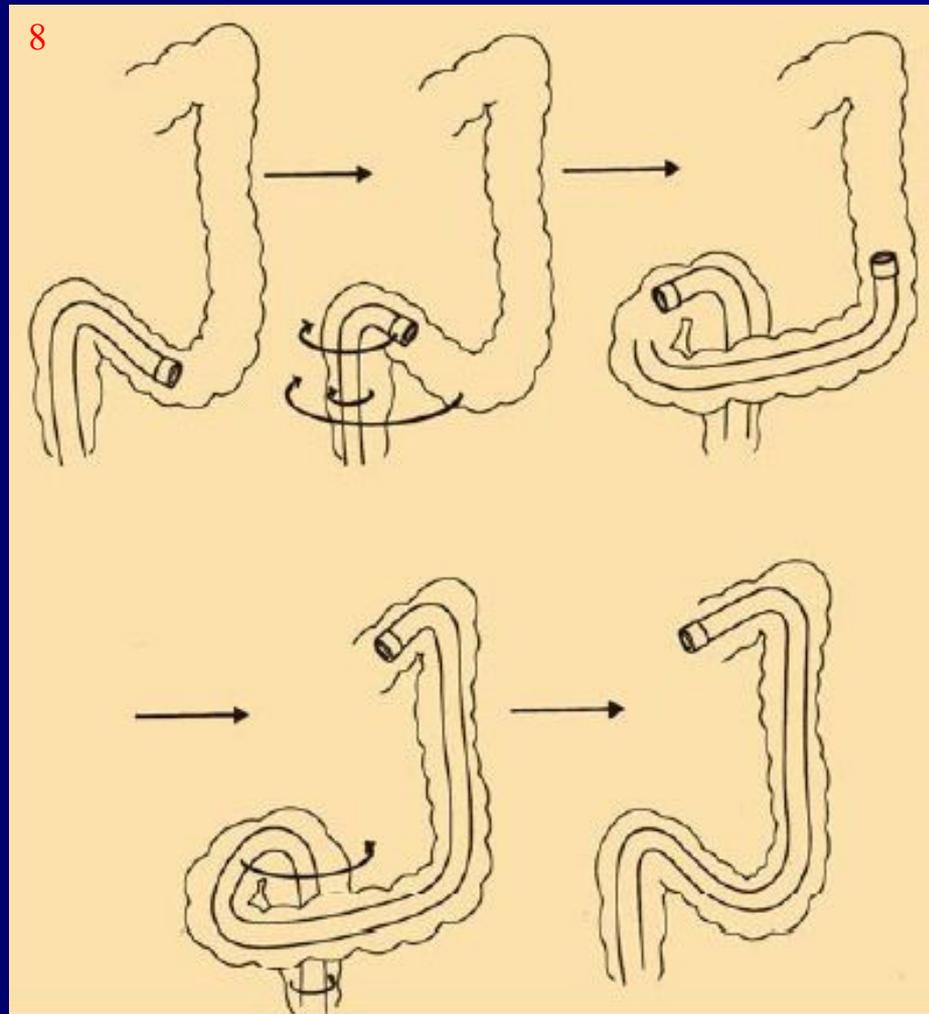
- ❖ Кал серо-глинистого цвета, пенистый, зловонный,
- ❖ Могут быть прожилки крови, слизь, эритроциты, лейкоциты
- ❖ Стеаторея (жирные кислоты и мыла)
- ❖ Амилорея
- ❖ Креаторея
- ❖ Реакция на скрытую кровь положительная



БОЛЕЗНЬ КРОНА

ДИАГНОСТИКА

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



БОЛЕЗНЬ КРОНА

ДИАГНОСТИКА

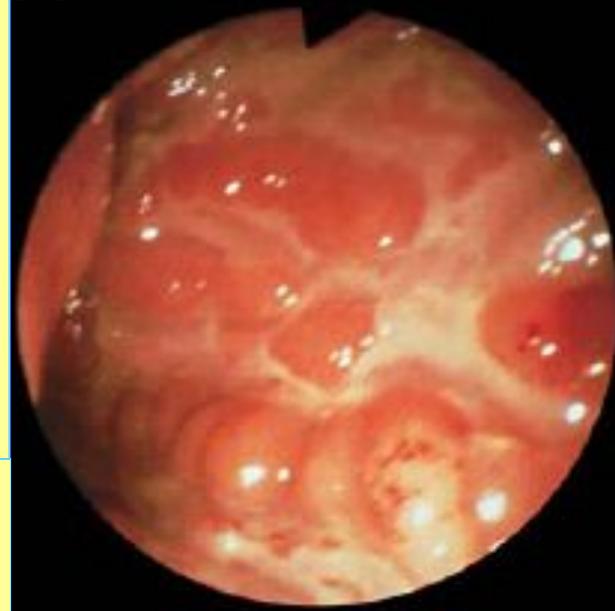
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

РАННЯЯ СТАДИЯ

- Поверхностные некрозы диаметром 1-3 мм вокруг лимфатических фолликулов
- Белые афтозные язвы
- Пенетрация глубоких продольных язв в мышечный слой кишки
- Образование спаек и фистул

ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ

- Язвенные поражения могут сопровождаться кровотечениями
- Сегментарное сужение просвета кишки (чередование воспалительных участков и нормальной слизистой)
- Псевдодивертикулез
- Спайки
- Псевдополипоз



- БК. Поражение терминального отдела подвздошной кишки-слизистая имеет вид брусчатки

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

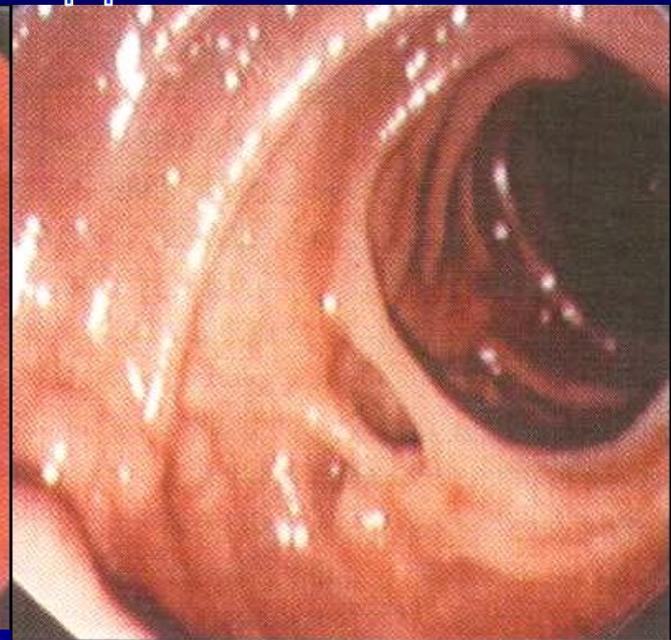
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



- Нормальная слизистая толстого кишечника



- ФЭС толстой кишки при БК.
- Неравномерное утолщение слизистой оболочки, наличие узких язв-трещин, сужение просвета кишки - картина "булыжной мостовой"



- ФЭС двенадцатиперстной кишки при БК.
- Спайки в просвете кишки, образовавшиеся после заживления язв.

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

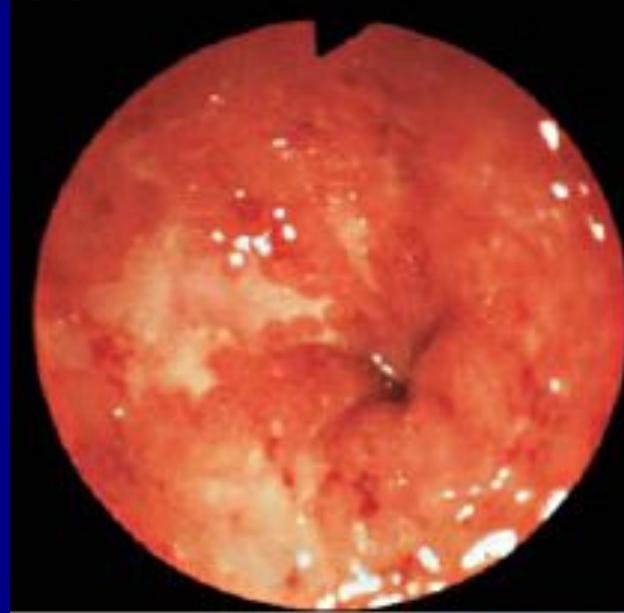
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



- БК. Продольные язвы с выраженными краями



- БК. Слизистая в виде брусчатки: глубокие фиссуры и извитые язвы

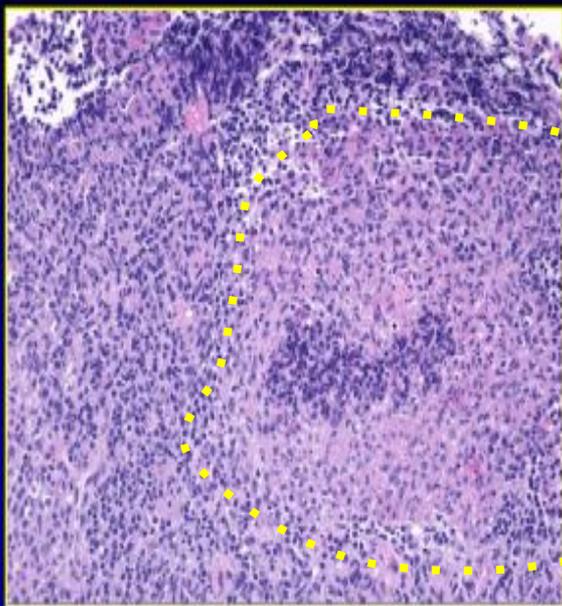


- БК. Язвы с извитыми краями, отекая, ранимая слизистая. Для дифференциальной диагностики с НЯК необходима биопсия

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПТАТА

Terminal Ileal Biopsy Findings

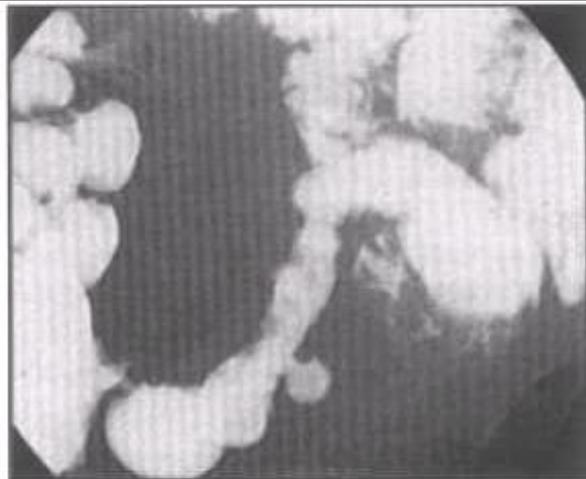


- Усиление плазмноклеточной инфильтрации
- Наличие в подслизистом слое эпителиоидно-клеточных гранулем и гигантских клеток
- Преобладание поражения подслизистого слоя (в меньшей степени слизистого)
- Наличие саркоидоподобных гранулем
- Распространение язв-трещин в продольном направлении

Утолщение стенки пораженного органа, под серозным слоем – гранулема (выделена пунктиром), напоминающая туберкулому, гиперплазия лимфоидных фолликулов в подслизистом слое)

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

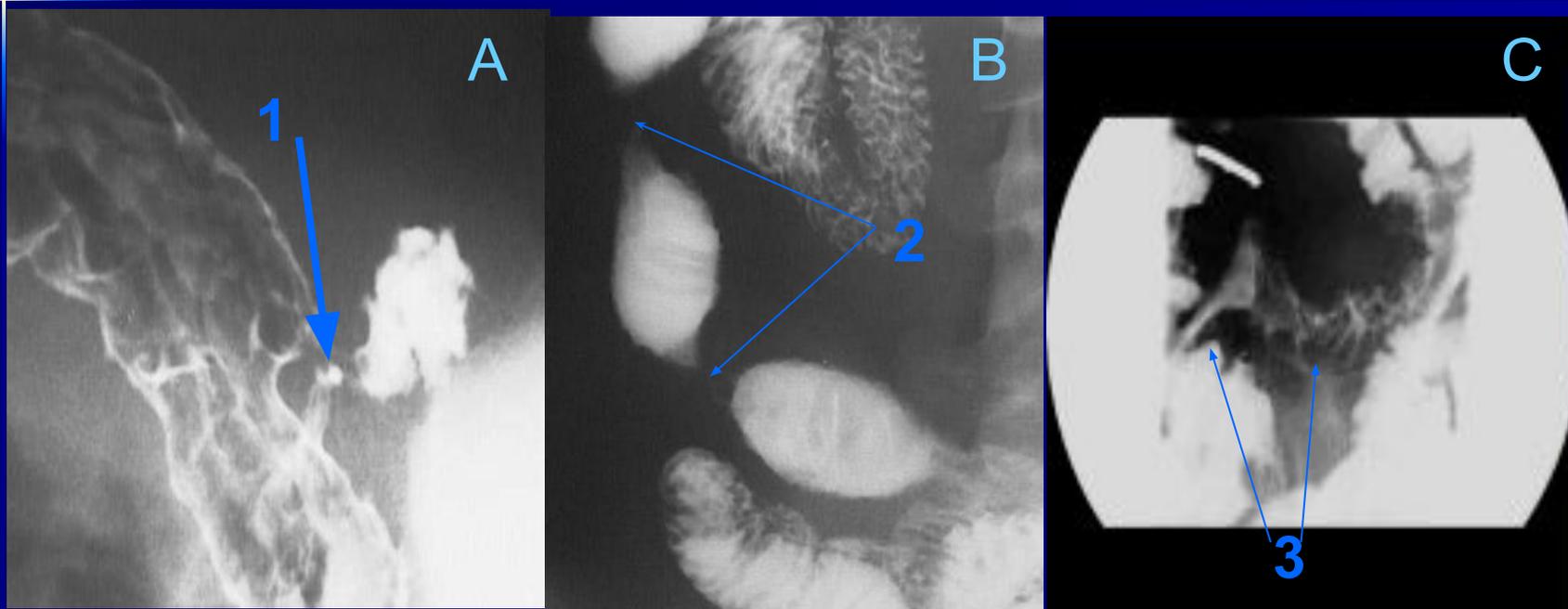


•Ирригоскопия при БК

- Чаще терминальный илеит с утолщением и уплощением складок слизистой («булыжная мостовая»)
- Фрагментарное поражение
- Изъязвление слизистой (афты)
- Стенки кишки ригидные
- Брыжейка ассиметричная, сморщенная
- Может быть сужение просвета кишки («симптом шнура»)
- Присоединение мегаколон
 - увеличение просвета толстой кишки до 8-14 см
 - истончение стенок
 - исчезновение гаустрации)

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



А. 1-межкишечная фистула при трансмуральном повреждении стенки

В. 2- стриктуры в дистальной части подвздошной кишки

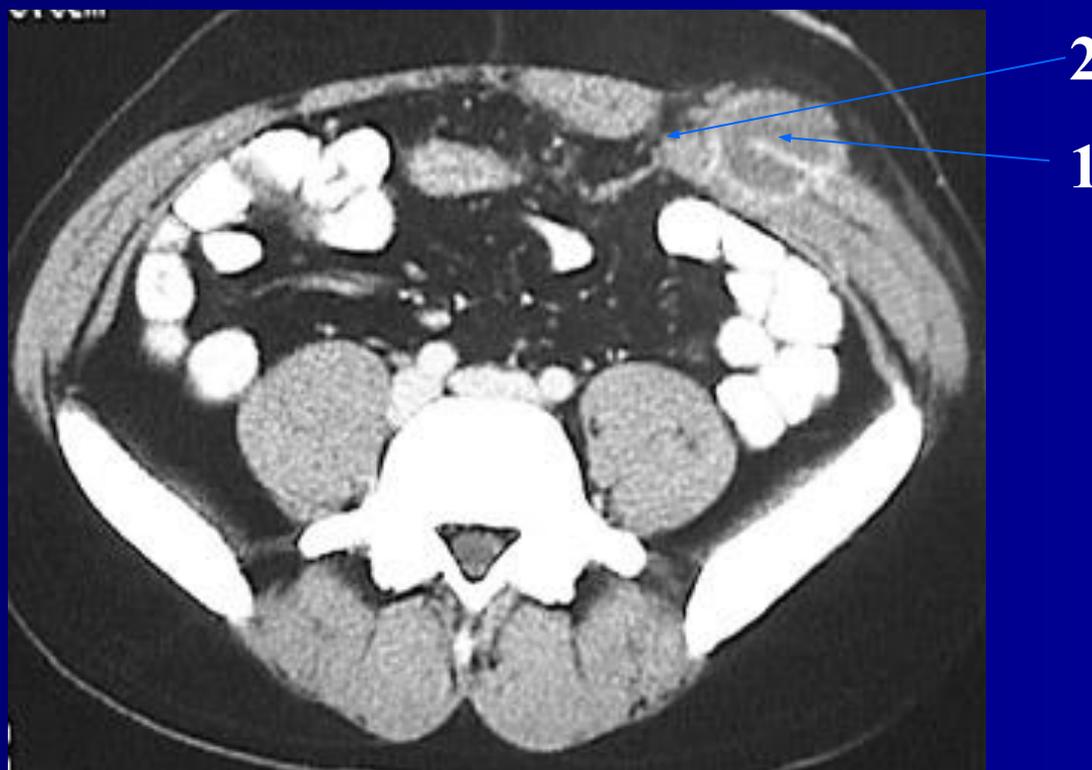
С. 3 – сужение и деформация дистальной части подвздошной кишки, изменение естественного рисунка ее слизистой оболочки

<http://medstat.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> (A, B)

www.medscape.com/CME/Circle/Gastroenterology/2001/CME06/public/toc-CME06.htm (C)

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

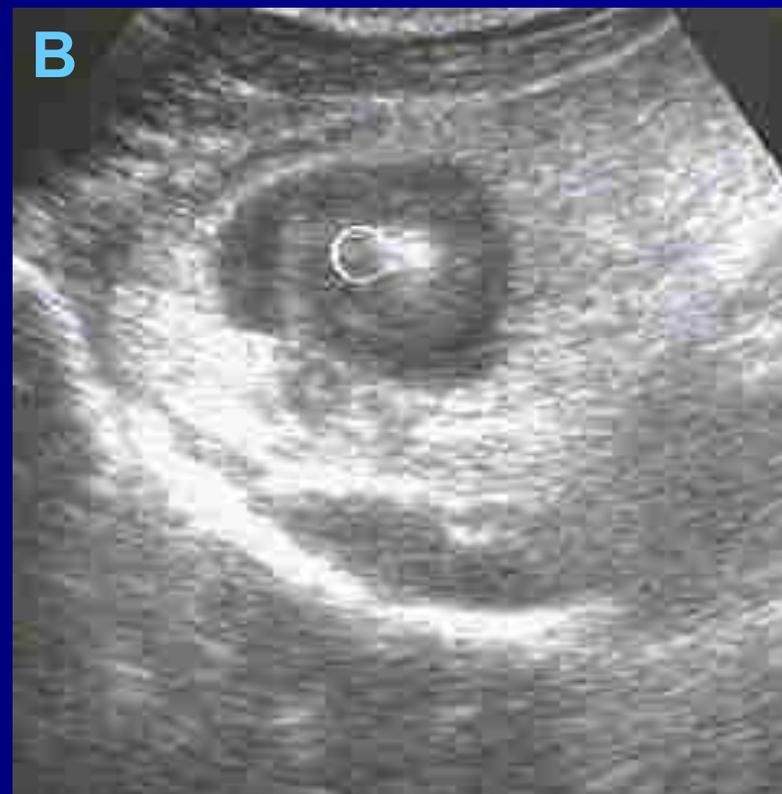
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ



Образование абсцесса(1) рядом с колостомой (2), выполненной пациенту с тяжелым течением заболевания

БОЛЕЗНЬ КРОНА ДИАГНОСТИКА

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



- A. Чрезэндоскопический доступ: 1- абсцесс при осложнении болезни Крона
B. Трансабдоминальный доступ: утолщение пораженной части кишки

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

НЯК

Хронический энтерит

Глутеновая энтеропатия

Псевдомембранозный
энтероколит

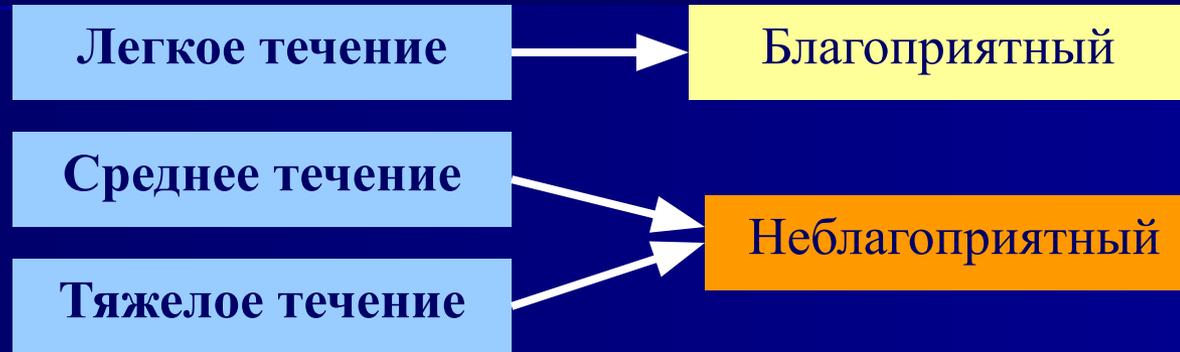
Туберкулезное поражение

Болезнь Уиппла

Карциноидный синдром

Опухоли тонкой кишки

ПРОГНОЗ



- **Трудоспособность** в период обострения временно нарушается, при прогрессировании заболевания и развитии осложнений - стойко утрачивается
- **Смертность** низкая
- В 30% случаев спонтанная ремиссия без лечения. Пациенты в ремиссии могут ожидать продолжительности ремиссии в два года в 50% случаев.
- 60% пациентов нуждаются в хирургическом лечении в течение 10 лет после постановки диагноза.
- Среди пациентов, подвергнувшихся оперативному лечению (резекции), 45% вновь будут нуждаться в операции.

ПРОФИЛАКТИКА

ПЕРВИЧНАЯ



- Устранение действия факторов риска

ВТОРИЧНАЯ



- Профилактика рецидивов, осложнений и развития заболеваний других органов и систем

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ
ЯЗВЕННЫЙ
КОЛИТ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Неспецифический язвенный колит (НЯК)
(язвенный колит, геморрагический ректоколит)
- хроническое заболевание, характеризующееся диффузным воспалением слизистой оболочки, которое начинается с прямой кишки и распространяется в виде непрерывных повреждений проксимально, симметрично и циркулярно на часть или всю толстую кишку

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- В работе Авиценны есть описание кровавой диареи, сопровождавшейся образованием язв толстой кишки
- В 1859 г. английский врач Wilks в статье «Патологическое состояние кишок мисс Бенкс» описал морфологические признаки острого язвенного колита
- В 1875 г. Wilks и Махон привели классическое описание болезни
- 1913 г. А.С. Козаченко ввел термин НЯК

КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ 10

- K51 Язвенный колит
- K51.0 Язвенный (хронический) энтероколит
- K51.1 Язвенный (хронический) илеоколит
- K51.2 Язвенный (хронический) проктит
- K51.3 Язвенный (хронический) ректосигмоидит
- K51.4 Псевдополипоз ободочной кишки
- K51.5 Слизистый парапроктит
- K51.8 Другой язвенный колит
- K51.9 Язвенный колит неуточненный. Язвенный энтерит
- K52- Другие неинфекционные энтериты и колиты

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наибольшая частота встречаемости (40-120 больных на 100 000 жителей) в Европе и Северной Америке

В России 20 больных на 100 000 населения

1% всех жителей европейских стран и Северной Америки могут в течение жизни заболеть НЯК

Наиболее часто болеют лица в возрасте 20-40 лет. Начало заболевания в возрасте до 15 лет отмечено только у 15% больных

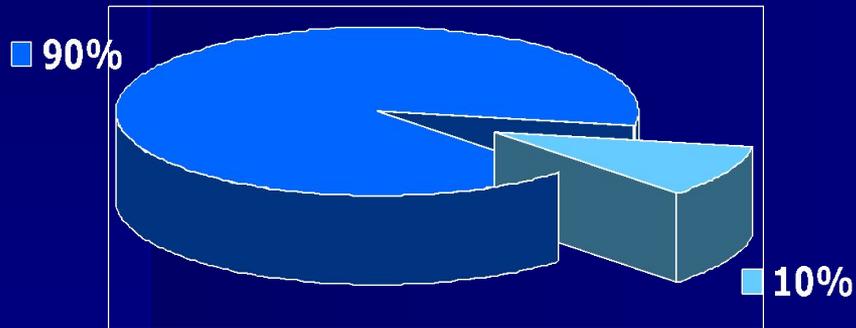
Возникновение НЯК после 40 лет не характерно

Женщины болеют в 1,5 раза чаще мужчин, смертность выше в 2 раза

У родственников больных НЯК первой степени родства риск его развития в 10 раз выше, чем у всего населения

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота встречаемости НЯК у детей



■ НЯК ■ ДРУГИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

СТРАНА	ЧИСЛО СЛУЧАЕВ НА 10000 СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ
ШВЕЙЦАРИЯ	5,8
ФИНЛЯНДИЯ	7,0
ЧЕХОСЛОВАКИЯ	7,0
ДАНИЯ	7,8
БЕЛЬГИЯ	10,8
АНГЛИЯ	14,8

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Дисбактериоз
- Кишечная инфекция
 - сальмонелез
 - дизентерия
 - Коли-инфекция
- Микобактерии
- Вирус кори
- Хламидии
- Грибы рода *Candida*
- Больные НЯК в детстве чаще страдали респираторными инфекциями и гастроэнтеритами и чаще принимали антибиотики. Однако значение антибиотиков в патогенезе НЯК не доказано.

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Увеличение ИЛ-10, ИЛ-12, ФНО-а
- Увеличение местной выработки антител

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Энергетическая недостаточность в клетках слизистой оболочки толстого кишечника

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Полигенный характер наследования с неполной пенетрантностью
- HLA DR2
- Определенные локусы хромосом 2 и 6 (в меньшей степени 3, 7, 12 и 16)

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Однообразное (углеводы или белки) питание
- Гиповитаминоз
- Длительное употребление грубой трудно перевариваемой или очень острой пищи
- Нарушение акта жевания, режима питания и т. п.

ЭТИОЛОГИЯ

ГИПОТЕЗЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЯК

ИНФЕКЦИОННАЯ

ИММУННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ

НЕВРОГЕННАЯ

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ

АЛИМЕНТАРНАЯ

ХИМИЧЕСКИЕ И
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Хроническая интоксикация соединениями
 - ртути
 - свинца
 - фосфора
 - мышьяка и т. д.
- Радиационное воздействие

ФАКТОРЫ РИСКА

КУРЕНИЕ

СТРЕСС

ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ

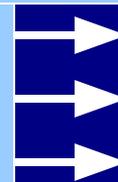
ИНТЕРКУРЕНТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ
ЖКТ, В Т.Ч. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ (СРК)

НАРУШЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

ПЕРЕНЕСЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ
(СКАРЛАТИНА, ОСПА)

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ УРЕМИИ,
ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДР.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ И БЕСКОНТРОЛЬНЫЙ
ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ:



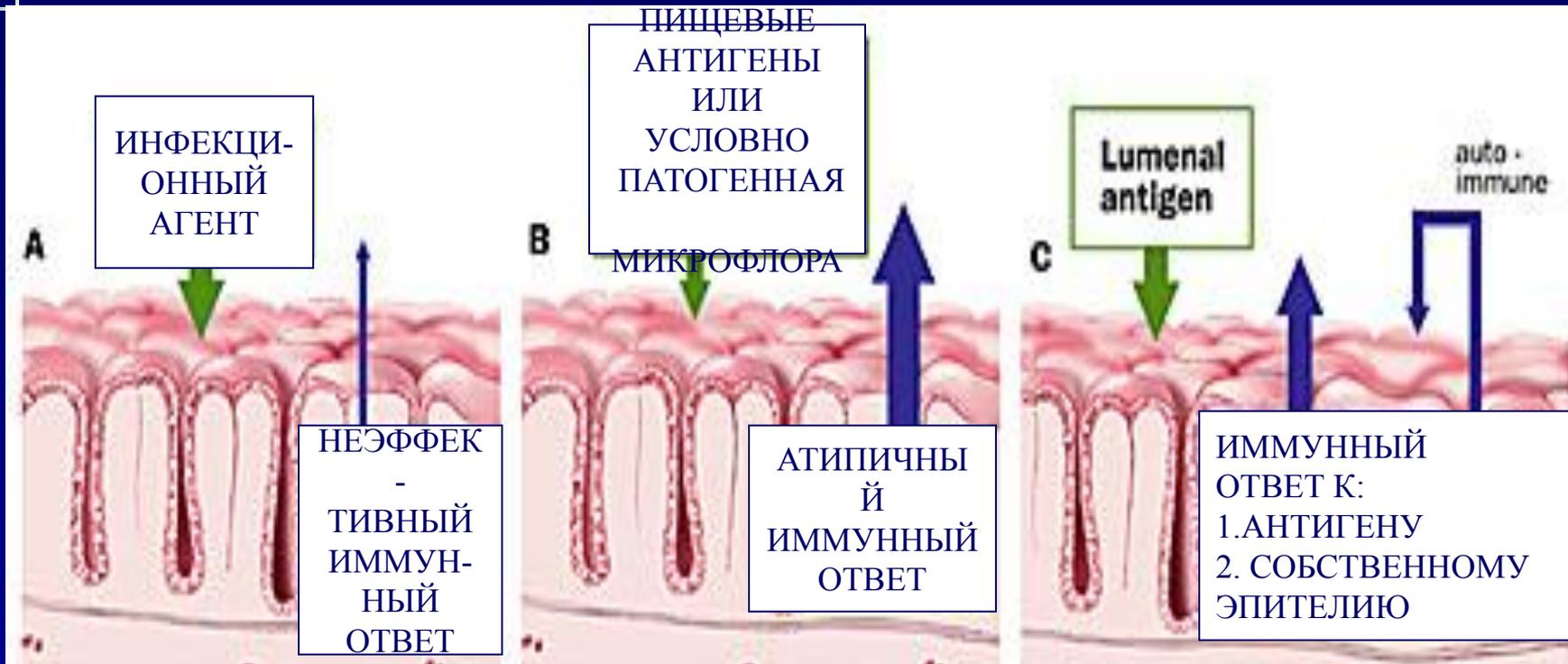
СЛАБИТЕЛЬНЫЕ

АНТИБИОТИКИ

САЛИЦИЛАТЫ

ПАТОГЕНЕЗ

МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ



- В повреждениях участвуют Т-лимфоциты, антитела и комплемент, свободные кислородные радикалы и протеазы, изменение процессов апоптоза.
- Важную роль играют также различные цитокины, такие, как эпидермальный фактор роста, интерлейкины (IL-1, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-13, IL-15, IL-17, IL-18, IL-22, IL-23, IL-25, IL-27, IL-31, IL-32, IL-33, IL-34, IL-35, IL-36, IL-37, IL-38, IL-39, IL-40, IL-41, IL-42, IL-43, IL-44, IL-45, IL-46, IL-47, IL-48, IL-49, IL-50, IL-51, IL-52, IL-53, IL-54, IL-55, IL-56, IL-57, IL-58, IL-59, IL-60, IL-61, IL-62, IL-63, IL-64, IL-65, IL-66, IL-67, IL-68, IL-69, IL-70, IL-71, IL-72, IL-73, IL-74, IL-75, IL-76, IL-77, IL-78, IL-79, IL-80, IL-81, IL-82, IL-83, IL-84, IL-85, IL-86, IL-87, IL-88, IL-89, IL-90, IL-91, IL-92, IL-93, IL-94, IL-95, IL-96, IL-97, IL-98, IL-99, IL-100) и интерферон (IFN), в частности IL-1b, IL-2, IL-4, IL-15, IFN-g, а также нейропептиды, молекулы адгезии и внутриклеточного сигнала.

ПАТОГЕНЕЗ

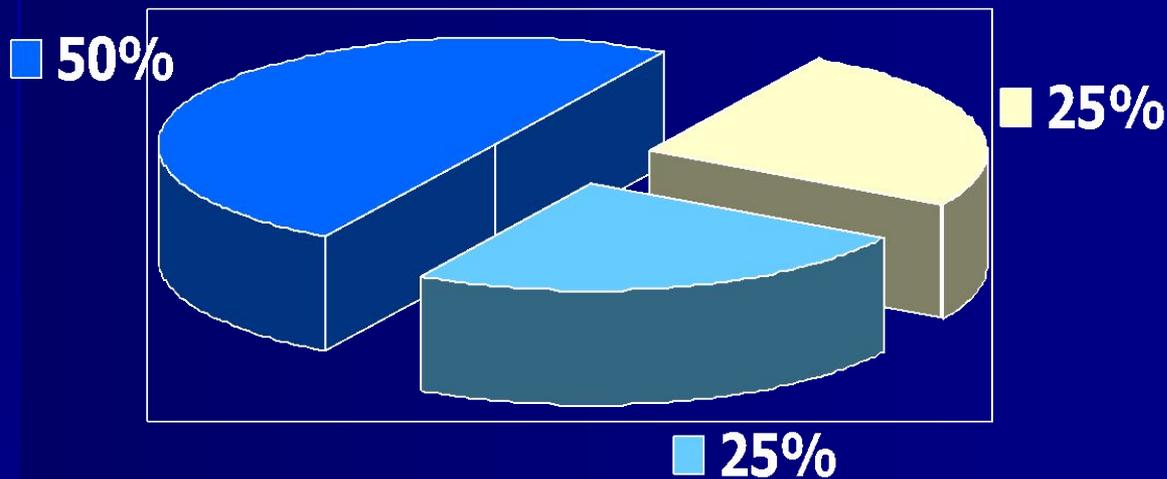
Увеличение провоспалительных цитокинов: ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8

- Увеличение ИЛ-10, ИЛ-12, ФНО-а

- Стимуляция пролиферации ГМК и изменение их сократительной способности

- Гиперкинетический или гипокинетический тип моторики

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

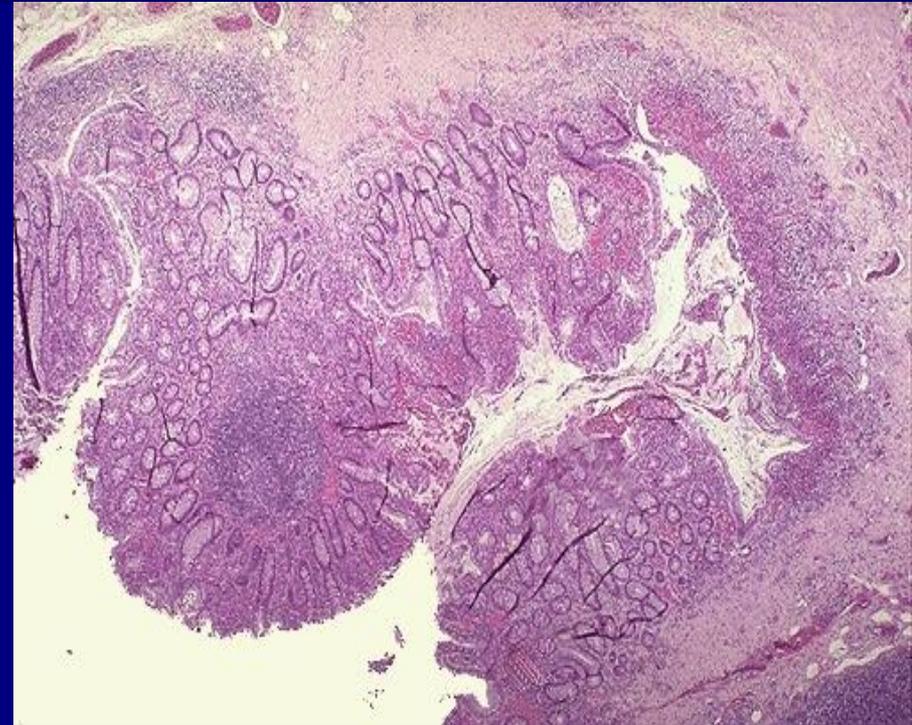


- Поражение прямой кишки
- Поражение левого отдела толстой кишки
- Поражение всей толстой кишки (панколит)

- От прямой кишки до селезеночного угла
- Диффузный характер поражения
- Выраженные отеки и полнокровие слизистой оболочки
- Сглаженность складок
- Полиморфные неправильной формы трансмуральные сливающиеся язвы

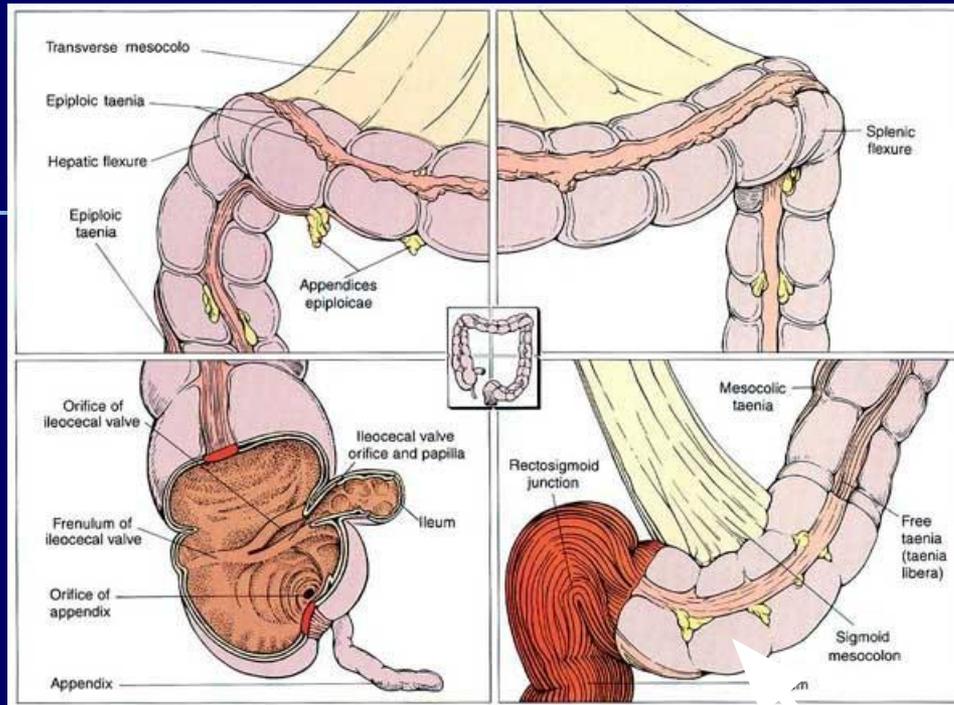
МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- Участок эрозиванной слизистой оболочки толстой кишки предварающий развитие язвенного повреждения
- Язвы неправильной формы различных размеров
- Язвы могут проникать в мышечный и серозный слой
- Псевдополипы (остатки сохранившейся слизистой оболочки или участки ее гиперплазии, или полиповидные разрастания грануляционной ткани)
- В период ремиссии восстановление слизистой оболочки, но сохранение ее атрофии, деформации крипт, неравномерное утолщение собственной пластинки



Микроскопия: участок эрозиванной слизистой оболочки толстой кишки предварающий развитие язвенного повреждения

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ



Дистальный колит
(от прямой кишки до
селезеночного угла)

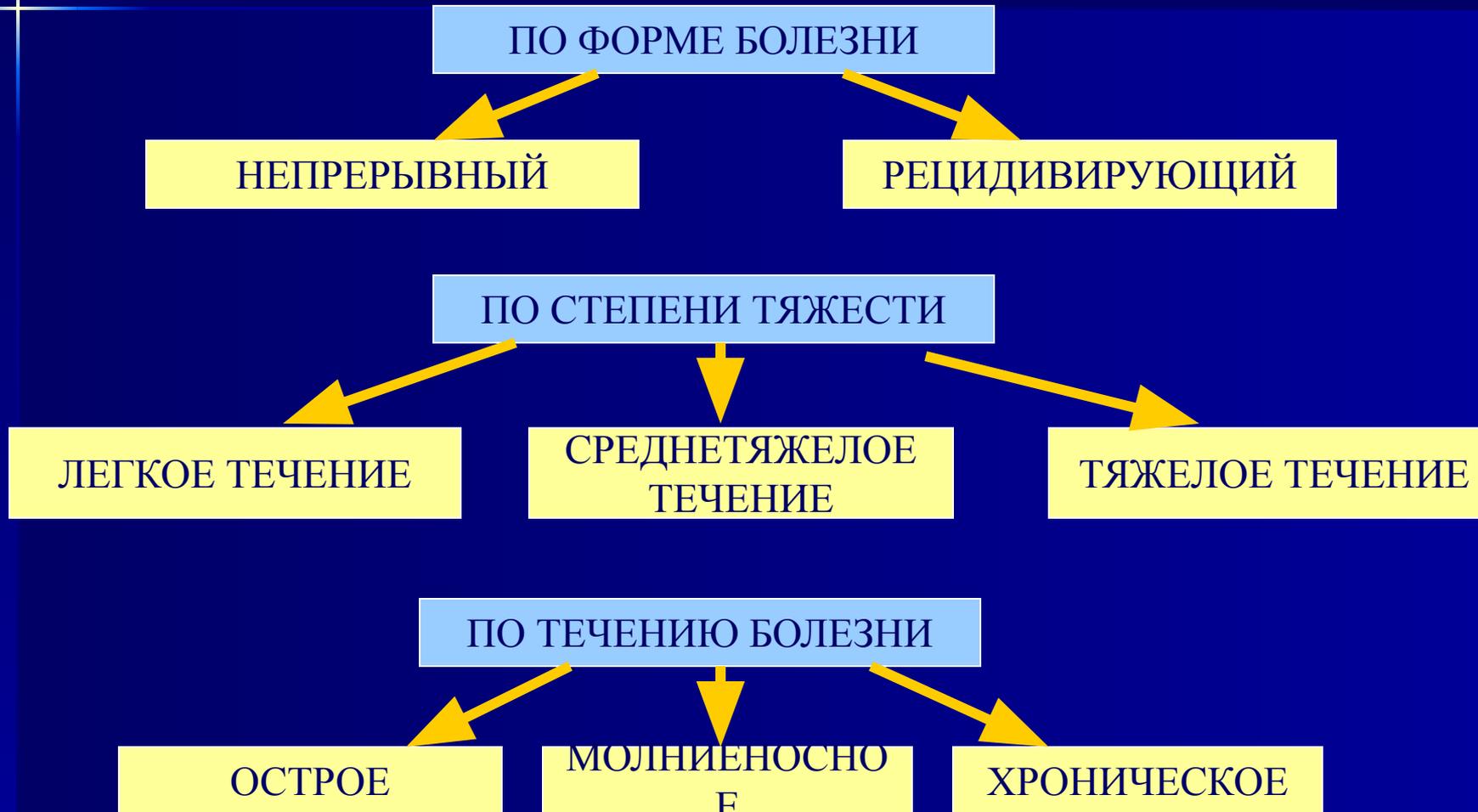
www.gastroatlas.com

<http://medstat.med.utah.edu/WebPath/webpath.html>

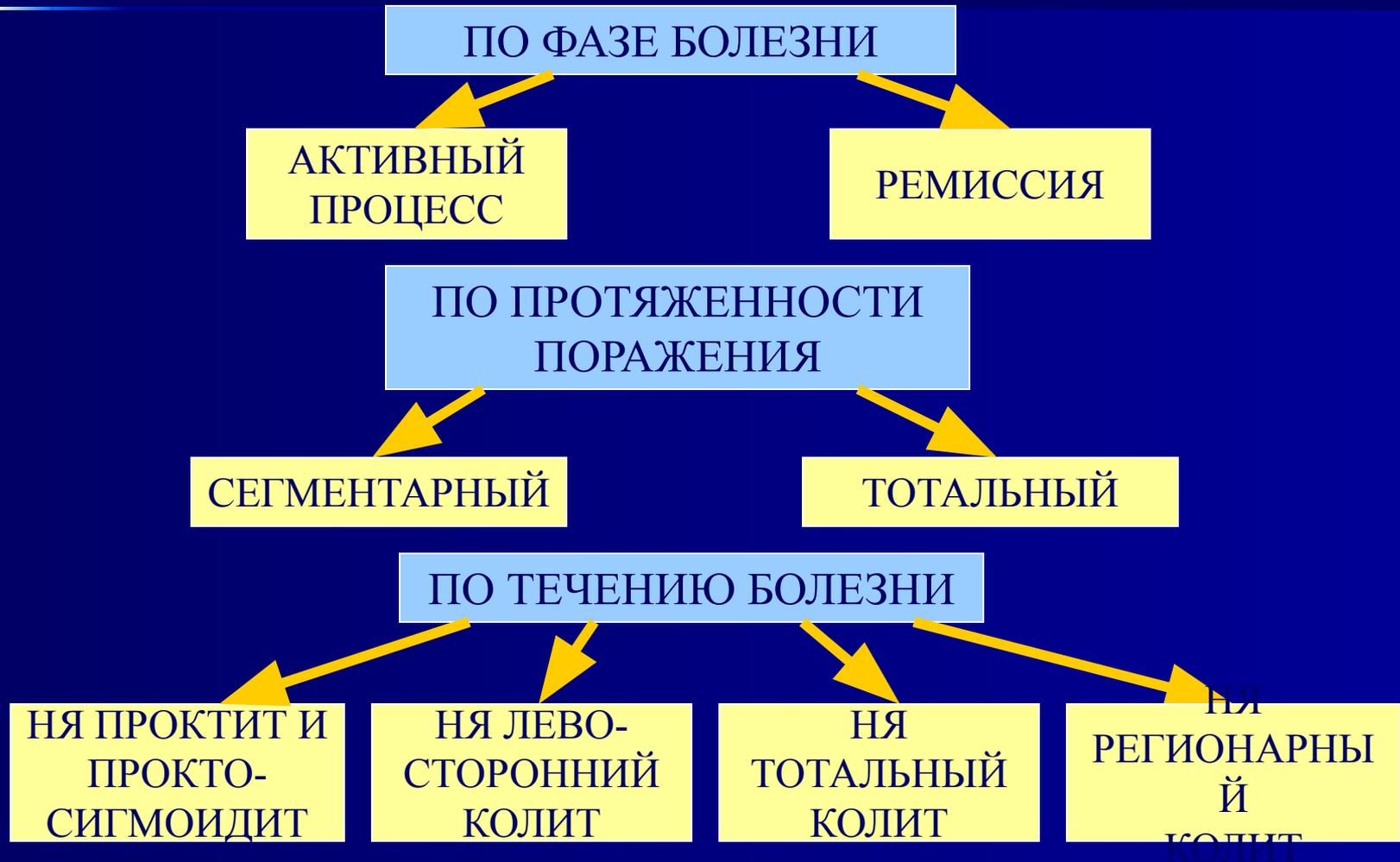
Колоноскопия (легкое течение заболевания): слабо выраженные, преимущественно эрозивные повреждения слизистой оболочки толстой кишки



КЛАССИФИКАЦИЯ



КЛАССИФИКАЦИЯ



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- **Гематокезия** или выделение крови при дефекации (симптом кровавой росы) (от прожилок на поверхности кала до ректального кровотечения)*
- **Нарушение моторики толстой кишки**
 - **Диарея, преимущественно ночью** (3 - 20 и более раз в сутки)**. С увеличением частоты стула испражнения теряют каловый характер
 - **Запоры** (при проктитах и проктосигмоидитах)
- **Тенезмы** (болезненные позывы к дефекации или ложная диарея с выделением водянистого стула, состоящего из слизи, крови и гноя)
- **Боль** (часто, но необязательно) в гипогастрии или левой подвздошной области, приступообразная, усиливающаяся перед дефекацией, уменьшающаяся или исчезающая после нее

* возможно массивное кровотечение с развитием коллапса

** при панколите диарея обусловлена обширным поражением слизистой со снижением абсорбции воды и солей; при сегментарном - усилением перистальтики вследствие раздражения слизистой

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

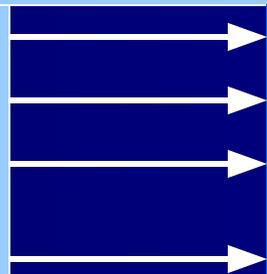
КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	<ul style="list-style-type: none">● Узловатая эритема● Гангренозная пиодермия● Усиление сосудистого рисунка и др.
ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ	<ul style="list-style-type: none">● Мигрирующий поли- или моноартрит крупных суставов● Сакроилеит● Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)
ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ	<ul style="list-style-type: none">● Конъюнктивит● Кератит● Увеит
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖВП	<ul style="list-style-type: none">● Первичный склерозирующий холангит● Хронический активный гепатит и др.
ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ	<ul style="list-style-type: none">● Анемия

ЛИХОРАДКА
СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА
АМЕНОРЕЯ
ОТЕКИ

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ПЕРФОРАЦИЯ
- КРОВОТЕЧЕНИЕ
- ОСТРЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН
- АДЕНОКАРЦИНОМА ТОЛСТОЙ КИШКИ
- ТОКСИЧЕСКИЙ МЕГАКОЛОН
- СТРИКТУРЫ ПРЯМОЙ ИЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
- ПРОФУЗНОЕ КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

● ПЕРИАНАЛЬНЫЕ
ОСЛОЖНЕНИЯ



ПАРАПРОКТИТЫ

ТРЕЩИНЫ

ПЕРИАНАЛЬНЫЕ
РАЗДРАЖЕНИЯ КОЖИ

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ

<p>ЛЕГКОЕ</p>	<p>Изолированный проктит, реже проктосигмоидит: боль необязательна, чаще в нижней части живота, кратковременная, слабая («ощущение кишечника»), частота дефекаций 2-4 раз в сутки, стул оформленный, в кале периодически слизь или кровь, возможны запоры; пальпаторно - непостоянная болезненность, уплотнение сигмовидной кишки; редкие слабо выраженные обострения в течение многих лет</p>
<p>СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОЕ</p>	<p>Диарея до 8 раз в сутки, интенсивная приступообразная боль в животе, гипертермия ($\leq 38^{\circ} \text{C}$), В кале практически постоянно слизь, гной, кровь, Внекишечные проявления; в большинстве случаев консервативная терапия обеспечивает ремиссию¹</p>
<p>ТЯЖЕЛОЕ</p>	<p>Боль, кровь, гной в кале, диарея более 8 раз в сутки Внекишечные проявления; Высокая вероятность развития осложнений Консервативная терапия, как правило, не эффективна, В большинстве случаев требуется оперативное лечение</p>

ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

- ❖ Анемия (степень зависит от тяжести процесса)
- ❖ Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до метамиелоцитов и миелоцитов
- ❖ Повышение числа плазмочитов и эозинофилов
- ❖ Увеличение количества тромбоцитов
- ❖ Увеличение СОЭ

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ

- ❖ Увеличение содержания ИЛ-10, ИЛ-12, ФНО-а, которые стимулируют пролиферацию гладкомышечных клеток и изменяют их сократительную способность

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

- ❖ Диспротеинемия (снижение содержания альбуминов, общего белка, и повышение уровней острофазовых белков, α_1 -; α_2 -; β -глобулинов)
- ❖ Гипериммуноглобулинемия (Ig A, M, G)
- ❖ Электролитные нарушения (снижение содержания калия и кальция, железа)
- ❖ Дефицит сывороточного железа
- ❖ Гипертрансфераземия

ДИАГНОСТИКА

КОПРОГРАММА

- ❖ В кале слизь, кровь (макро- или микроскопически)
- ❖ Лейкоциты
- ❖ Непереваренные частицы пищи

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА

- ❖ Признаки дисбактериоза кишечника
 - ✓ снижение общего числа кишечной палочки
 - ✓ полное или частичное отсутствие бифидофлоры

ДИАГНОСТИКА

ЭНДОСКОПИЯ

(РЕКТО- ИЛИ КОЛОНОСКОПИЯ)*

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ НЯК

Латентная	Изменен или отсутствует сосудистый рисунок слизистого слоя, зернистость
Минимальная я активность	Очаговая или диффузная эритема Ранимость слизистой (контактная кровоточивость)
Умеренная активность	Слизисто-гнойный экссудат Одиночные или множественные небольшие (<5 мм) язвы, до пяти штук на 10-сантиметровый сегмент кишки
Тяжелый колит	Множественные язвы (>5 мм), количеством более пяти на 10-сантиметровый сегмент кишки Спонтанные кровотечения

*При выраженном обострении нежелательна из-за большого риска перфорации кишки

ДИАГНОСТИКА **ЭНДОСКОПИЯ** (РЕКТО- ИЛИ КОЛОНОСКОПИЯ)*

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ

Легкое	Тусклая отечная слизистая с густыми белесоватыми наложениями на стенках кишки Умеренная контактная кровоточивость с отсутствием сосудистого рисунка подслизистого слоя
Средне-тяжелое	Гиперемия и отек слизистой Выраженная контактная кровоточивость Геморрагии, эрозии и язвы неправильной формы Густые фиброзные наложения на стенках кишки
Тяжелое	Зернистая кровоточащая слизистая Обширные зоны изъязвления с фиброзными наложениями Псевдополипы, кровь и гной в просвете кишки

*При выраженном обострении нежелательна из-за большого риска перфорации кишки

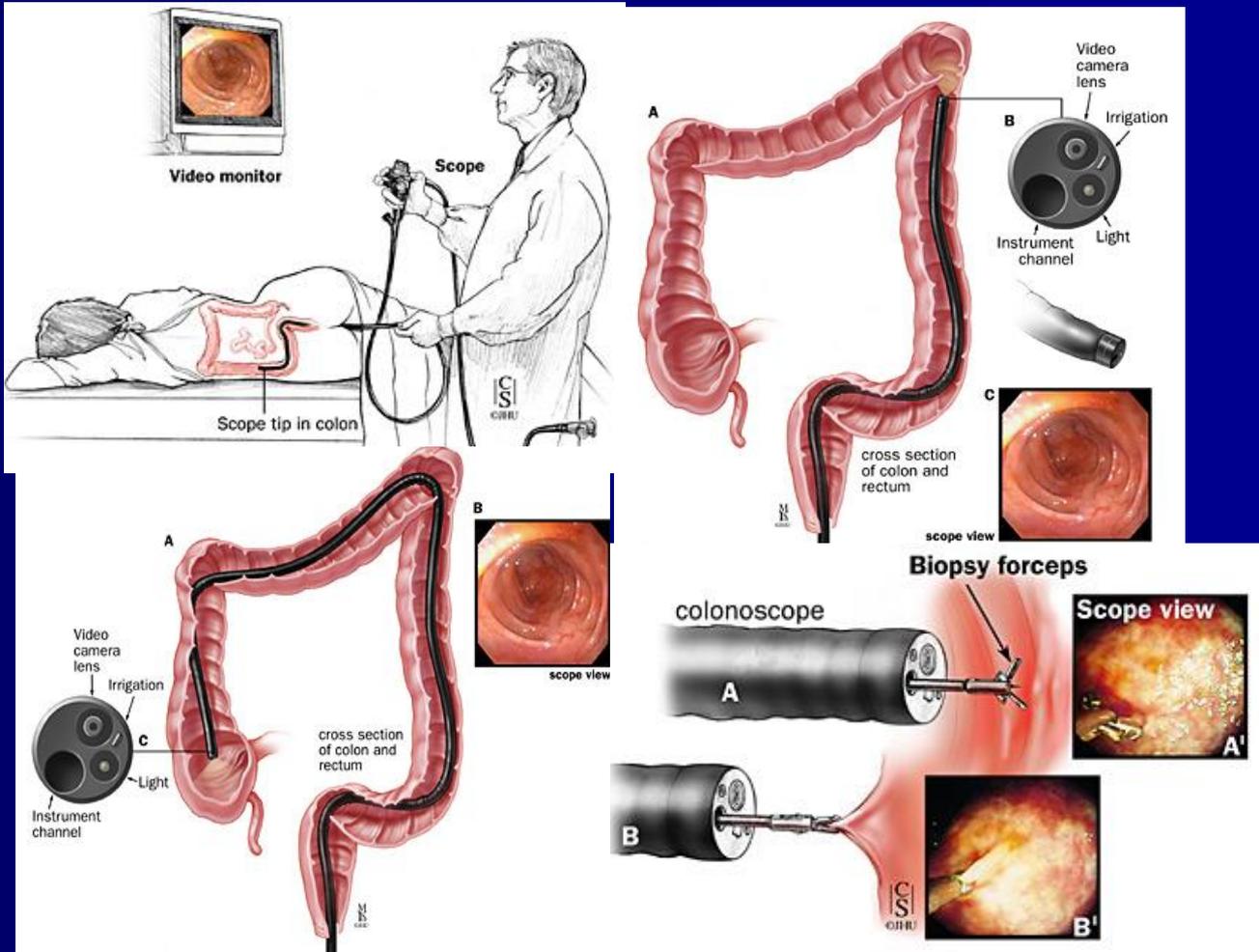
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

ДИАГНОСТИКА

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭНДОСКОПИЯ

(РЕКТО- ИЛИ КОЛОНОСКОПИЯ)



НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

ДИАГНОСТИКА

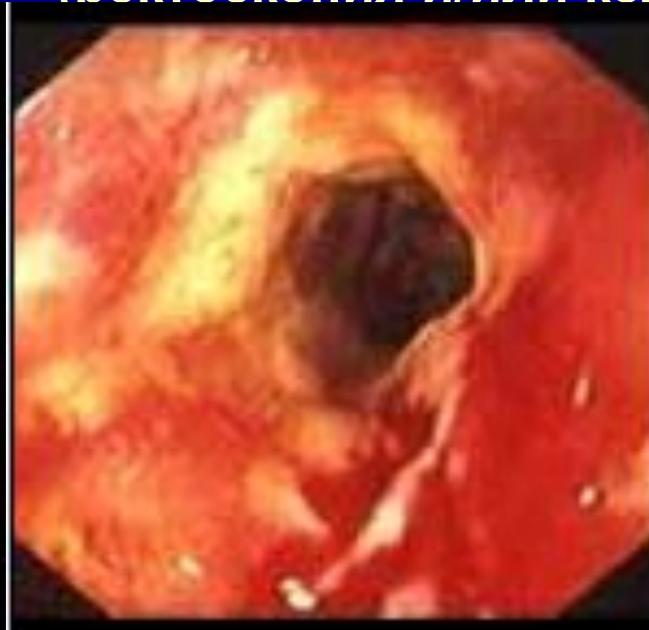
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭНДОСКОПИЯ

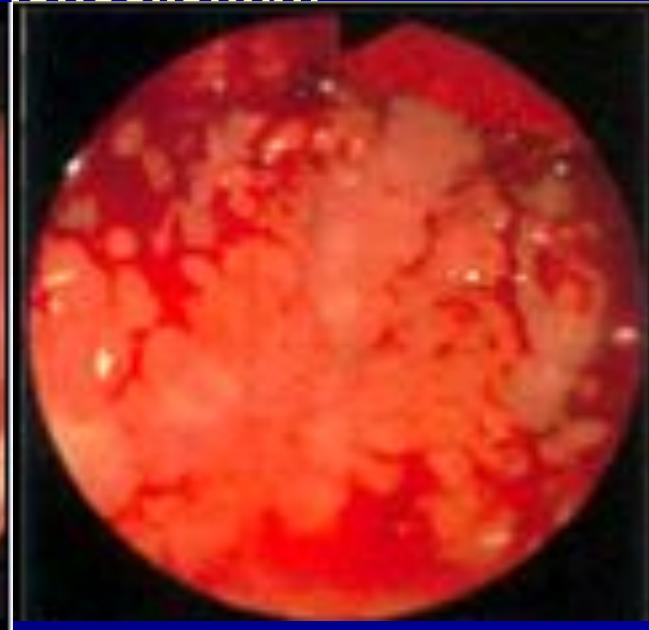
(ректоскопия и/или колоноскопия)



❖ Нормальная
слизистая
кишечника



❖ Неспецифический язвенный
колит



❖ Неспецифический язвенный
колит, глубокие язвы,
обнажающие поверхность
подслизистого слоя

ДИАГНОСТИКА

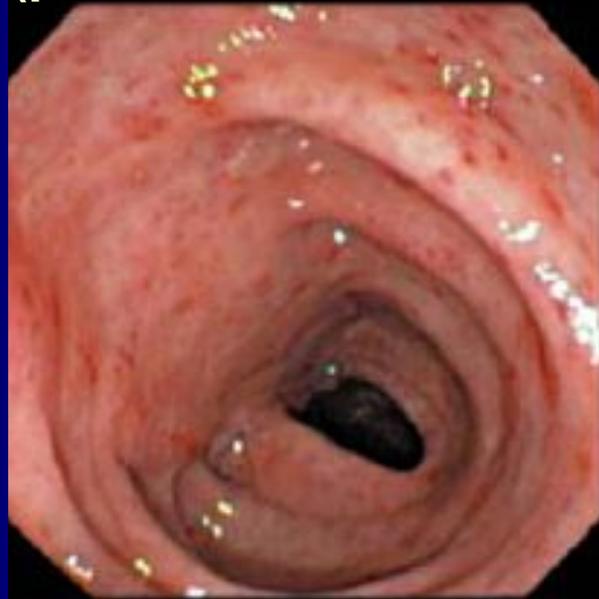
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭНДОСКОПИЯ

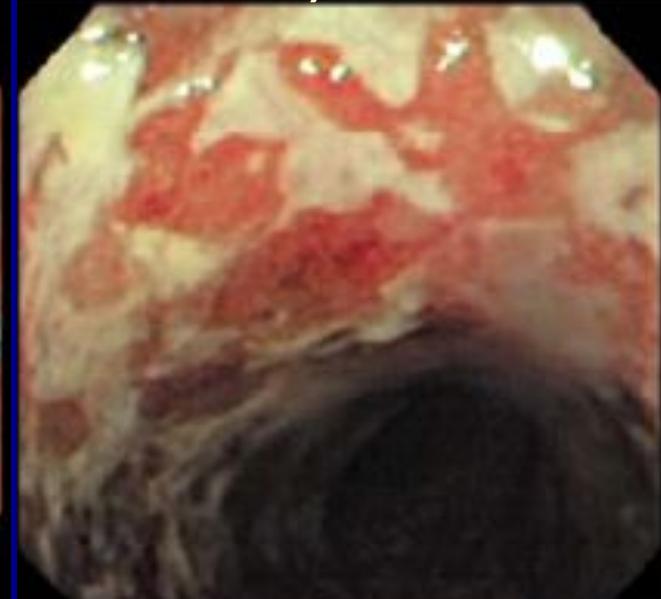
(ректоскопия и/или колоноскопия)



- ❖ Псевдомембранозный колит. Очаговые фибриновые наслоения



- ❖ НЯК: эритематозная отекшая слизистая без видимых сосудов с выраженной контактной кровоточивостью или спонтанными кровотечениями



- ❖ НЯК: те же изменения, гнойный экссудат

ДИАГНОСТИКА

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭНДОСКОПИЯ

(ректоскопия и/или колоноскопия)



❖НЯК: мелкие и крупные язвы



❖НЯК: потеря кишкой гаустрации с сужением просвета («тубуляризация»), возникающая вследствие гипертрофии собственно мышечного слоя



❖НЯК: отек межгаустральных складок с их утолщением и притуплением, особенно выражен в поперечно-ободочной кишке

ДИАГНОСТИКА РЕНТГЕНОГРАФИЯ

❖ Обзорная рентгенография

- ❖ укорочение и отсутствие гаустрации толстой кишки
- ❖ изменение естественного рельефа ее слизистой оболочки
- ❖ при развитии осложнений – **мегаколон** или **свободный газ под правым куполом диафрагмы**

❖ Ирригоскопия (ирригография)* с двойным контрастированием

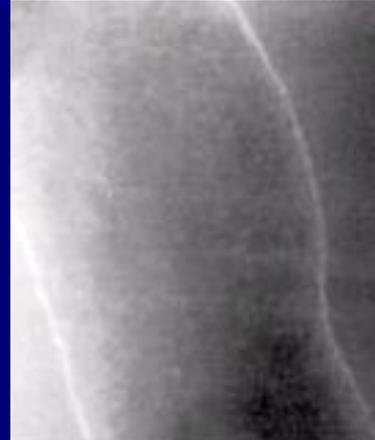
- ❖ язвы и псевдополипы толстой кишки
- ❖ при развитии терминального рефлюкс-илеита этот отдел приобретает **внешний вид толстой кишки**

*Особенности подготовки: за 2 дня до исследования пациент переходит на прием жидкой пищи; если стул у пациента до 4 раз в сутки, то достаточно двух (вечером и утром) очистительных клизм, если же количество дефекаций от 4 до 8-10 раз - достаточно одной очистительной клизмы утром; при более частой дефекации подготовку вовсе не проводят

ДИАГНОСТИКА РЕНТГЕНОГРАФИЯ



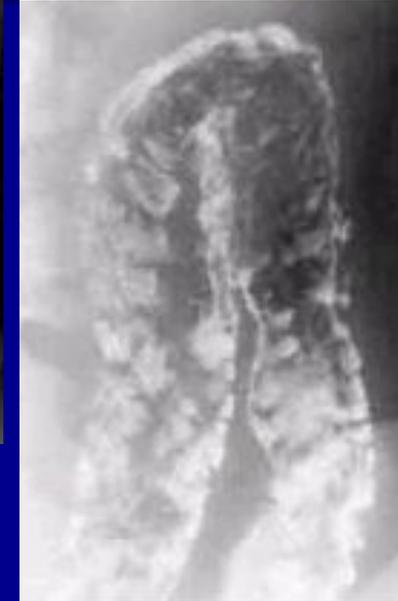
- ❖ НЯК, начальная стадия, потеря тонуса и гаустрации кишки



- ❖ НЯК, нарушение захвата изотопа бария



- ❖ НЯК Атоничные участки кишки со сморщенным просветом, без гаустрации и слизистой оболочки



- ❖ НЯК, язвы, наполнены контрастным веществом

ДИАГНОСТИКА РЕНТГЕНОГРАФИЯ

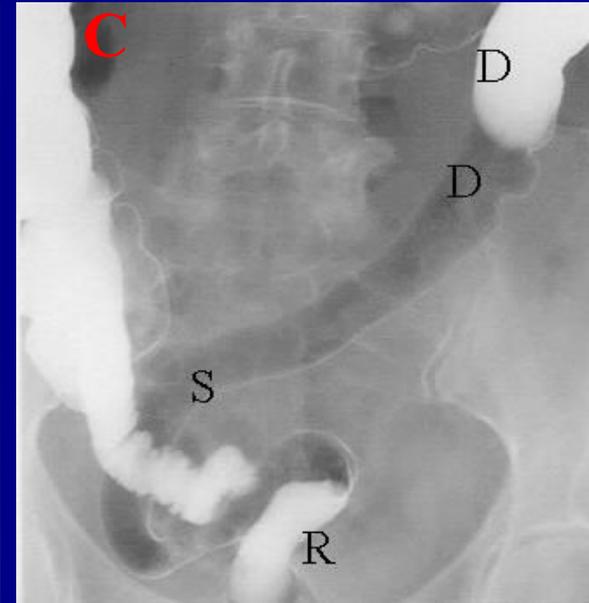
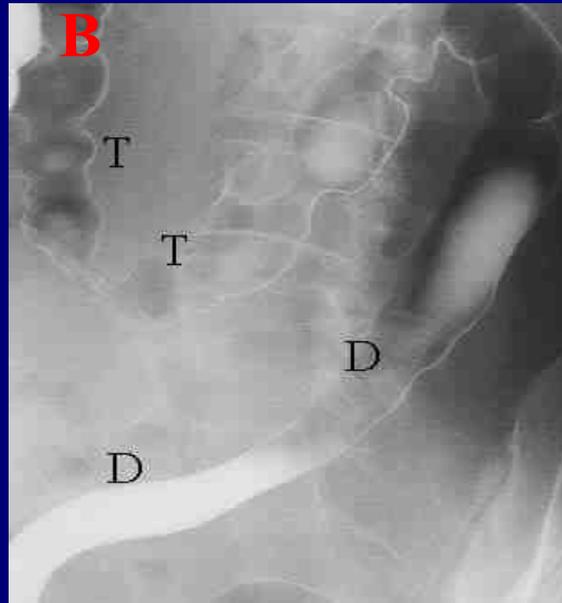


- ❖ 1. НЯК: стенка кишки имеет нарастающий мелко- или грубоволокнистый контур
- ❖ 2, 3. Осложнение: Токсический мегаколон
- ❖ 4. НЯК: Псевдополипы - множественные, различной величины, округлые (редко - извитые) дефекты наполнения.

ДИАГНОСТИКА

РЕНТГЕНОГРАФИЯ

ИРРИГОГРАФИЯ



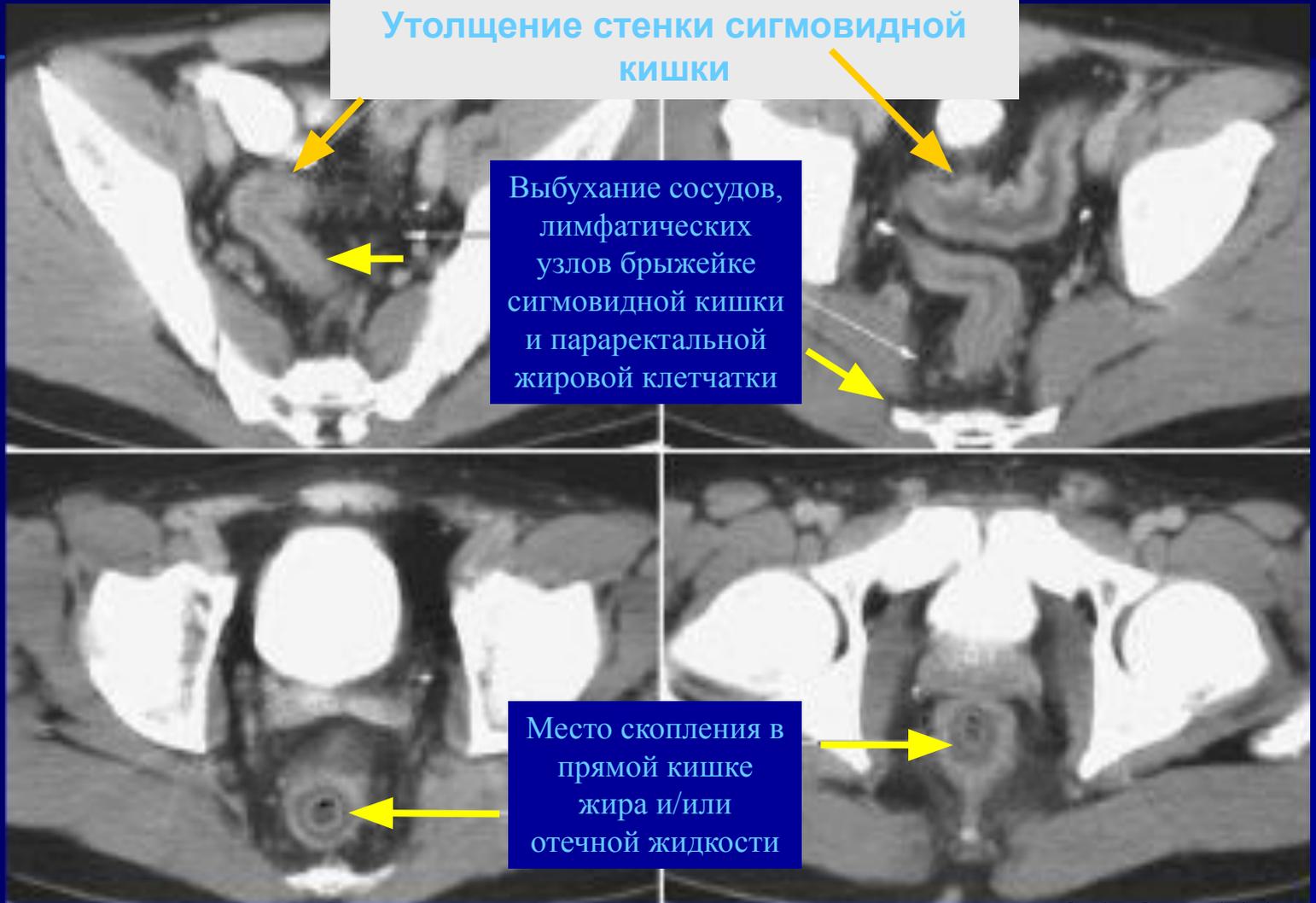
A. Сужение и отсутствие гаустраций сигмовидной кишки у пациента с 30 летнем стажем заболевания

B. Сужение и отсутствие гаустраций нисходящего отдела (**D**) толстой кишки при их сохранении в поперечно-ободочной (**T**)

C. Сужение и отсутствие гаустраций в прямой (**R**), сигмовидной (**S**) и нисходящем отделе (**D**) толстой кишки у пациента с 10-летним стажем заболевания. Вследствие этого невозможна эндоскопия.

Учитывая быстрое прогрессирования показана профилактическая колонэктомия (**угроза аденокарциномы!**)

ДИАГНОСТИКА КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

БК

ГЛУТЕНОВАЯ
ЭНТЕРОПАТИЯ

ИНФЕКЦИОННЫЙ ИЛИ
ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ

ТУБЕРКУЛЕЗ КИШЕЧНИКА

ПОЛИПОЗ

ДИВЕРТИКУЛЕЗ

ОПУХОЛИ
ТОЛСТОЙ КИШКИ

Воспалительные заболевания кишечника

ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ДИЕТА

(индивидуальна, так как продукты, провоцирующие обострение, широко варьируют)

Ограничение физических нагрузок.

Избежание переохлаждения

Избежание инфекционных заболеваний

Избежание переутомления

Избежание психических стрессов

❖ Рекомендуется исключение продуктов:

- ✓ раздражающие слизистую оболочку (кислое, горькое, пряное, грубая растительная клетчатка(сырые овощи и фрукты, ржаной хлеб, чернослив, орехи, изюм)
- ✓ консерванты
- ✓ изделия из сдобного теста
- ✓ пряности
- ✓ цельное молоко, мороженное
- ✓ жилистое мясо, животный жир
- ✓ бобовые
- ✓ пива, кваса, спиртных и газированных напитков

❖ Добавление в пищу кишечнорастворимых омега 3 жирных кислот (2,7гр в сутки в течение года), так как они обладают антиоксидантной активностью и противовоспалительными эффектами: уменьшают продукцию лейкотриена В4 и тромбксана А2, ингибируют воспалительные цитокины (α -ФНО, интерлейкин 1)

Воспалительные заболевания кишечника

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

- Профилактика вторичной инфекции
- Коррекция процессов пищеварения
 - пищеварительные ферменты или дигестивы (фестал, дигестал, мезим-форте)
- Коррекция водно-электролитных нарушений
- Антигистаминные препараты
- Антидиарейные
- Седативные препараты
- Психотерапия

Воспалительные заболевания кишечника

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ СУЛЬФОПРЕПАРАТЫ

- Сульфасалазин 0,5-1 г 3-4 раза в день с постепенным увеличением дозы до 8-10 г/сут
- Салазопиридазин по 2 г/сутки в течение 4 нед
- Влияют на медиаторы воспаления (ингибирует липооксигеназный путь превращения арахидоновой кислоты), вызывает количественные изменения микрофлоры, нивелируя ее антигенное воздействие, модулируя иммунные реакции

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

- Преднизолон по 40-60 мг/сутки в течение 1-2 нед с последующим снижением дозы
- Гидрокортизон по 200-300 мг/сутки в течение 3-4 сут

Воспалительные заболевания кишечника

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

- **Азатиоприн** 1-2 мг на кг массы тела в сутки
- **Метронидазол** 750-1000 мг/сут
- Уменьшение бактериоидов, подавление антигенной активности анаэробных бактерий, влияние на иммунные процессы
- **Циклоспорин А** 8 мг/кг массы тела в сутки в течение 4-6 мес.
- С целью подавления аутоиммунных процессов (формирования антител к Т-клеточным зависимым антигенам)

Воспалительные заболевания кишечника

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

- Препараты кальция
- Десенсибилизирующие
- Адсорбенты
- Обволакивающие
- Спазмолитические
- Обезболивающие
- Эубиотики

БОЛЕЗНЬ КРОНА

ЛЕЧЕНИЕ

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Препараты, обладающие активностью
против TNF- α

- ❖ Инфликсимаб
- ❖ CDP-571
- ❖ Этанерцепт
- ❖ Талидомид

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ СТУПЕНЧАТЫЙ «Bottom-up» ПОДХОД

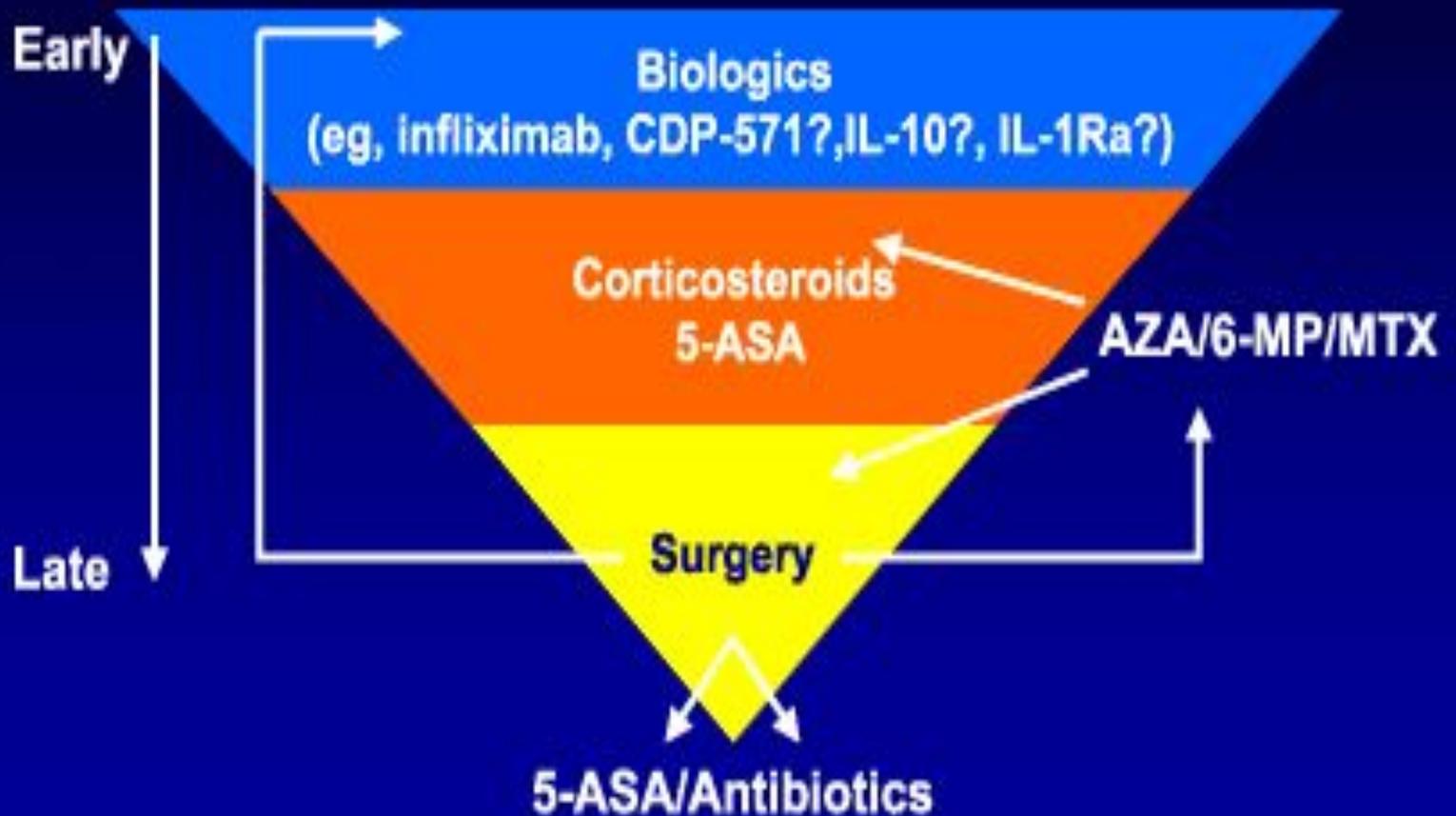


ЛЕЧЕНИЕ

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Ступенчатый «Тор-down» подход

(перспективное направление)



ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Преимущества подхода «Top-down»

- ✓ Ранняя стабилизация (модификация болезни)
- ✓ Уменьшение вероятности развития осложнений (в первую очередь стриктур и фистул)
- ✓ Уменьшение вероятности послеоперационных осложнений
- ✓ Возможность избежать метаболических и косметических осложнений стероидной терапии
- ✓ Снижение затрат на лечение

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Возможный риск при использовании подхода «Top-down»

- ✓ Длительная иммунная супрессия (вероятность инфекций, активация канцерогенеза)
- ✓ Нейтрализация антител (укорочение терапевтического эффекта, снижение чувствительности к терапии при повторном назначении)
- ✓ Повышение стоимости лечения для конкретного пациента
- ✓ Непрогнозируемые исходы беременности

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Базисная терапия (легкое-среднетяжелое течение)

<p>Антибактериальные препараты (?)</p> <ul style="list-style-type: none">• Метронидазол, нитроимидазол (10-20 мг/кг в сутки)• Фторхинолоны (ципрофлоксацин 1000 мг в сутки)• Макролиды (эритромицин, ровамицин, кларитромицин)	<p>Пробиотики (?)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Энтерол<input type="checkbox"/> Бифиформ<input type="checkbox"/> Бификол<input type="checkbox"/> Линекс<input type="checkbox"/> Лактобактерин<input type="checkbox"/> Флонивин<input type="checkbox"/> Бактисубтил
<p>5-Аминосалициловая кислота (месалазин, месаламин)</p> <p>2-4 г внутрь и до 4 г в суспензии (микроклизмы)</p>	<p>Комбинированные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Сульфасалазин 4,0-8,0 г в сутки

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Базисная терапия (среднетяжелое, тяжелое течение)

Цитостатики

Азатиоприн 2,5 мг/кг
(внутривенно до 2 мг/кг массы тела в сутки)

Метотрексат 25 мг
подкожно/внутримышечно раз в неделю

Циклоспорин или Такролимус
внутривенно**

Антитела к TNF- α

Инфликсимаб 5 мг/кг
внутривенно на 0, 2 и 6 неделях

Кортикостероиды

Преднизолон 0,5-0,75 мг/кг в сутки 1-2 недели, затем постепенное снижение до минимально эффективной поддерживающей дозы

при тяжелом течении **гидрокортизон 200-300 мг** в сутки в/в в течение 3-4 суток, затем переход на таблетки

Будезонид* 9мг/сутки (на 3 приема или однократно) внутрь; 2мг/100 мл в клизмах 3 раза в сутки

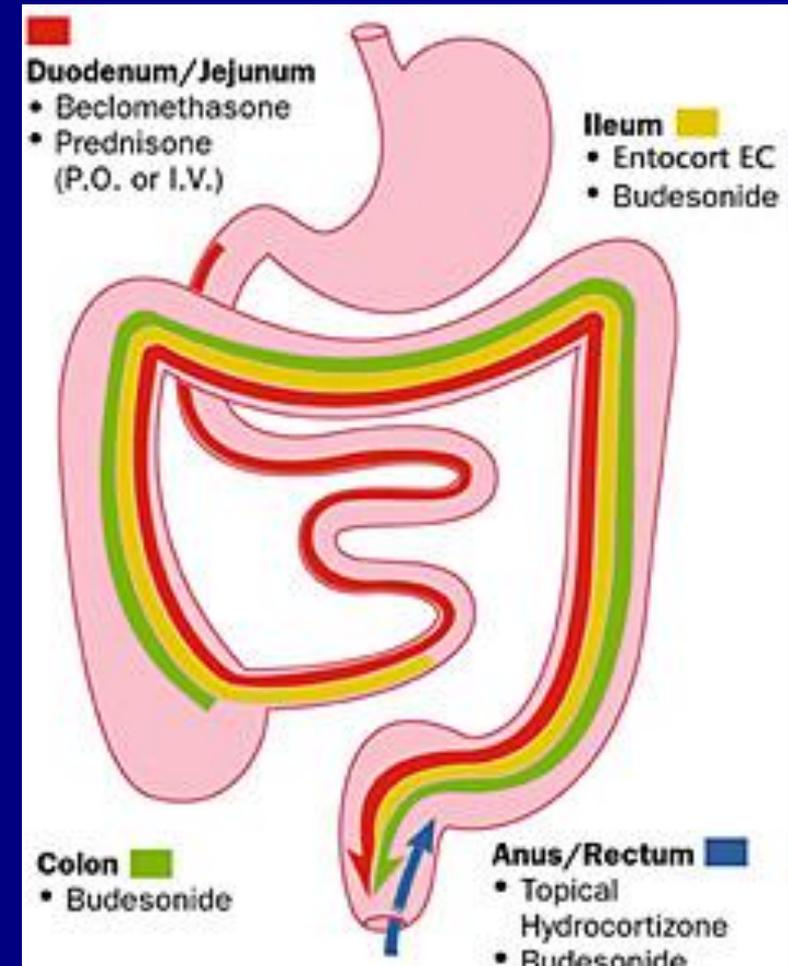
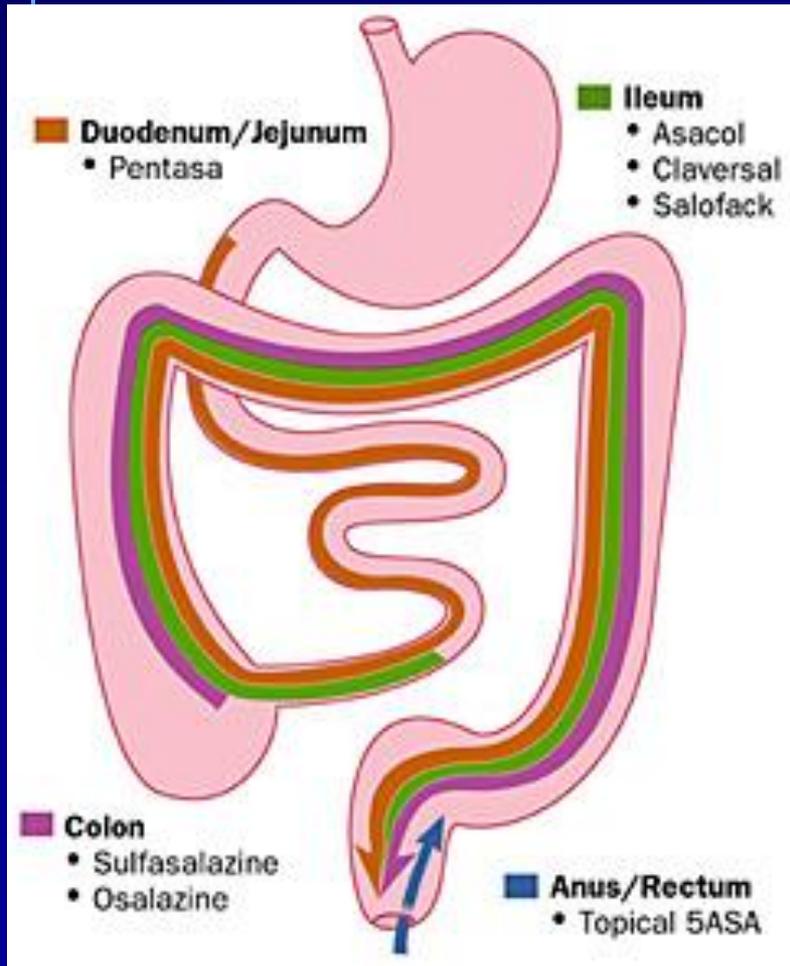
*- нет разрешения FDA для применения в США

** тяжелое и фульминантное течение (нет достоверных данных о эффективности)

Регионы терапевтического действия базисных препаратов

Сульфопрепараты, месалазин

Глюкокортикостероиды



Воспалительные заболевания кишечника

ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ

ПОКАЗАНИЯ

- ❖ При развитии осложнений
 - ✓ массивное кровотечение
 - ✓ перфорация кишки
 - ✓ кишечная непроходимость
 - ✓ молниеносный тяжелый толерантный к проводимому лечению
- ❖ Отсутствие эффекта от консервативной терапии

Воспалительные заболевания кишечника

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- ❖ Нивелирование клинических проявлений
- ❖ Снижение частоты рецидивов
- ❖ Удлинение периода ремиссии

ПРОГНОЗ

- ❖ Увеличение риска развития рака кишечника через 8-10 лет болезни, затем он возрастает на 0,5-1% в год
- ❖ Неблагоприятен при тотальном поражении толстого кишечника, тяжелых осложнениях

ПРОФИЛАКТИКА

- ❖ Назначение биопрепаратов, адаптогенов, витаминов
- ❖ Профилактические прививки и санаторно-курортное лечение противопоказаны

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БК и НЯК

Сравнительная
морфологическая
характеристика
воспалительных
заболеваний
кишечника



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БК и НЯК*

ПРИЗНАК	БК	НЯК
ПРОТЯЖЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ	Сегментарное поражение	непрерывное поражение нарастающее в проксимальном направлении
ВИД СЛИЗИСТОЙ	Отдельные язвы, «булыжная мостовая», свищи	Псевдополипы, глубоко подрытые язвы
СЕРОЗНАЯ ОБОЛОЧКА	Часто жировые подвески спаяны	Нормальная
ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ	Трансмуральные	Слизистый и подслизистый слой
КРОВЯНИСТАЯ ДИАРЕЯ	В 50%	Часто
РЕКТАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ	Иногда	Часто
ПРОКТИТ	В 50%	Всегда

✓*При поражении толстого кишечника у 15% пациентов невозможно дифференцировать БК и НЯК

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БК и НЯК*

ПРИЗНАК	БК	НЯК
ВОВЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ	Характерно	Не характерно
СТРИКТУРЫ	Часто	Редко
ЯЗВЫ	Поверхностные	Глубокие и широкие
МАЛИГНИЗАЦИЯ	Редко, возрастает через 25 лет	Редко, прогрессивно возрастает через 7-10 лет
БОЛЬ В ЖИВОТЕ	Часто	Иногда
ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	Характерны	Характерны
ПОТЕРЯ ВЕСА	При поражении тонкого кишечника	Непостоянно
ГРАНУЛЕМЫ	Всегда	Нет

✓*При поражении толстого кишечника у 15% пациентов невозможно дифференцировать БК и НЯК

КОЛОНОСКОПИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БК и НЯК

ПРИЗНАК	БК	НЯК
ФОН, НА КОТОРОМ ВЫЯВЛЕНЫ ЯЗВЫ	Язвы могут быть окружены неизменной слизистой	Язвы расположены на эритематозной, крошащейся слизистой
ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КИШКИ	Ассиметрическое, сегментарное	Непрерывное
ПОРАЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	Отсутствует или сегментарное	Непрерывное
БАУГИНИЕВАЯ ЗАСЛОНКА	Стеноз или изъязвление	При тотальном поражении зияет, без изъязвлений



РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Основная:

Хворостинка В.Н., Яблучанский Н.И., Панчук С.Н., Пасиешвили Л.Н.
Терапевтическая гастроэнтерология. Руководство для практических
врачей// Харьков, Основа, 1999, 367с.

- Дополнительная:

First Principles of Gastroenterology: The Basis of Disease and an Approach to
Management, AstraZeneca Canada Inc. 1997, 1998, 1999, 2000

Feldman's GastroAtlas Online, Science Press Internet Services, 2003

Management of Crohn's Disease in Adults Practice Guideline Am. J
Gastroenterology 2001 V. 96, № 36 p. 635-43

Ulcerative Colitis Practice Guideline in Adults (Update): American College of
Gastroenterology, Practice Parameters Committee// Am. J Gastroenterology,
2004