

«Астана медицина университеті» КЕАҚ
Ішкі аурулар кафедрасы

Тақырыбы: Крон ауруы

Орындаған: Елюбаева С. Н.
Қабылдаған: Сагындыкова Г. Ж
Тобы: 432 ЖМ

Нұр – Сұлтан, 2019

ЖОСПАРЫ:

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

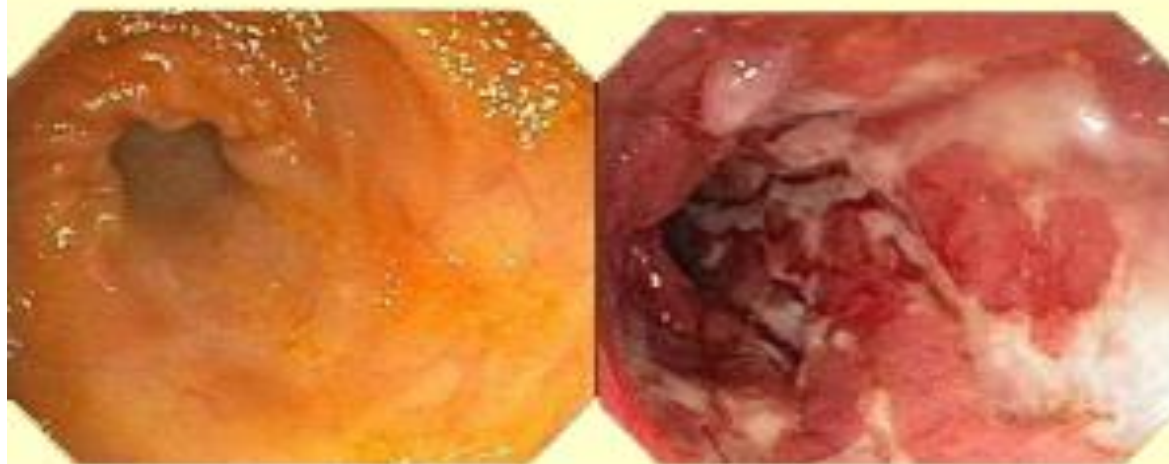
- 1) Анықтама, классификация, этиология
- 2) Клиника, патогенез
- 3) Диагностика, емі
- 4) **III.Қорытынды**

Пайдаланылған әдебиеттер.



Крон ауруы— асқорыту жолының әртүрлі бөліктерінің сегментарлы зақымдануымен жүретін және зақымдану процесі гранулемалық қабынумен сипатталатын созылмалы рецидивтеуші ауру.

ТОНКАЯ КИШКА



НОРМА

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Этиологиясы (белгісіз)

- Вирустар, хламидиялар, иерсиниялар;
- Патогендік энтеробактериялардың, анаэробтық микробтардың және ішек таяқшаларының патогенді түрлерінің көбеюі;
- Бифидобактериялардың азаюы;
- Тағам құрамында өсімдік клетчаткасының тапшылығы;
- Химиялық консерванттарды және бояуларды тамаққа көп мөлшерде қосу;
- Оральдік контрацептикалық дәрмектерді жиі қабылдау;
- Ген факторлары HLA B27 антигені



ПАТОГЕНЕЗ

- Ішек тіндерінің антигендеріне Ig A класына жататын аутоантиденелер түзіледі және ішектің шырышты қабатында сенсibiliзацияланған лимфоциттер жиналады.
- Осыдан асқорыту жолында гранулемалық қабыну процесі, жаралар және некроздар дамиды. Алдымен шырышты қабатта гранулема тәрізді инфильтраттар түзіледі және лимфалық фоликулалар мен пейерлік түймедақтар гиперплазияланады.
- Гранулемалар лимфоциттерден тұрады, ортасында Ланганс жасушаларына ұқсайтын алып жасушалар болады. Жүре бара гранулемалық процесс ішек қабырғасының барлық қабаттарына, тамырларына, лимфа түйіндеріне таралады. Шырышасты қабатта гиперплазияланған лимфалық фолликулалар тесіліп, жараға айналады.



- . Ішектің ішкі бетінде ұзыннан және көлденең орналасқан саңылау тәрізді терең және жіңішке жаралар пайда болады.
- Шырышты қабат ісініп, томпаяды. Эндоскопиялық көрінісінде ішектің ішкі қабаты тас төсеген көшеге ұқсайды. Процесс шырышты қабаттан басталып, барлық қабаттарын қамтиды, ішек трансмуральды қабынып, сірлі қабатқа дейін таралады.
- Сірлі қабаттың қабынуынан ішектің ілмектері бір-бірімен және көрші ағзалармен жабысып, инфильтраттар түзеді. Пальпация кезінде ауырсынатын, қозғалмалы шамалы тығыз ісік тәрізді құрылымдар анықталады. Жаралардың тереңдігінен абсцестер мен жыланкөздер пайда болады. Жараның тыртықтанып жазылуынан ішектің өзегі тарылады.



**Инфекция
бактериялар,
микобактерия,
вирус**

**Тағамдарға
аллергия**

**Қоршаған
ортаның зиянды
ықпалдары**

Ішекшілік антигендер ретінде әсер етуі

**Ішектің патологиялық иммундық реакциясы.
Иммунды кемістік, секрециялық Ig A ның тапшылығы,
реттеу қызметінің бұзылысы, иммундық
толеранттықтың төмендеуі**

Ішек қабырғасының созылмалы қабынуы



КЛАССИФИКАЦИЯ

I. Клиникалық сатысына байланысты жіктелуі:

- Жедел
- Созылмалы

II. Зақымдану процесінің орналасуына байланысты жіктелуі:

- Жіңішке ішекте
- Илеоцекальды аймақта
- Жіңішке және жуан ішектің сегменттерінде
- Ішектің басқа ағзалармен қосыла зақымдануымен

III. Асқынуы



Клиникалық көрінісінде байқалады:

- Ішектік синдром
- Өткір қабынудан болатын эндотоксемия
- Ішектен тыс зақымданулар
- Мальабсорбция синдромы

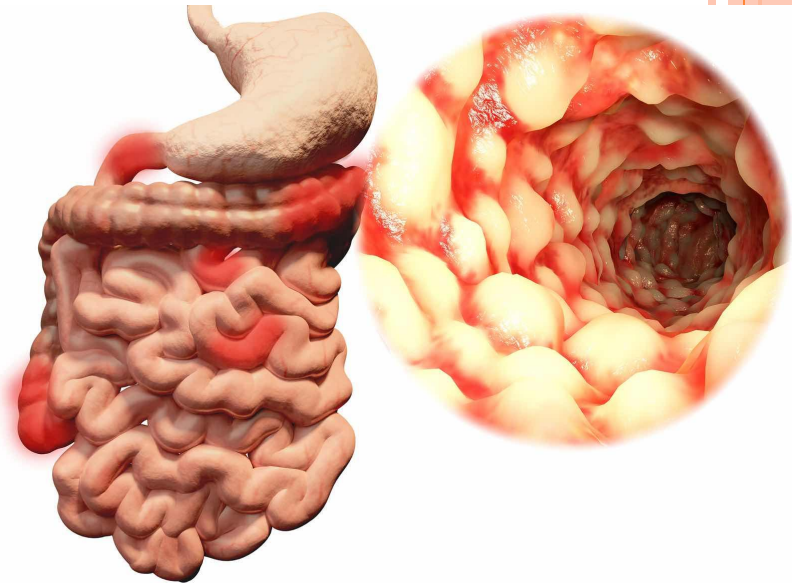
Клиникалық түрлеріне байланысты жіктелуі:

- **қабыну**— инфильтративті- (тоқ ішекте басым) профузды диарея, өткір қабыну белгілері, дене салмағының төмендеуі.
- **стеноздаушы (ішек тарылуына әкелетін)**- (жіңішке және илеоцекальды ішекте басым) ішек өтімсіздігін тудырады.
- **перфорациялық (фистулалар түзілуіне әкелетін)**- абдоминальды инфильтраттар, ішекаралық жыланкөздер мен абсцестер дамиды.

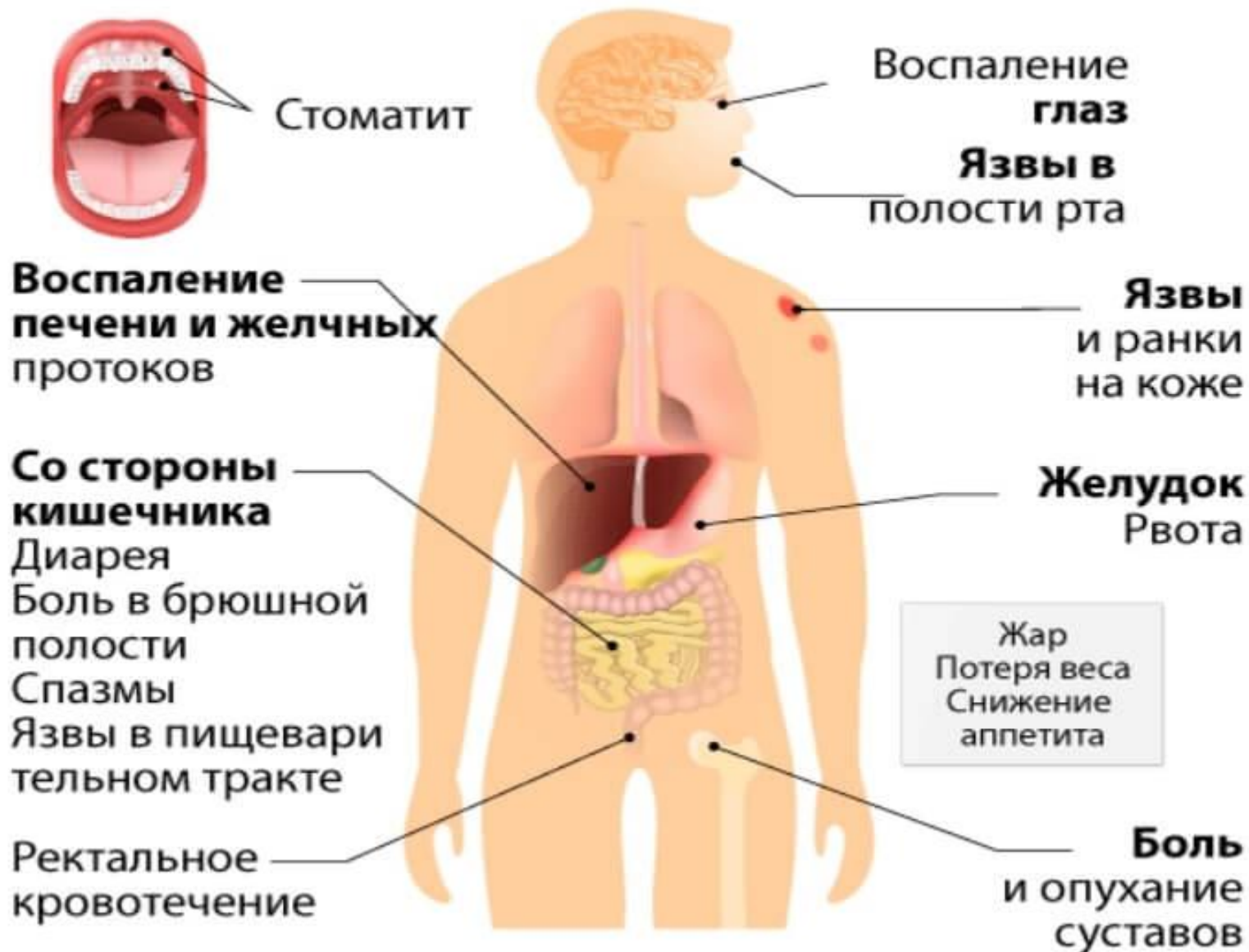


Ауруға тән симптомдар:

- Іштің өтуі, шұрқырайды, кебуі ;
- іштің ауыруы (Іштің белгілі бір аймағы ауырады, ауыратын аймақ зақымданған ішектің проекциясына сәйкес келеді);
- тез арықтау;
- қызудың әлсін әлсін биіктеуі..
- Науқастарда көптен келе жатқан анемия;
- себепсіз (диареясыз) арықтау;
- жедел басталатын қызба дерттің жалғыз белгісі
- әлсіздік, шаршағыштық,
- мальабсорбция



Проявления болезни Крона



Жіңішке ішек зақымдануындағы клиникалық ерекшеліктер:

□ Іш өтуі жиі емес, қоймалжын, жіңішке ішек тұтас зақымданған кезде сұйық су тәрізді жиі өтуі байқалады. тамақтан соң іш ұстамалы түрде бұрап ауырады, себебі асқазан –ішектік рефлексстен ішек перистальтикасының күшеюі.

□ Мықын ішек басым зақымдалса- В12 тапшылықты анемия

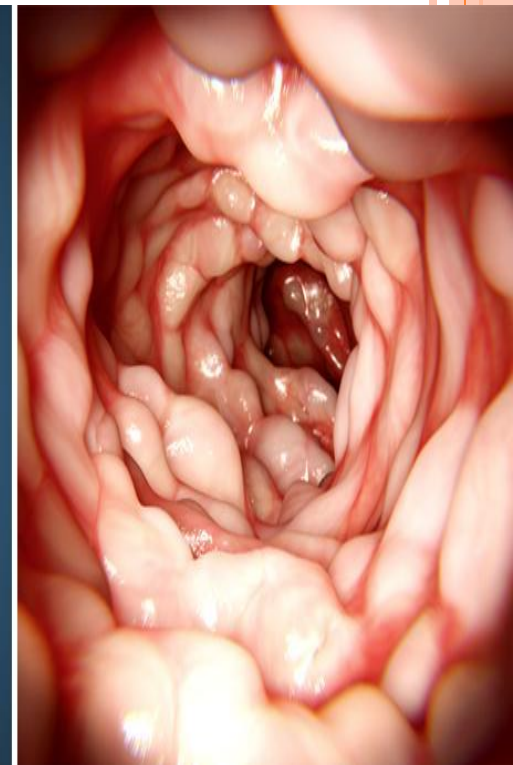
□ Оң мықын аймағында немесе басқа аймақта ісік тәрізді құрылым жиі анықталады

□ 12еліішектің постбульбарлы жараларымен көрінеді

□ Тамақтан соң іштің бүріп ауыруы

□ Ішек тарылса- ішектің жартылай өтімсіздігі болады

□ Сыртқы және ішкі жыланкөздер дамуы мүмкін



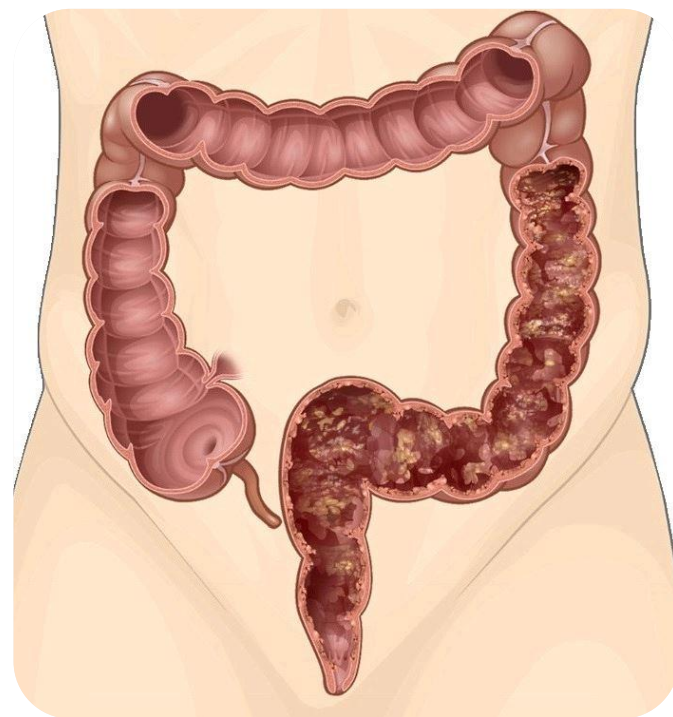
Тоқ ішектегі зақымдану ерекшеліктері:

- Іштің жиі тәулігіне 10-12 ретке дейін өтуі, төмендеген бөлігі және сигма тәрізді ішек зақымданғанда нәжіске қан араласуы және түнде дәретке барудың жиілеуі.
- Іштің төменгі аймақтарында ауырсыну тамақтан соң, қимылдағаннан кейін, клизмадан соң және дефекация алдында күшейеді.
- Зақымданған ішек бөліктері қол тигізсе ауырады
- Тік ішектің дара зақымдануынан гөрі, артқы өтістің зақымдануымен жүреді



Артқы өтіс аймағының зақымдануы

- Жіңішке ішектің дистальді бөлігі тоқ ішектің проксимальді бөлігі зақымдалғанда байқалады
- Артқы өтіс терісі қабынып тілінеді
- Ішектен итыс жүретін дерттер байқалмайды
- Қабыну тік ішекке, ұмаға, қынапқа берілуі мүмкін



КРОН АУРУЫНЫҢ ШЕКТЕН ТЫС КӨРІНІСТЕРІ

- Кон ауруының активтілігіне тәуелді
- Ауыз қуысының, тілдің афталары, түйінді эритема, көздің зақымдалуы , артриттер

- Дерттің активтілігіне тәуелсіз

А) HLA B27 генотипіне гендік байланысы болуы мүмкін зақымданулар (анкилоздаушы спондилоартрит, сакроилеит, көз патологиясы)

Б) ішектің зақымдануынан болатын асқынулар

Нефролитиаз

Мальабсорбция синдромы

Өт тастарының түзілуі

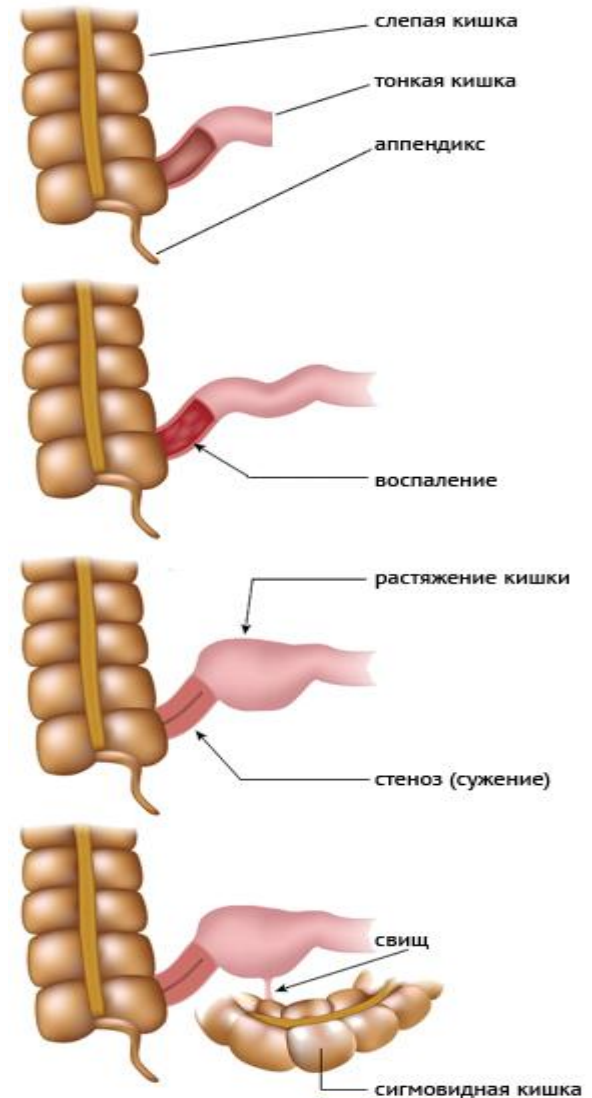
Екіншілік амилоидоз



КРОН АУРУЫНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ

- Жыланкөздер
- Артқы өтіс аймағындағы зақымданулар
- Инфильтраттардың түзілуіне әкелетін жабысқақтық процесс
- Ішек стеноздары
- Ішек перфорациясы
- Уытты мегаколон
- Екіншілік амилоидоз
- В12 тапшылықты анемия

Болезнь Крона и её осложнения



АСПАПТЫҚ ЖӘНЕ ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР:

- ▣ **Жалпы қан анализінде** -В12 тапшылықты, теміртапшылықты, постгеморрагиялық анемиялардың белгілері, лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарлауы.
- ▣ **Биохимиялық қан анализінде** -жедел фазалық көрсеткіштердің жоғарлауы, гипоальбуминемия, гипополипидемия, гипогликемия, гипокальцемиа.
- ▣ **Нәжістің анализі:** стеаторея, Греггерсеннің оң сынамасы, белоктың болуы, микрофлораның дисбактериозға тән өзгерістері.



- Рентгенологиялық зерттеу: (энтероскопия, ирригоскопия)
- Шырышты қабаттың көлемі әртүрлі жаралары, **“тас көше” көріністері**, ішек контурындағы тікен тәрізді өспелер, зақымданған ішек бөліктерінің қысқаруы.
- Эндоскопия (сигмоидоскопия, колоноскопия) кезінде — шырышасты қабаттың ісінуі, тамыр өрнегінің жойылуы, инфильтрациялық фазадағы жаралар, ішектің стриктуралары.
- Шырышты қабатты морфологиялық зерттеу кезінде - биоптатта туберкулоидтық және саркоидтық типті гранулемалар анықталады.



КРОН АУРУЫН ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ:

- **Дәрісіз ем**
- Диета №4, 4б
- Өршу кезінде аз-аздан жиі күніне 5-6 рет тамақтандыру;
- Диарея ұзақ уақыттан келе жатса белок мөлшерін көбейту 1,3-2г/кг тәулігіне;
- Қантты мол тағамдарды шектеу, себебі ол аурудың өршуіне түрткі болады;
- Іш өтуін тоқтату үшін лактозасыз (сүтсіз) тағамдарды ішкізеді;
- Стеаторея болса- майдың мөлшерін шектеу;
- Темірдің, фолий қышқылының, майда еритін витаминдердің тапшылығын жою.



ТАМАҚТАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

- Майларды, КҚМҚ, омега-6, майлы қышқылдар және етті көп мөлшерде қабылдау
- Жасұнық және жеміс-жидектерде көп мөлшерде қабылдау (күн сайын 22,1 г/тәу жоғары қабылдау)
- Көмірсутегілерді қабылдау
- Д витамин
- Мырыш (тағамдық қоспа және дәрі-дәрмектерден алынған мырышпен салыстырғанда тамақтану өнімдерінде көп мөлшерде,)
- Жеміс-жидектерді аз мөлшерде қабылдай отырып, қантты және алкогольі жоқ сусындарды көп мөлшерде қабылдау



ДӘРІЛІК ЕМІ

- Гидрокортизон 100мгх3 рет №5
- Трихополды 500мгх3 рет per os
- Жүрек айнуы басылған соң гидрокортизонды преднизолонға ауыстырады, оны тәулігіне 40 мг ішкізе бастайды. Ауыр анемия болса гемотрансфузия жасалады.
- **Егер науқастың жағдайы жақсармаса асқынұға күдіктену қажет, бұл кезде хирургиялық ем көрсетіледі.**
- **5-аминоқышқыл туындыларымен емдеу-глюкокортикоидтардың альтернативті емі болып табылады.** Сульфасалазин күніне 2 г ішкізеді, месалазин күніне 1200 мг (преднизолонмен қатар).
- **Дисбактериозды емдеу-**метронидазол 400-500 мг күніне 3 рет немесе ципрофлоксацин 500мг күніне 2 рет.
- **Стероидты ем нәтижесіз болса цитостатиктер беріледі-** азатиоприн 2-2,5мг/кг тәулігіне преднизолонмен бірге, ұзақтығы 1 ай.соңғы кездері преднизолонмен бірге циклоспорин 5-10мг/кг/тәул қолданылуда.

▣ **Иммуномодуляторлар. Тиопуриндер.** Тиопуриндер Крон ауруының белсеңділігі кезінде ремиссияны индукциялау үшін ұсынылмайды, бірақ ремиссияны тұрақтандыру үшін тиімді болып келеді. Тиопуриндермен емдеу кезінде тиімді нәтижені алу үшін 4 апта бойы қолдану қажет (мақсаттық мөлшеріне жеткеннен кейін).

· **Метотрексат.** Метотрексатты парентералды енгізген кезінде, аптасына 1 рет 25 мг тері астына немесе бұлшықетке, КА бар стероидорезистенті немесе стеродтарға тәуелді емделушілерде стероидатрдың мөлшерін төмендету және ремиссияға жету үшін тиімді.. төмен мөлшерлер тиімсіз болады. Ремиссияны тұрақтандыру 15 мг/апта мөлшерлі метатрексатпен жүргізіледі..

· **Биологиялық терапия.** Биологиялық терапияны қолдану туралы шешім қабылдауға әсер ететін факторлар:

- тез арада стероидсыз ремиссияға қол жеткізу үшін;
- шырышты қабығының толығымен жазылу үшін;
- ауруханаға жату жиілігі және хирургиялық араласуды төмендету үшін;
- емделушілердің өмір сапасын жақсарту үшін.



□ **КА хирургиялық емдеуге көрсетілімдер:**
Шұғыл операциялық араласуды талап ететіндер:

- Ішектік қан кету;
- Аш және тоқ ішектің перфорациясы
- жиек ішектің улылық дилатациясы;

Жоспарлы тәртіпте оталық араласуды қажет ететіндер:

- рецидив (аурудың асқынуы) немесе жергілікті аурулар: хирургиялық емдеу емдеу нұсқасы ретінде әрқашанда қарастырылуы тиіс. (EL4);
- стеноздар және тарылулар, обструкция симптомдарымен көрінеді: ас қазан немесе гастродуоденалды жаралар кезінде хирургиялық емдеу тек симптоматикалық тарылулар болған кезінде ;
- басқа ағзалармен байланысқан ішекті-терілі немесе ішкі қарынды жаралар;
- ішкі қарынды немесе ретропреитонеалды абсцестерді дренаждау қажеттілігі.
Егер аш ішекте белсеңді үрдіс абдоминалды үрдіспен бірге түзелетін болса, онда біріншіден антибиотикатарды қолдана отырып, тері арқылы немесе хирургиялық дренажды жасайды, кейін ғана мерзімі ұзартылған резекцияны жасайды (EL5);
- физикалық дамуының тоқтап қалуы (AIT жоғарғы бөлімдері зақымдалған кезінде).



АШ ІШЕКТІҢ ЖӘНЕ ИЛЕОЦЕКАЛДЫ БЕЛДЕМІНДЕ КА ХИРУГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ.

- Әртүрлі мәліметтер бойынша осындай оқшалануға КА бар шамамен $1/3$ емделушілерде кездеседі, ал хирургиялық емдеуге 50% жағдайларында қажет етіледі. Кертартпалық терапияның бірінші тиімсіз курсы өткеннен кейін стриктураны анықтаған кезінде **ішектің зақымдалған бөлігінің резекциясы** ең тиімді әдіс болып келеді.

Құрсақ қуысының абцессі қалыптасқан белсеңді КА таралуы кезінде антибиотиктерді тағайындап, кейін дренажды жүргізіп, қажет жағдайларында зақымдалған учаскенің резекциясын жасауға болады

-



Тоқ ішектің КА хирургиялық емделуі.

- Тоқ ішектің оқшауланған зақымдануында хирургиялық араласудың қажеттілік жағдайында (ішектің $1/3$ бөлігінің зақымдалуы) сау тіндерінің шегінде анастомозды қалыптастыра отырып тек зақымдалған бөлігінде резекцияны жүргізген жөн. Ішектің үлкен бөлігінің резекциясы тоқ ішектің екі әртүрлі сегменттерінің зақымдалу жағдайларында ғана мүмкін.
- КА кезінде диффузиялық зақымдалу мен дистальды колит кезінде субтоталды колэктамияның біршама агрессивті әдістемесін, колопрэктомияға дейін қолдануға мүмкін, бұл аурудың рецидив қауіптілігін төмендетуге және мерзімін ұзартуға болады. Тоқ ішектің тоталды зақымдалуы бар емделушілерде ауыр клиникалық белгілер болмаған жағдайда, тоқ ішекте қабыну өзгерістерінің ең төменгі белсенділігінде, анальды сфинктердің сәйкес функциясында және перианалды зақымдалуының жоқтығында ота илеоректалды анастомозды қалыптастыра отырып колэктамия түрінде жүргізіледі [
- Лапароскопиялық әдіс ашық лапаротомияның қауіпсіз әдісі болып келеді, әсіресе ішектің мықын-жиек бөлігінде резекция жүргізу кезінде ұсынылады.



ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБЕТТЕР:

1. <http://kazmedic.kz>
2. www.google.kz

