



Скрининг воспалительных заболеваний кишечника: роль терапевта

Барышева Ольга Юрьевна

**д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии
Медицинского института ПетрГУ**

Больная Г., 27 лет

- **В течение последних 1,5 мес беспокоит учащение стула до 5-6 раз в сутки, из них 2-3 раза в сутки с примесью крови**
- **Обратилась за медицинской помощью, диагностирован геморрой, терапия ректальными свечами с частичным временным эффектом**
- **Обратилась за медицинской помощью к проктологу**
- **При ректороманоскопии: слизистая гиперемирована, контактно кровоточит, множественные эрозии**
- **Уровень фекального кальпротектина 486 мкг/г**

Больной М. 36 лет

С конца сентября отметил появление болей в животе, стул до 10 раз в сутки, подъемы температуры до субфебрильных цифр.

Был госпитализирован в инфекционное отделение, инфекционная патология исключена.

Переведен в хирургическое отделение Сегежской ЦРБ 9.10.16 г в связи с толстокишечным кровотечением, остановлено консервативно, более не повторялось.

При обследовании: лейкоцитоз 18,3 Г/л тромбоцитоз 497 Г/л, СОЭ 64 мм/ч. Копрограмма: лейкоциты - значительное количество, эритроциты в значительном количестве.

ФКС от 11.10.16 г.: эрозивно-язвенный колит. ЯК?

Проводилась терапия сульфасалазином, преднизолоном, цефтриаксоном, тетрациклином, линнексом, ИПП, анальгетиками, спазмолитиками.

На фоне терапии лихорадка, боли в животе сохранялись, непостоянные, ноющие, появилась рвота до 3 раз в день.

Снижение веса на 22 кг в течение 3 недель (с 78 до 56 кг).

Больной М. 36 лет

Переведен в нефрологическое отделение РБ примерно через 3 недели от начала заболевания.

При поступлении: жалобы на интенсивные боли в правой половине живота, частый жидкий стул с примесью слизи 3-4 раза в сутки, лихорадку до 38,3, потерю веса.

Осмотрен хирургом, острая хирургическая патология исключена.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. В сознании, адекватен, контактен. Вынужденное положение сидя. Живот симметричный, умеренно вздут, при пальпации мягкий, выраженная болезненность в области печеночного угла, мезогастрия справа. Печеночная тупость сохранена.

Перистальтика в норме. Перитонеальные симптомы отрицательные. АД 150/100 мм.рт.ст. Пульс 88 в минуту.

С учетом анамнеза, данных медицинской документации диагностическое представление о язвенном колите, тотальном колите, острое течение с фульминантным началом. Тяжесть атаки по Truelove-Witts 3.

Больная В., 23 года

- 29.01.2016 г. впервые боли в области заднего прохода
- 31.01.2016 г. – вскрытие острого парапроктита
- 17.03.2016 г. – вновь боли в области заднего прохода, вскрытие острого гнойного парапроктита
- 12.04.2016 г. – иссечение параректального свища
- 28.06.2016 г. – вскрытие острого гнойного парапроктита (вне зоны предыдущей операции)
- 26.09.2016 г. – иссечение свища в просвет кишки, длительно сохранялся ректальный свищ
- 22.12.2016 г. – вскрытие перианального ишеоректального абсцесса
- 31.07.2017 г. – вскрытие острого парарапроктита
- 04.09.2017 г. - вскрытие острого прарапроктита
- 08.11.2017 г. – иссечение инфильтрата с рубцом в перианальной области

Больной А., 38 лет

- с мая 2017 года - рецидивирующей фасциит области правой голени, затем левой голени, периодически гнойное воспаление в области лица, рук
- в июне 2017 г. - госпитализация в РИБ по поводу лихорадки - констатирован сепсис, гнойный артрит обоих ГСС, гнойный ахиллобурсит, гнойный артрит проксимальных межфаланговых суставов правой кисти, гнойный очаг в височной области
- далее в июне 2017 года - лечение в БСМП по поводу сепсиса, неоднократно ревизии флегмоны правой голени
- с 14.08.17 в ЦРБ - заболел остро с лихорадки и появления воспалительного процесса обеих голени с нагноением, получал антибактериальную терапию цефотаксимом, ципрофлоксацином, азитромицином.
- Несмотря на проводимую терапию - нарастание лейкоцитоза, сохранение фебрильной лихорадки.

Больной А., 38 лет



Больной А., 38 лет

- **Переведен для дальнейшего лечения в хирургическое отделение РБ.**
- **Диагностически не ясен - требуется дообследование для исключения системного васкулита.**
- **Иммунологические маркеры системного васкулита - отриц.**
- **Данных за инфекционный эндокардит, поражение легких в рамках инфекции нет.**

Больной А., 38 лет

- **В течение 3 мес похудел на 13 кг.**
- **В анамнезе хронический парапроктит, свищевая форма, лечение у хирурга РП в апреле-мае 2017 года.**

Больной А., 38 лет

- 09.10.2017 Толстокишечная эндоскопия

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки и терминальный отдел подвздошной, слизистая последней розовая, эластичная, высота ворсин значительно снижена. Биопсия №1. В просвете толстой кишки небольшое количество кишечного содержимого. Баугиниева заслонка губовидной формы визуально не изменена. Стенки толстой кишки эластичные, складки умеренно отечны, расправляются плохо, гаустрация отсутствует. Слизистая умеренно отечна, с участками легкой гиперемии покрытыми вязкой слизью, сплошь гиперплазирована по типу псевдополипов. Множественные биопсии. В прямой кишке до уровня 15 см слизистая эластичная, розовая, сосудистый рисунок не изменена. Биопсия №5 из зоны ректосигмоидного отдела. Заключение: Болезнь Крона с поражением толстой кишки, обострение.

Больной А., 38 лет



Воспалительные заболевания кишечника

- Воспалительно-деструктивные процессы кишечника
- Рецидивируют
- Имеют внекишечные проявления
- Требуют постоянной иммуносупрессивной терапии
- Более 50% больных имеют возраст 20-40 лет
- Высока частота инвалидизации
- Высоки финансовые затраты на лечение (прямые и косвенные – отсутствие на работе, снижение продуктивности)
- Смертность зависит от своевременной диагностики и адекватности терапевтических подходов
- ВЗК – группа риска по колоректальному раку

Язвенный колит: определение

- хроническое рецидивирующее заболевание, при котором воспаление имеет диффузный характер и локализуется поверхностно, только в пределах слизистой оболочки толстой кишки

Язвенный колит: клиника и оценка тяжести

- диарея с примесью крови и слизи
- лихорадка
- тахикардия
- снижение уровня гемоглобина
- ускорение СОЭ

Болезнь Крона: определение

- **хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов пищеварительного тракта (чаще подвздошной кишки и толстой кишки)**

Особенности течения болезни Крона

- **сегментарное подострое или хроническое воспаление кишечника**
- **поражение от полости рта до ануса, в подавляющем случае поражается илеоцекальный отдел, поэтому клиническая картина имеет сходство с аппендицитом**
- **вовлечение прямой кишки только 25-50%**

Фенотипические варианты болезни Крона

- Инфильтративно-воспалительная , неосложненная
- Стриктурирующая (стенозирующая)
- Пенетрирующая (свищевая)

- Часто формирование энтероэнтеральных/энтеровагинальных/ энтерокутаных свищей + анальных свищей, стриктур, инфильтратов брюшной полости, абсцессов

Особенности течения болезни Крона

Характеризуется главными клиническими признаками:

-  хроническая диарея более 6 недель без примеси крови
-  боль в животе
-  лихорадка
-  симптомы кишечной непроходимости
-  перианальные осложнения

Внекишечные симптомы ВЗК

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные воспалением и длительным метаболическими нарушениями:
<p>Артропатии (артралгии, артриты)</p> <p>Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)</p> <p>Поражение слизистых (афтозный стоматит)</p> <p>Поражение глаз (увект, ирит, иридоциклит, эписклерит)</p>	<p>Анкилозирующий спондилит (сакроилеит)</p> <p>Первичный склерозирующий холангит (редко)</p> <p>Остеопороз, остеомалация</p> <p>Псориаз</p>	<p>Холелитиаз</p> <p>Стеатоз печени, стеатогепатит</p> <p>Тромбоз периферических вен, тромбоз эмболия легочной артерии</p> <p>Амилоидоз</p>

Особенности диагностики ЯК и БК

- Характеризуются лабораторной активностью (СОЭ, анемия, тромбоцитоз), возможны признаки мальабсорбции (снижение общего белка, альбумина, микроэлементов – кальция, железа, магния, цинка).

СРБ

Фекальный кальпротектин - биомаркер фекального воспаления, составляет 60% белка цитоплазмы нейтрофилов, в 90% выявляется при ВЗК, коррелирует со степенью воспаления, используется и в первичной диагностике, и в оценке динамики процесса.

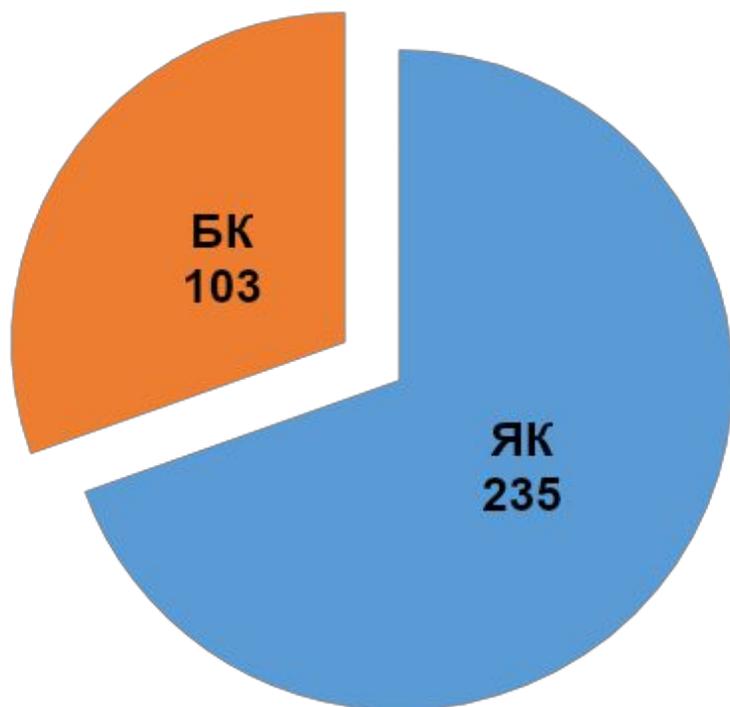
Диагноз ЯК и БК основан на:

данных эндоскопического и морфологического исследований



эндоскопического и рентгенологического исследований

Регистр больных с ВЗК в Республике Карелия



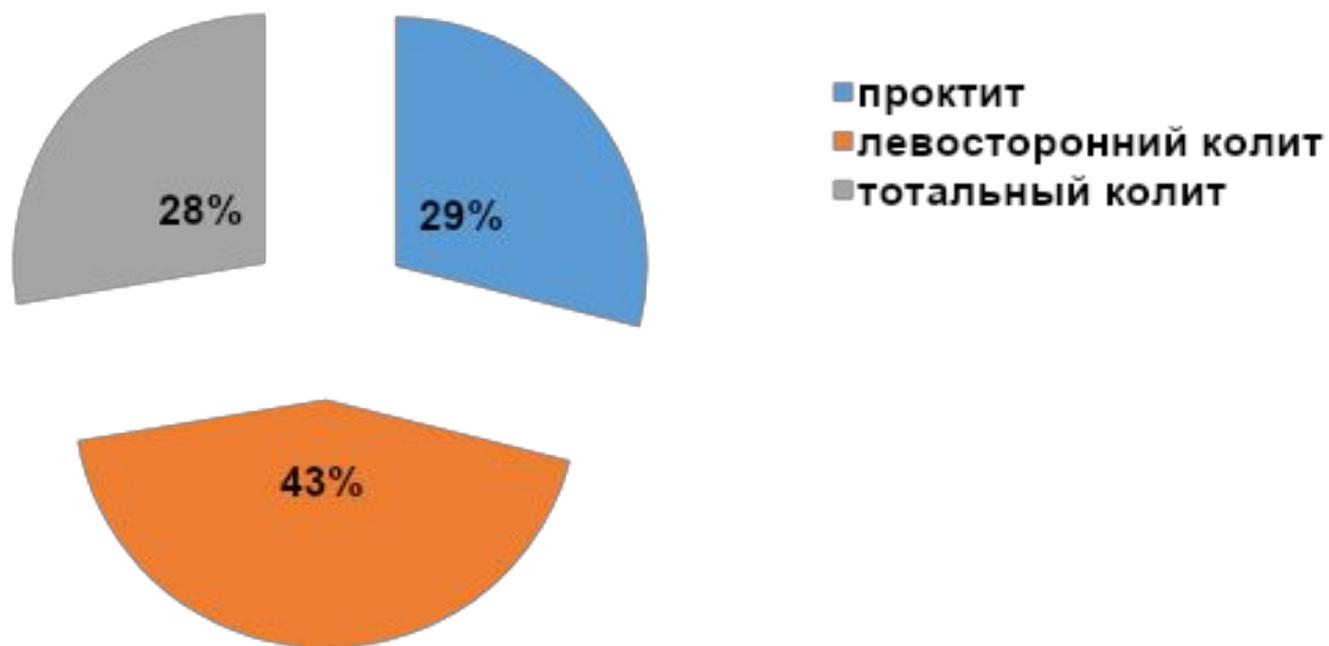
Распространенность - 50,4 чел
на 100000 населения
Московский регион – 59,3 чел на
100000 населения

Возраст от 18 лет до 78 лет

71% - в трудоспособном возрасте, не имеют группы инвалидности

Средний срок постановки диагноза - 37 мес

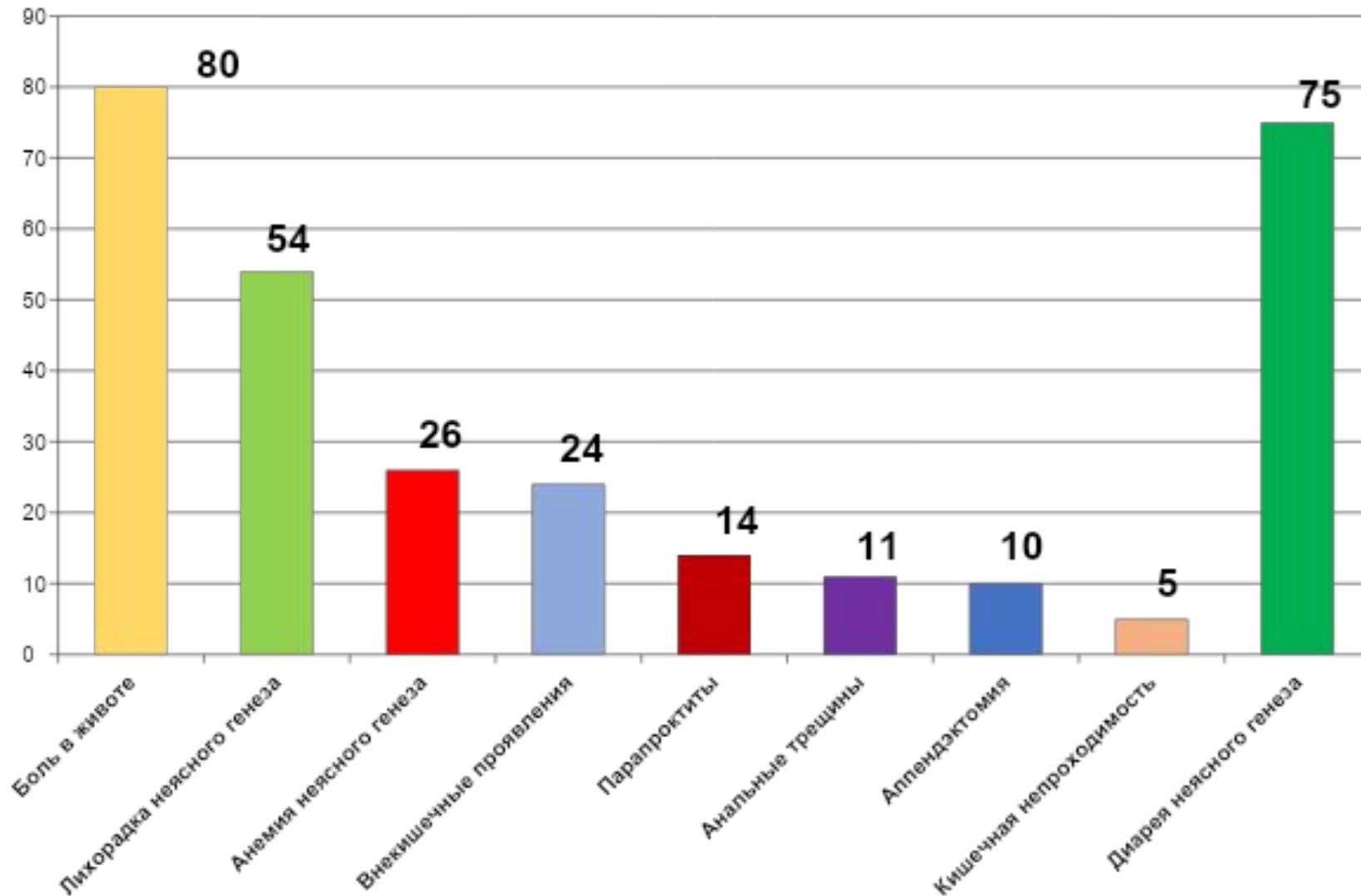
Регистр больных с ЯК в Республике Карелия



Регистр больных с БК в Республике Карелия

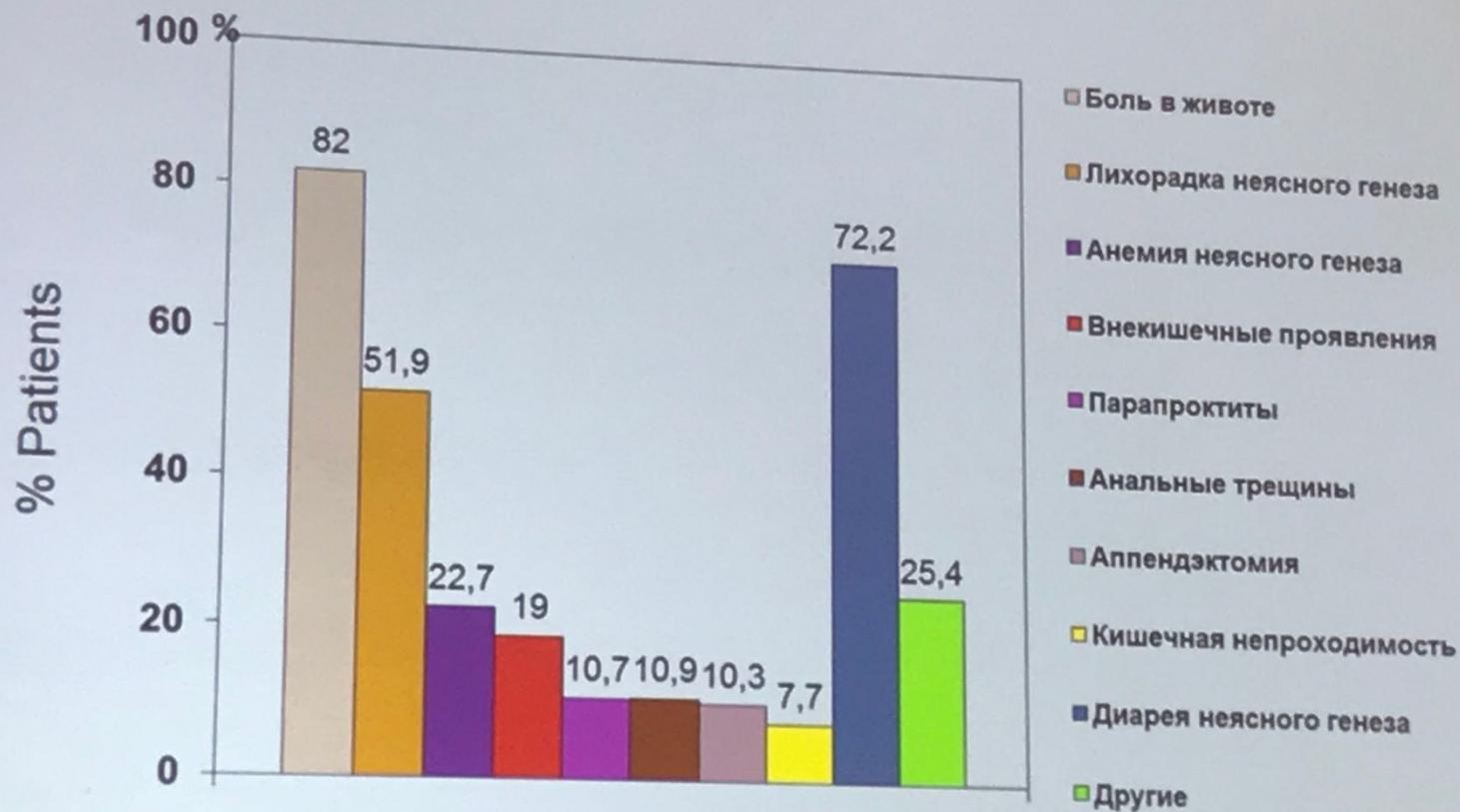


Регистр больных в Республике Карелия: ранние симптомы БК

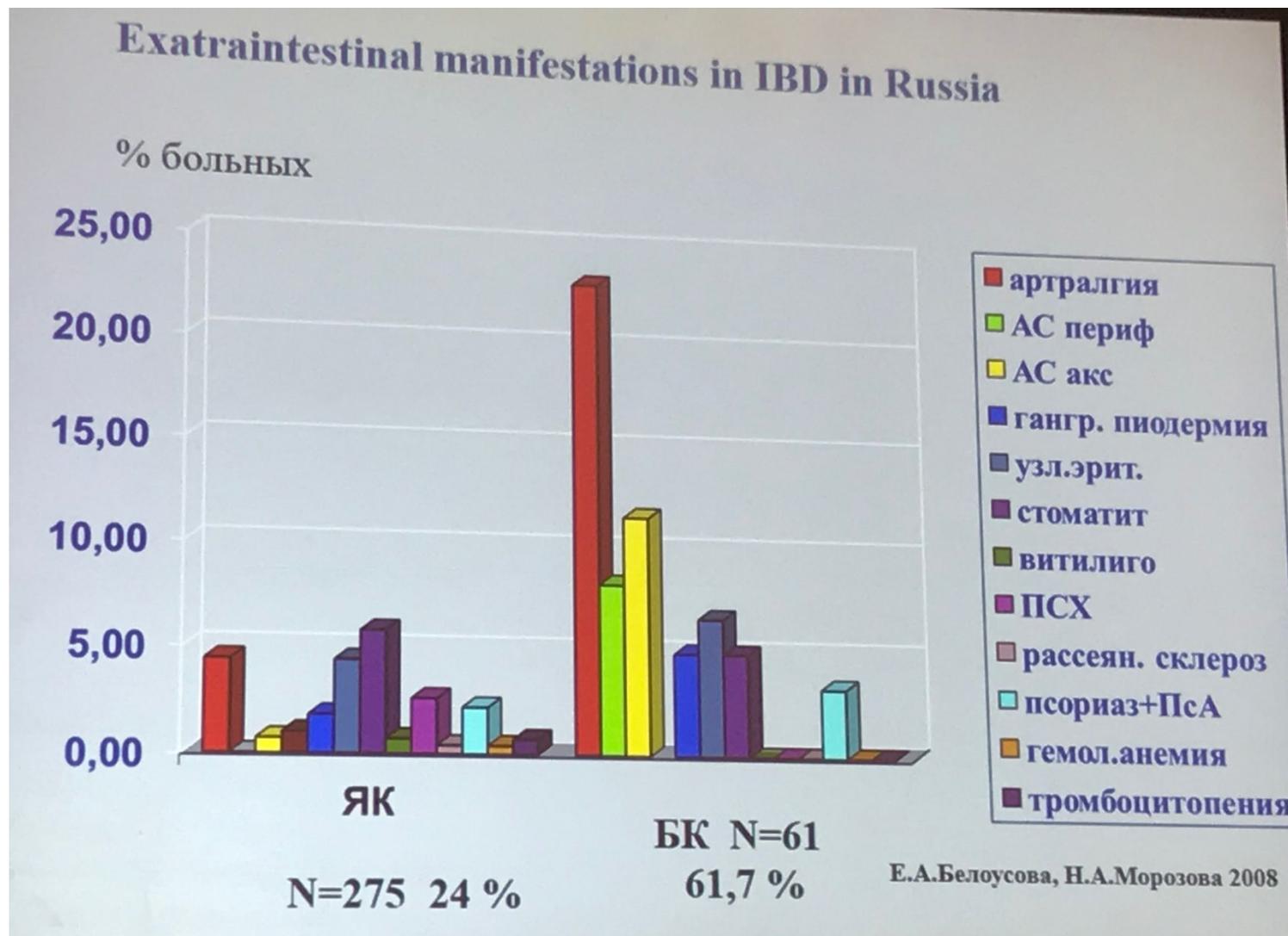


Белоусова Е.А., Левитановские чтения-2017

Early symptoms of CD



Белоусова Е.А., Левитановские чтения-2017



Медикаментозная терапия ЯК и БК

- Для индукции ремиссии:
 - ГКС системные и топические (будесонид) – не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель
 - иммуносупрессоры – азатиоприн, метотрексат, 6-меркаптопурин
 - биологические генно-инженерные препараты (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол, голимумаб, ведолизумаб)
 - антибиотики
 - салицилаты
- Для поддержания ремиссии:
 - иммуносупрессоры – азатиоприн, 6-меркаптопурин
 - биологические генно-инженерные препараты (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол, голимумаб, ведолизумаб)
 - салицилаты

Показания к госпитализации больных в ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»

- **Первичная диагностика язвенного колита, болезни Крона.**
- **Динамическое наблюдение за больным с язвенным колитом, болезнью Крона.**
- **Осложнения язвенного колита, болезни Крона.**
- **Для проведения генно-инженерной биологической терапии.**

Критерии отбора больных на генно-инженерную биологическую терапию

Язвенный колит:

- при отсутствии эффекта от применения ГКС в течение 14 дней при средне-тяжелой атаке левостороннего и тотального колита
- при рецидиве, возникшем на фоне поддерживающей терапии тиопуринами
- при отсутствии эффекта от применения ГКС в течение 7 дней при тяжелой атаке левостороннего и тотального колита и сверхтяжелом язвенном колите любой протяженности (только инфликсимаб)

Болезнь Крона:

- при активной БК и стероидрезистентности
- обострение БК после отмены/снижения дозы стероидов (стероидзависимая форма)
- неэффективность терапии иммуносупрессорами (рецидив через 3-6 мес после отмены ГКС)

Регистр больных с ВЗК в Республике Карелия

- **21 больной получает генно-инженерную биологическую терапию**
 - **10 инфликсимаб**
 - **3 адалимумаб**
 - **3 ведолизумаб**
 - **3 цертолизумаб пегол**
 - **2 голимумаб**

Благодарю за внимание!

