

# Воспалительные заболевания кишечника

Дифференциальный диагноз болезни  
Крона и неспецифического язвенного  
колита

Выполнила студентка 618 группы, лечебного факультета  
Карпова С.В.

**Болезнь Крона** – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным сегментарным распространением воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений

Неспецифический язвенный  
КОЛИТ – хроническое заболевание  
неустановленной этиологии с язвенно-  
деструктивными и гнойными  
поражениями слизистой оболочки  
ободочной и прямой кишки,  
прогрессирующего течения с  
осложнениями

**Язвенный колит и болезнь Крона –  
хронические заболевания,  
характеризующиеся неспецифическим  
иммунным воспалением пораженной зоны**

- **Локализация язвенного колита –  
только толстая кишка**
- **Локализация болезни Крона – любой  
участок ЖКТ**

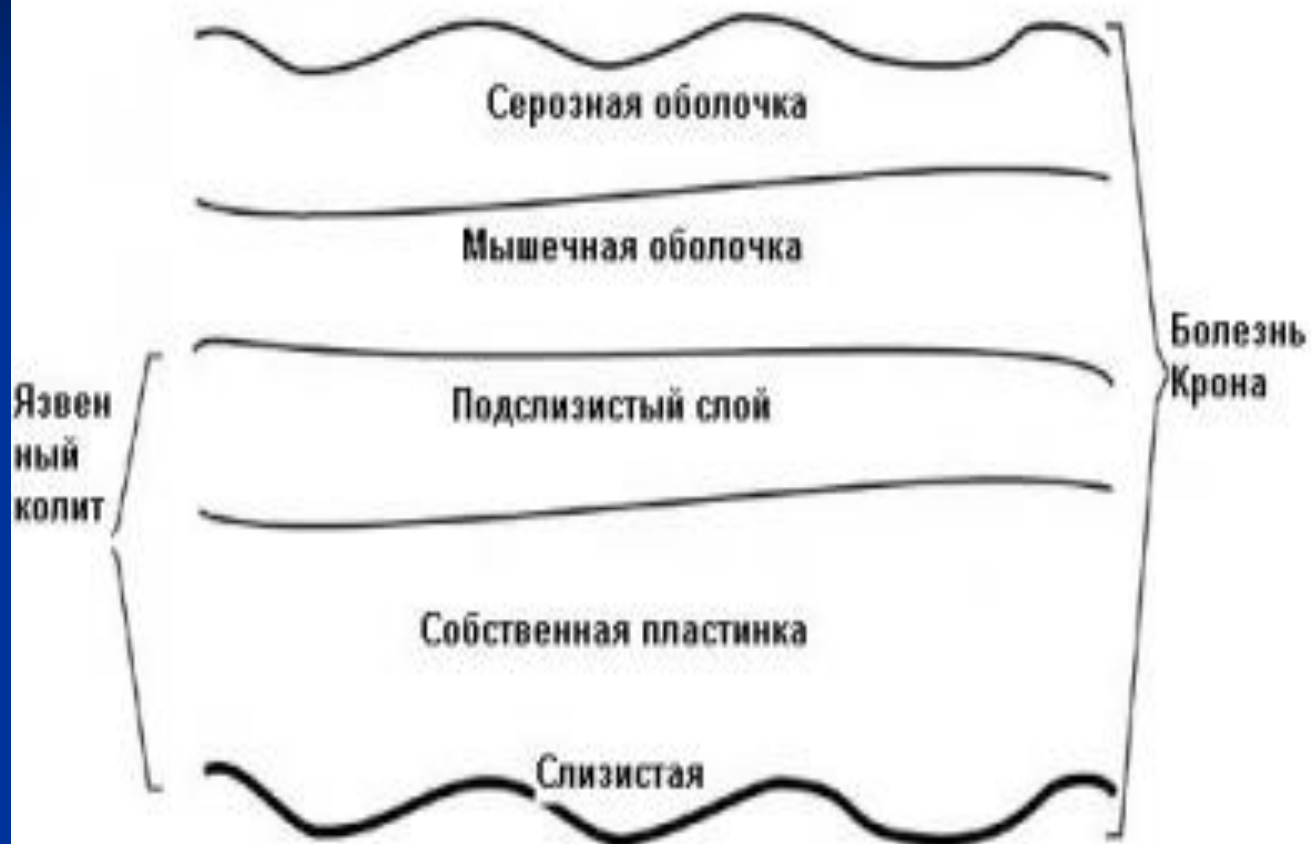
## НЯК

- неспецифическое иммунное воспаление в пределах слизистой оболочки толстой кишки
- Поражение только толстой кишки (исключая случаи ретроградного илеита);
- Обязательное вовлечение в процесс прямой кишки;
- Диффузный характер воспаления

## Болезнь Крона

- неспецифическое гранулематозное трансмуральное воспаление
- Поражение любой зоны ЖКТ
- Регионарный характер воспаления

Глубина поражения стенки пищеварительной трубки при хронических воспалительных заболеваниях кишечника



# Общая эпидемиологическая характеристика ВЗК

- ВЗК – заболевания преимущественно развитых стран и преимущественно городского населения
- ВЗК страдают преимущественно лица молодого возраста, доминирующий возраст начала заболевания 20-40 лет, но в ряде стран отмечен рост заболеваемости в возрастной группе старше 60 лет для ЯК и в детском возрасте для болезни Крона
- Соотношение мужчины : женщины = 1: 1

# Общая эпидемиологическая характеристика

- Распространенность ВЗК в разных регионах мира не одинакова. Распространенность на 100000 населения: ЖК 50-150 случаев, БК 30-50 случаев. Самая высокая распространенность в странах Скандинавии, Северной Америке, Канаде, Израиле
- Роль социального фактора, характера питания, климатических условий или образа жизни («западный образ жизни») не доказана
- На частоту ВЗК в разных странах влияет этническая принадлежность и генетический фактор
- Отмечена высокая семейная частота ВЗК (5-10%)



# Этиология ВЗК

- Генетические факторы
- Курение
- Питание ?
- Инфекции (вирус кори, *Mycobacterium paratuberculosis*)
- Стресс

# Патогенез ВЗК

**ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ**  
+  
**ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:**  
бактериальные антигены, токсины, аутоантигены

**НАРУШЕНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА**  
селективная активация Т-лимфоцитов  
нарушение функции макрофагов

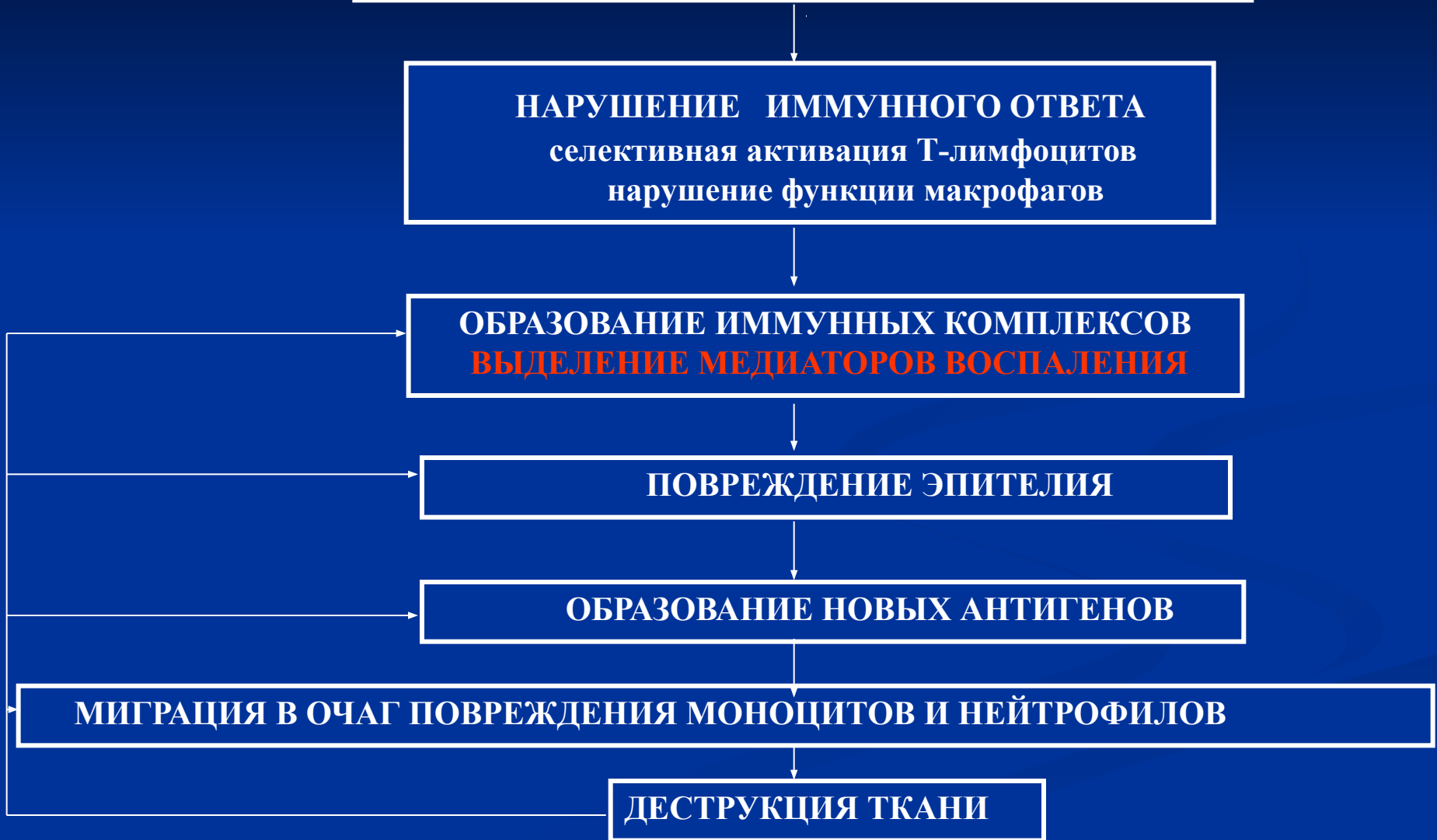
**ОБРАЗОВАНИЕ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ**  
**ВЫДЕЛЕНИЕ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ**

**ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ**

**ОБРАЗОВАНИЕ НОВЫХ АНТИГЕНОВ**

**МИГРАЦИЯ В ОЧАГ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОНОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ**

**ДЕСТРУКЦИЯ ТКАНИ**



## 2 ВОЗМОЖНЫХ МЕХАНИЗМА ВОВЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ КИШЕЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЗК

- Нарушение иммунорегуляторных процессов приводит к активации Т-лимфоцитов, что вызывает неспецифическое повреждение тканей и воспаление.
- Развитие специфического аутоиммунного процесса, направленного на антигены эпителиальных клеток кишечника.

# Клинические симптомы ЯК

- Жидкий стул с примесью крови
- Тенезмы
- Схваткообразная боль в животе
- Лихорадка
- Потеря веса
- Общая слабость
- Анемия
- Лейкоцитоз
- Увеличение СОЭ

# Классификация ЯК

- По форме (острая, рецидивирующая, непрерывная)
- По протяженности (проктит, проктосигмоидит, левосторонний колит, панколит)
- По тяжести (легкий, средний, тяжелый)
- По активности (незначительная, умеренная, выраженная эндоскопическая активность)

# Классификация ЯК по протяженности



Панколит 25-30%

Левосторонний колит  
40-45%

Дистальный колит  
35-45%

# Эндоскопическая картина ЯК

**а) Слабая  
активность**



**б) Умеренная  
активность**



**в) выраженная  
активность**



Medscape® [www.medscape.com](http://www.medscape.com)





# Рентгенологическая картина ЯК



Наблюдается  
отсутствие  
гаустрации,  
ригидность,  
равномерное сужение  
и атрофия,  
растянутые сегменты  
кишки

# Кишечные осложнения ЯК

- Кровотечение
- Токсический мегаколон
- Перфорация толстой кишки
- Тромбозы и тромбоэмболии
- Сепсис
- Рак толстой кишки

# Системные аутоиммунные проявления ЯК

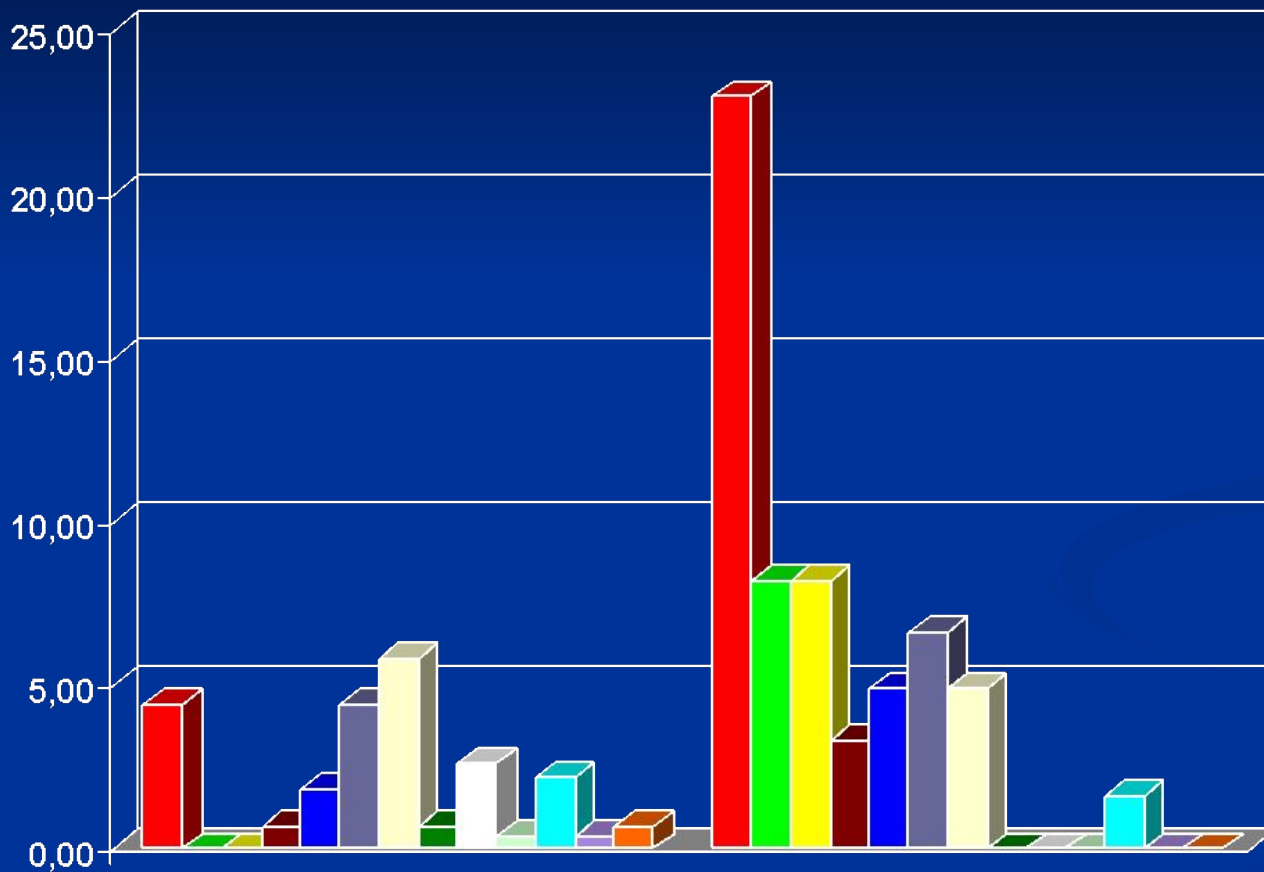
- Узловатая эритема
- Гангренозная пиодермия
- Афтозный стоматит
- Артропатии (артриты, артралгии)
- Иридоциклит, увеит, эписклерит
- Склерозирующий холангит

# Узловатая эритема при ЯК

Узловатая эритема, представленная болезненными, возвышающимися над уровнем кожи высыпаниями, которые возникают в области передней поверхности большеберцовой кости. Выраженность узловатой эритемы зависит от активности основного заболевания, следовательно, лечение хронических воспалительных заболеваний кишечника позволяет добиться исчезновения узловатой эритемы.



# Частота системных проявлений и сопутствующих аутоиммунных заболеваний при ЯК и БК



ЯК  
**ЯК N=275**  
**24 %**

БК N=61  
**61,7 %**

- артропатии
- ревм.артрит
- спондилоартрит
- сакроилеит
- гангр. пиодермия
- узл.эрит.
- стоматит
- витилиго
- склер.холангит
- рассеян. склероз
- псориаз
- гемол.анемия
- тромбоцитопения

# Клиническая картина БК

- Диарея
- Боль в животе
- Кровотечение (редко)
- Лихорадка
- Анемия
- Лейкоцитоз
- Увеличение СОЭ
- Потеря веса

# Сравнительная характеристика клинических проявлений ЯК и БК

<u>Симптомы</u>	ЯК	БК
Боль в животе	*	* * *
Диарея	**	***
Кровь в кале	***	+ \ -
Лихорадка	*	**
Анемия	**	**
Потеря веса	**	**

# Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона

<b>Данные</b>	<b>НЯК</b>	<b>Болезнь Крона</b>
Кровавый стул	Типично	Редко
Боли в животе	Редко	Типично
Поражение прямой кишки	Присутствует	Редко (20%)
Патологические изменения вокруг анального отверстия	Типично	Редко
Свищи	Редко	Типично
Токсическое расширение	Редко	Редко
Рецидив после лечебной хирургии	Нет	Типично
Эндоскопические данные: Афты	Нет	Типично
Продольные язвы	Нет	Типично
Непрерывное поражение	Присутствует	Редко
Поражение терминального отдела подвздошной кишки	Нет	Типично (80%)
Эпителиальная гранулема	Нет	Присутствует (40%)



# Классификация БК

*По локализации:*

- Терминальный илеит
- Илеоколит
- Колит (включая поражение аноректальной зоны)
- Поражение высоких отделов тонкой кишки
- Поражение пищевода, желудка
- Поражение ротовой полости, губ, языка
- Смешанное поражение

*По характеру течения:*

- Острая форма
- Хроническая рецидивирующая
- непрерывная

# Классификация БК

## ■ По тяжести (активности)

индекс активности по Бесту

Ниже 150 – ремиссия

150-300 – легкая форма

301-450 – среднетяжелая форма

выше 450 – тяжелая форма

**Индекс активности**  
1. Частота неоформленного (жидкого или кашицеобразного) стула за последнюю неделю **х 2**

2. Боли в животе (по интенсивности) (сумма баллов за неделю) **х 5**

• 0 – нет • 1 – легкая • 3 – умеренная • 4 – сильная

3. Общее самочувствие **х 7**

• 0 – в целом хорошо • 1 – несколько ниже нормы • 2 – плохо • 3 – очень плохо • 4 – ужасно

4. Другие симптомы, связанные с болезнью Крона:

• Иррит, увеит • Узловатая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит • Артралгии, артриты • Анальные трещины, свищи, абсцессы • Другие свищи • Температура выше 37,5°C в течение последней недели • Другие свищи

Число пунктов **х 20**

**БК (ИАБК) по Бесту**

5. Симптоматическое лечение диареи (применение симптоматических антидиарейных средств). Если да, то **1 х 30**

6. Резистентность стенки живота:  
0 – нет; 2 – неясная; 5 – четко выраженная **х 10**

7. Гематокрит (Hct):

• женщины 42 минус Hct **х 6**

• мужчины 47 минус Hct **х 6**

8. Масса тела

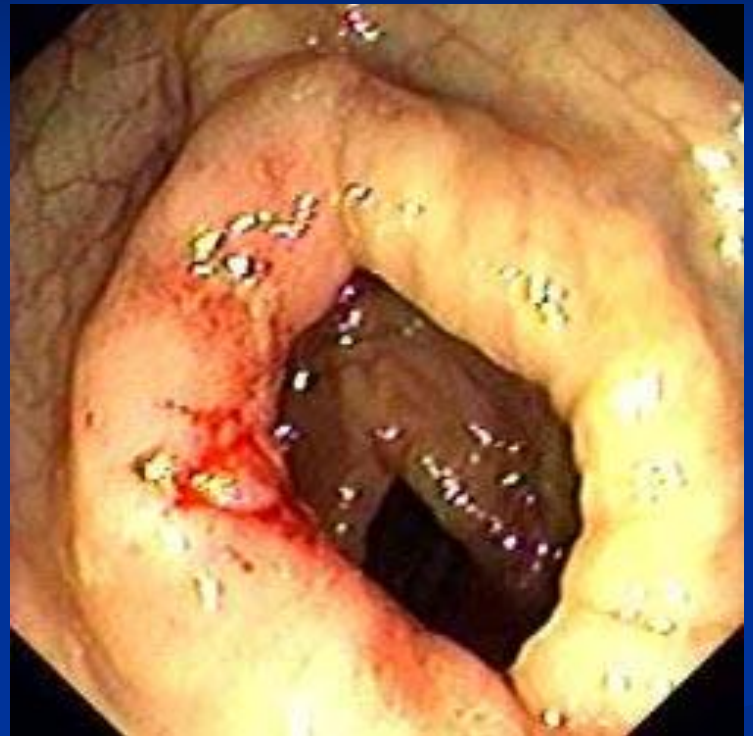
• 1 – масса тела/нормальная масса тела **х 100**

# Рентгенологическая картина

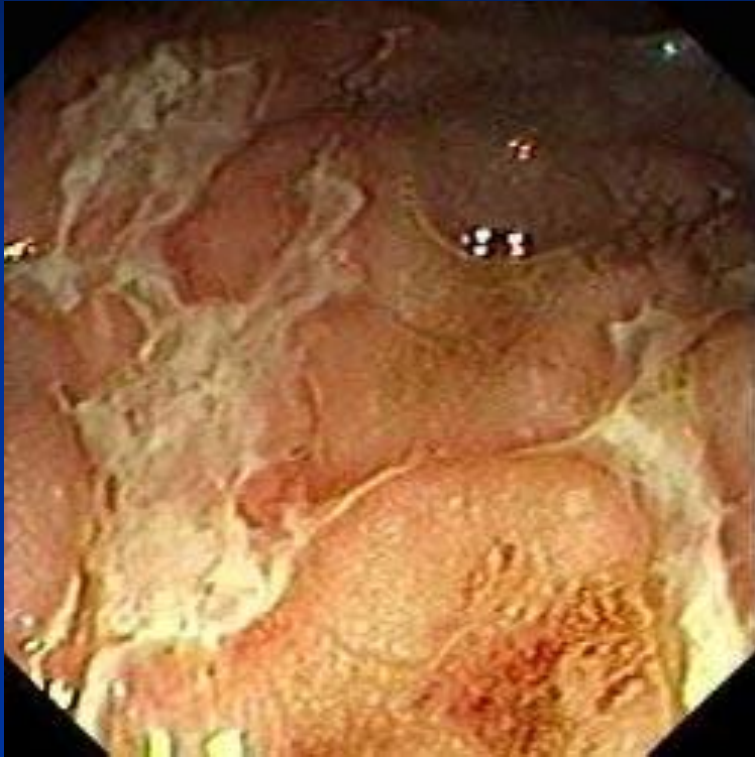


Рентгенографическое исследование тонкой кишки с бариевой взвесью. Определяется наличие тонко-толстокишечного свища, по которому контраст поступает из тонкой кишки в сигмовидную кишку.

# Эндоскопическая картина БК поперечной ободочной кишки

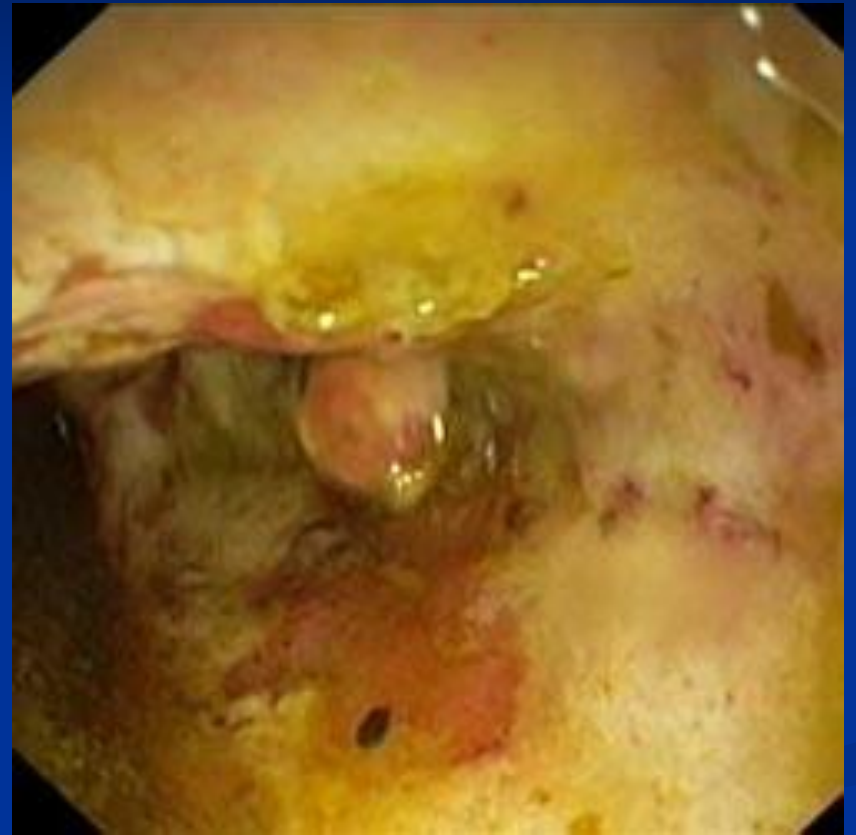


# Болезнь Крона сигмовидной кишки

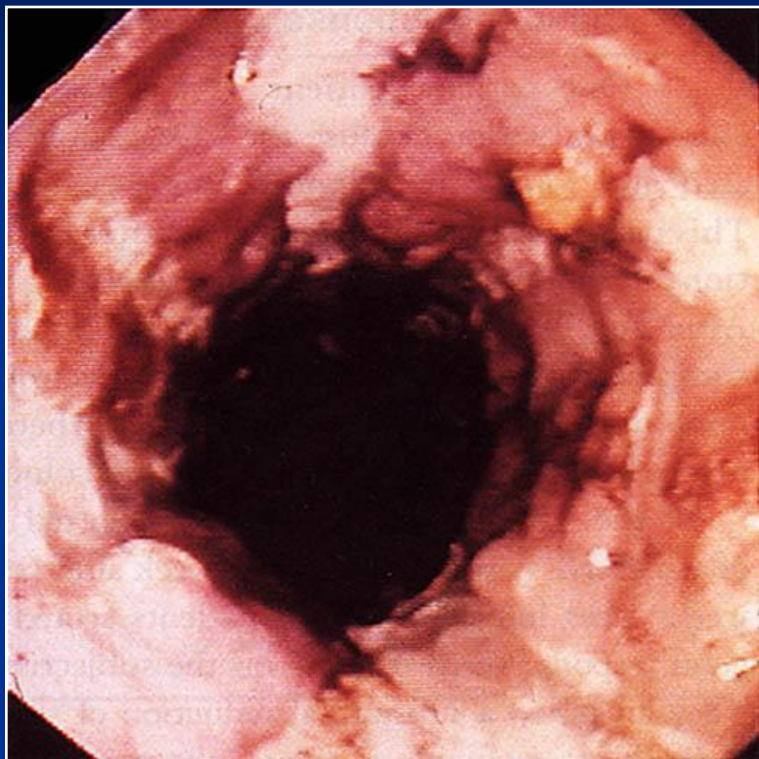




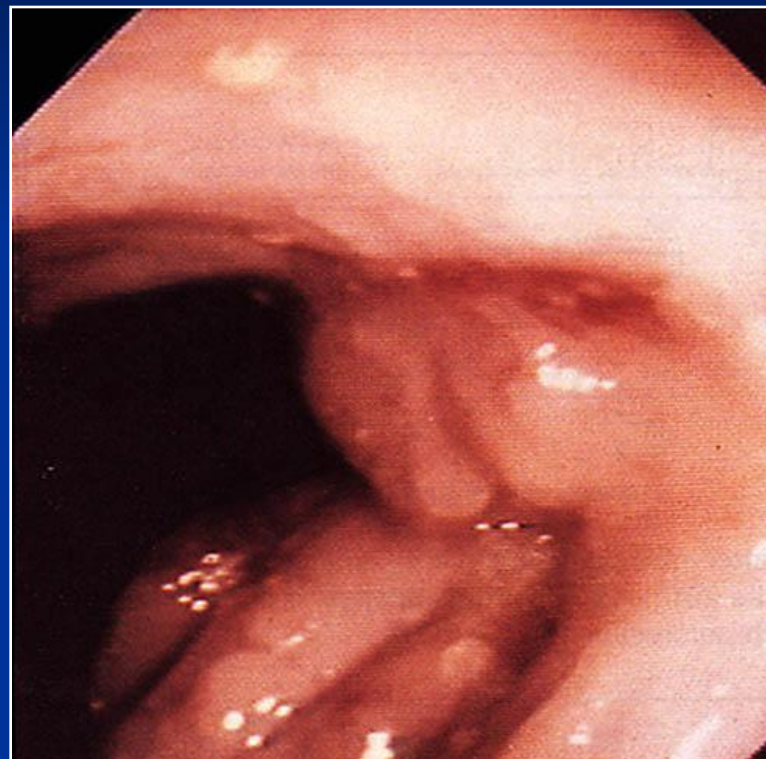
# Болезнь Крона прямой кишки



# Язвы толстой кишки при БК до и после лечения



до лечения



после 4 недель лечения



# Осложнения БК со стороны желудочно-кишечного тракта

- Абдоминальный инфильтрат
- Межкишечные и кишечно-кожные свищи
- Абсцессы
- Стриктуры
- Кишечная непроходимость
- Парапроктит (при аноректальном поражении)
- Глубокие анальные трещины (при аноректальном поражении)

# Свищи при БК

- Наружные (кишечно-кожные)
- Межкишечные
- Периаанальные
- Кишечно-пузырные
- Кишечно-вагинальные

# Свищ брюшной стенки при БК

До лечения



Через  
2 недели



10 недель



18 недель



# Перианальный свищ при БК



# Перианальный свищ при БК



# Системные аутоиммунные проявления БК

- Узловатая эритема
- Гангренозная пиодермия
- Афтозный стоматит
- Иридоциклит, увеит, эписклерит
- Артропатии (артриты, артралгии)
- Ревматоидный артрит
- Анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит



# Гангренозная пиодермия при БК



Гангренозная пиодермия (токсико-аллергический пустулезный язвенный дерматит), проявляющийся очагами воспаления кожи размером от одного до нескольких сантиметров в диаметре, которые могут изъязвляться. Образующиеся язвы могут не заживать в течение многих месяцев. Течение гангренозной пиодермии не зависит от активности основного заболевания.

# Поражение суставов при ВЗК

## Язвенный колит

Плечевой (20 %)

Локтевой (30 %)

Запястный (15 %)

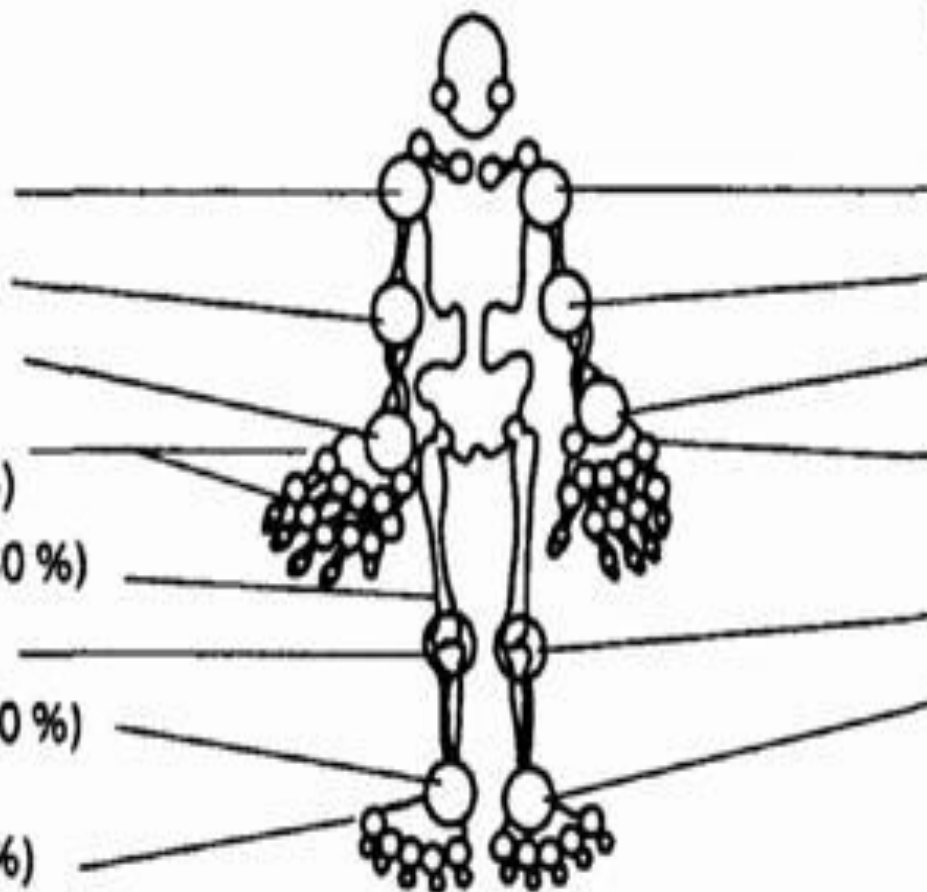
Межпястный и  
фаланговые (25 %)

Тазобедренный (80 %)

Коленный (70 %)

Голеностопный (50 %)

Плюсневые и  
пальцев стоп (10 %)



## Болезнь Крона

Плечевой (20 %)

Локтевой (10 %)

Запястный (15 %)

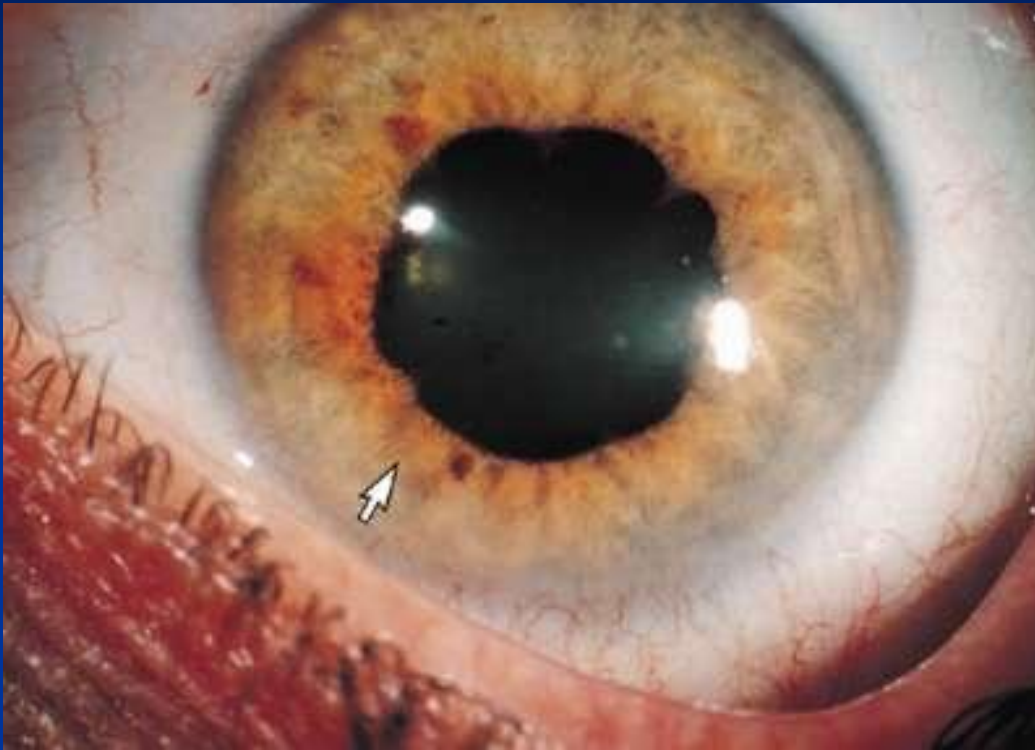
Межпястные (10 %)

Коленный (80 %)

Голеностопный (40 %)



# Поражение глаз при БК



Острый ирит.  
Стрелкой  
указаны синехии  
между  
радужной  
оболочкой и  
капсулой  
хрусталика

# Цели диагностики БК и НЯК

- Верификация диагноза
- Определение локализации патологического процесса
- Своевременное выявление осложнений

# Методы диагностики ВЗК

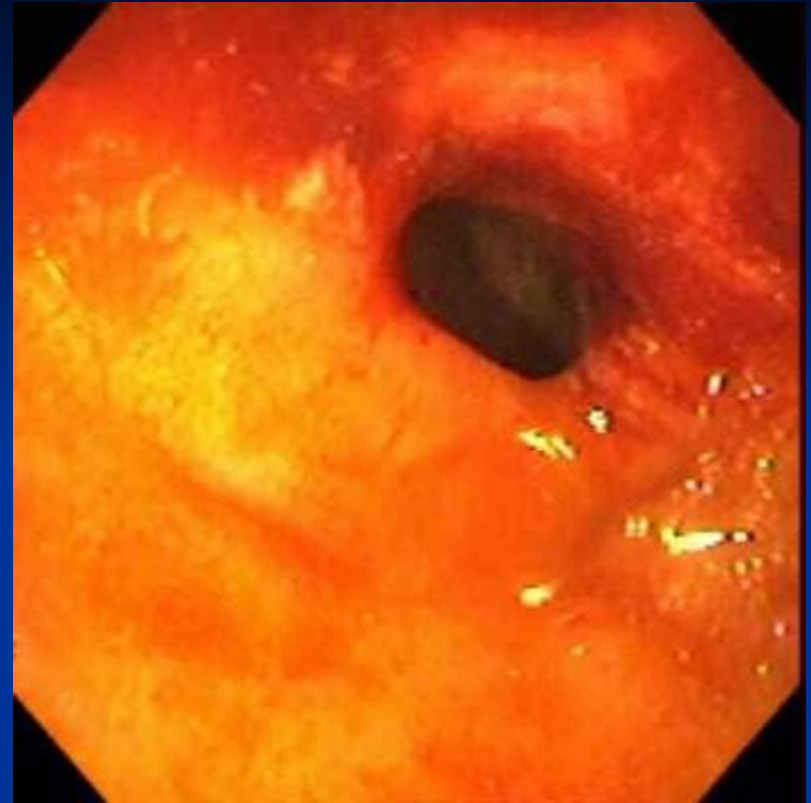
- Сбор анамнеза
- Физикальное обследование
- Лабораторная диагностика( ОАК, Б/х крови, исследование кала на наличие простейших и *Cl.difficile*)
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости( для исключения токсического мегаколона)
- Ирригоскопия( потеря гаустрации, симптом «шнура», «булыжная мостовая»)

- Фистулография
- Эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС)
- Ректороманоскопия (диагностика поражений преимущественно дистальных отделов толстой кишки, проктита)
- Колоноскопия с биопсией





Картина выраженного  
колита



Сужение( стриктура) в  
терминальном  
отделе подвздошной кишки

# Цели лечения при ВЗК

- Купирование атаки и индукция ремиссии
- Поддержание ремиссии
- Профилактика осложнений
- Улучшение качества жизни

# Методы лечения

- I. Диетотерапия (стол 4,4б)
- II. Препараты 5-аминосалициловой кислоты и/или глюкокортикоиды (системного и местного действия)
- III. Антибактериальные средства (метронидазол, ципрофлоксацин)
- IV. Цитостатики (иммунодепрессанты)
- V. Симптоматическая терапия (антидиарейные препараты, коррекция анемии, метаболических нарушений)

# Базисная терапия ВЗК

## I. Препараты 5-АСК (сульфасалазин, месалазин, салофальк, клаверзал, асакол, роваза, пентаса)

- ингибирование синтеза лейкотриенов, простагландинов и медиаторов воспаления в толстой кишке (выраженный противовоспалительный эффект)
- возможно, сульфасалазин проявляет и антибактериальный эффект, подавляя рост анаэробной флоры, особенно клостридий и бактероидов, преимущественно за счет неабсорбированного сульфапиридина.



# Выбор препарата в зависимости от локализации поражения.

- подвздошная и толстая кишка - месалазин (Pentasa и Asacol), так как высвобождение собственно активного вещества — 5-АСК — при этом происходит непосредственно в тонкой и толстой кишке.
- изолированное поражение толстой кишки - сульфасалазин или олсалазин (Dipentum), так как высвобождение 5-АСК из этих препаратов происходит под действием гидролитической активности бактерий толстой кишки.
- Изолированное поражение тонкой кишкой - "Pentasa". Собственная токсичность 5-АСК минимальна.

При применении препаратов 5-АСК, в ряде случаев отмечается дозозависимый эффект, что заставляет увеличивать дозу препарата для достижения ремиссии.

Поддерживающая терапия (половина от назначенной терапевтической дозы) проводится длительно, что позволяет добиться стойкой ремиссии и снижает риск малигнизации толстой кишки.

При длительном применении сульфасалазина (с целью поддерживающей терапии) учитываются побочные явления препарата, в первую очередь, гепатотоксичность.

# Эффективность лекарственных препаратов 5-АСК и ее азосоединений с сульфапиридом при болезни Крона различной локализации

Препараты	Локализация			
	12-перстная кишка	Тощая кишка	Подвздошная кишка	Толстая кишка
пентаса	+	+	+	-
клаверсал	-	+	+	-
лисасал	-	+	+	-
салофальк	-	-	+	-
дипентум	-	-	-	+
балсалазин	-	-	-	+
сульфасалазин	-	-	-	+
асакол	-	-	-	+
мезакол	-	-	+	+

(+) – эффективность, (-) – препарат не эффективен

# Побочные эффекты 5-АСК

- желудочно-кишечных проявлений (анорексия, тошнота, рвота, боли в эпигастрии);
  - общих симптомов (головная боль, лихорадка, слабость/артралгии);
  - гематологических нарушений (агранулоцитоз, панцитопения, анемия, меттемоглобинемия, геморрагический синдром);
  - гранулематозного гепатита;
  - олигоспермии и мужского бесплодия.
- сульфасалазин тормозит всасывание в тонкой кишке фолиевой кислоты, поэтому больным, получающим сульфасалазин, необходимо принимать также фолиевую кислоту по 0.002 г 3 раза в день.

При развитии побочных эффектов препарат отменяется до полного их исчезновения, затем можно повторно назначить препарат в половинной дозе и попытаться повысить ее до оптимальной. При левосторонней дистальной локализации НЯК (проктит, проктосигмоидит) сульфасалазин можно применять в виде микроклизм и свечей.

## II. Глюкокортикоидные препараты (преднизолон, гидрокортизон)

- накапливаются в области воспаления в толстой кишке при НЯК и блокируют высвобождение арахидоновой кислоты
- предотвращают образование медиаторов воспаления (простагландинов и лейкотриенов)
- уменьшают проницаемость капилляров, т.е. оказывают мощное противовоспалительное действие
- иммунодепрессантное, десенсибилизирующее действие.

Глюкокортикоиды могут применяться внутрь, внутривенно и ректально.

У больных НЯК, ограниченным прямой и сигмовидной кишкой, глюкокортикоиды можно назначать в свечах или клизмах.

# Показания к назначению ГКС

- Тяжелое течение заболевания с высокой активностью процесса
- Системные осложнения (поражение суставов, глаз)
- Рецидив болезни после операции
- Выраженная анемия
- Значительная потеря массы тела

# Побочные эффекты ГКС

- Системный остеопороз
- Стероидный сахарный диабет
- Артериальная гипертензия
- Кушингоидный синдром
- Стероидные язвы желудка и 12-перстной кишки
- Асептический некроз головки бедренной кости
- Гиперкоагуляция, угроза тромбозов
- Нарушение менструального цикла
- Акне
- Нарушение психики

# Топические стероиды

Стероидные гормоны местного действия,  
создающие высокую концентрацию  
препарата в очаге поражения и практически  
не имеющие побочных эффектов



# Причины и цели создания топических стероидов

- Низкая эффективность 5-АСК даже при легкой форме БК
- Попытка избежать побочных реакций системных стероидов и увеличить длительность лечения
- Преодоление одного из механизмов резистентности и повышение эффективности стероидной терапии
- Создание безопасной альтернативы иммуносупрессорам

# Существующие топические стероиды

## Препарат

## Форма выпуска

Тиксокортол

ректальная

Будесонид (буденофальк)

оральная, ректальная

Будесонид (энтокорт)

оральная, ректальная

Беклометазон

ректальная

Флютиказон

ректальная

# Свойства топических стероидов

- Высокое сродство к стероидным рецепторам в тканях
- Низкая системная биодоступность (не более 10%)
- Высокий пресистемный метаболизм
- Низкая всасываемость из кишечника

### III. Цитостатики (негормональные иммунодепрессанты-азатиоприн, метотрексат, циклоспорин, инфликсимаб)

- оказывают противовоспалительное и иммунодепрессивное действие,
- подавляют иммунные механизмы патогенеза НЯК и болезни Крона.
- при комбинации азатиоприна (имурана) с преднизолоном быстрее наступает ремиссия (возможность снизить большую дозу ГКС).
- влияют на клеточное звено иммунитета, подавляя синтез и выделение интерлейкина-2, тормозя функцию Т-лимфоцитов-хелперов и продукцию аутоантител. Лечение циклоспорином назначается тогда, когда все предыдущие методы лечения оказались неэффективными (т.е. циклоспорин является препаратом "последнего ряда").

Препарат не влияет на костный мозг, но является нефротоксичным.

# Показания к назначению иммуносупрессоров

- Непереносимость стероидов
- Побочные эффекты стероидов
- Гормонозависимость
- Гормонорезистентность

# Побочные эффекты цитостатиков

- Панцитопения
- Анемия
- Лейкопения
- Развитие панкреатита
- Присоединение инфекционно-воспалительных заболеваний

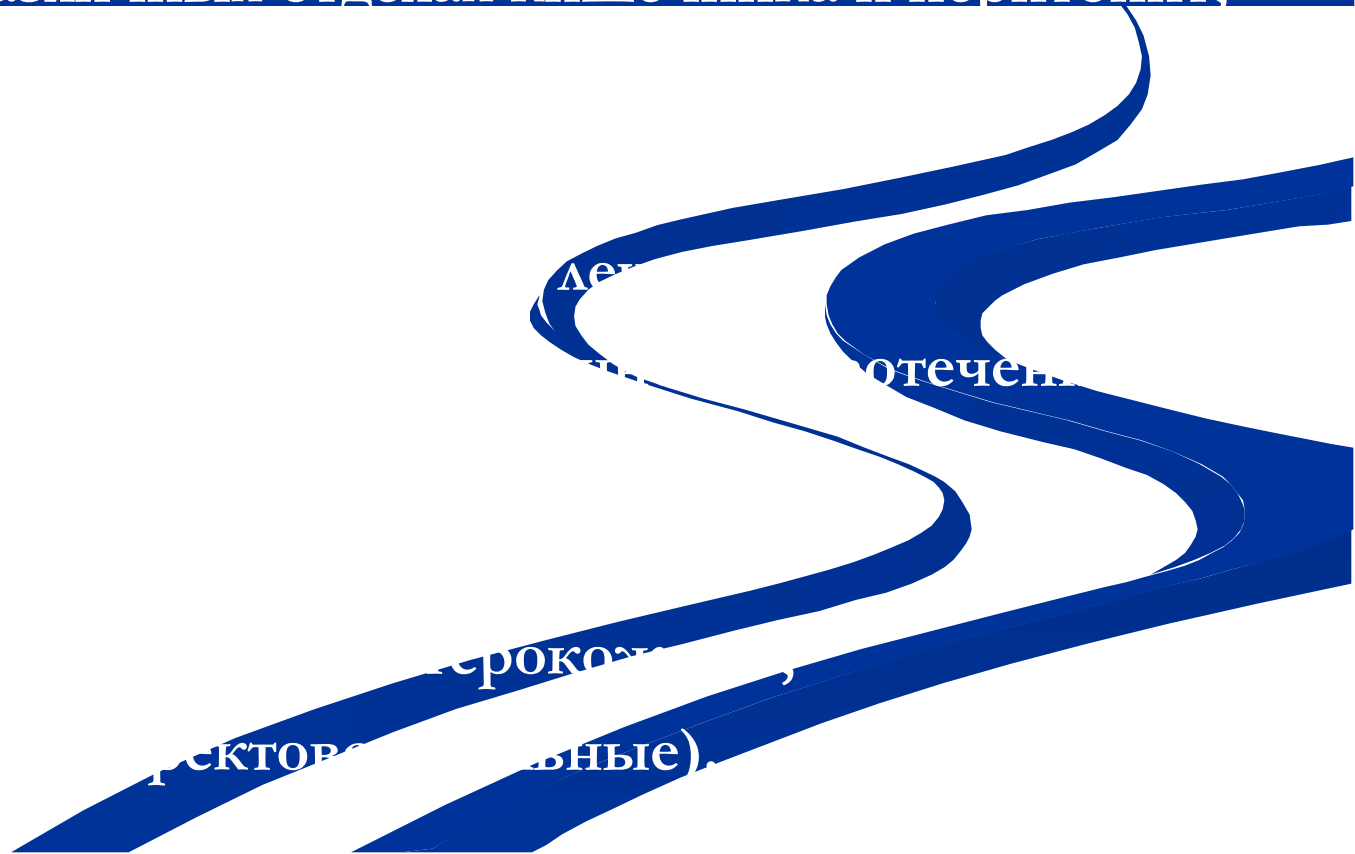
# Препараты противопоказанные пациентам с ВЗК

- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
- Антиагреганты
- М-холинолитики (атропин, платифиллин, папаверин)
- Статины
- Антидиарейные препараты (лоперамид, имодиум)



# Показания к хирургическому лечению ВЗК

- стенозирование кишки, острая или хроническая обтурация тонкой кишки;
- перфорация в различных отделах кишечника и перитонит;



# Когда необходима госпитализация

- Кровянистые поносы (6 и более раз в день)
- Лихорадка (более 37 С)/ тахикардия (более 90 в минуту)
- Анемия (Hb менее 100 г/л)
- СОЭ более 30 мм/ч
- Альбумин менее 35 г/л

# Прогноз заболевания при НЯК

- В первые годы заболевания приблизительно у 40% пациентов ремиссия наблюдается каждый год
- В последующие три (со 2-го по 4-й) года у 40-50 % пациентов возникает обострение заболевания каждый год, но эта цифра через 10 лет снижается до 30 %
- Примерно 20 % пациентов в течение 10 лет подвергаются колонэктомии и 30 % — в течение 25 лет
- У приблизительно 1/4 пациентов возникает только единичный эпизод заболевания
- После 5 лет только у 1 % пациентов сохраняется активная форма заболевания, и чем дольше пациент находится в состоянии ремиссии, тем меньше вероятность возникновения впоследствии обострений заболевания.

Спасибо за внимание!!!