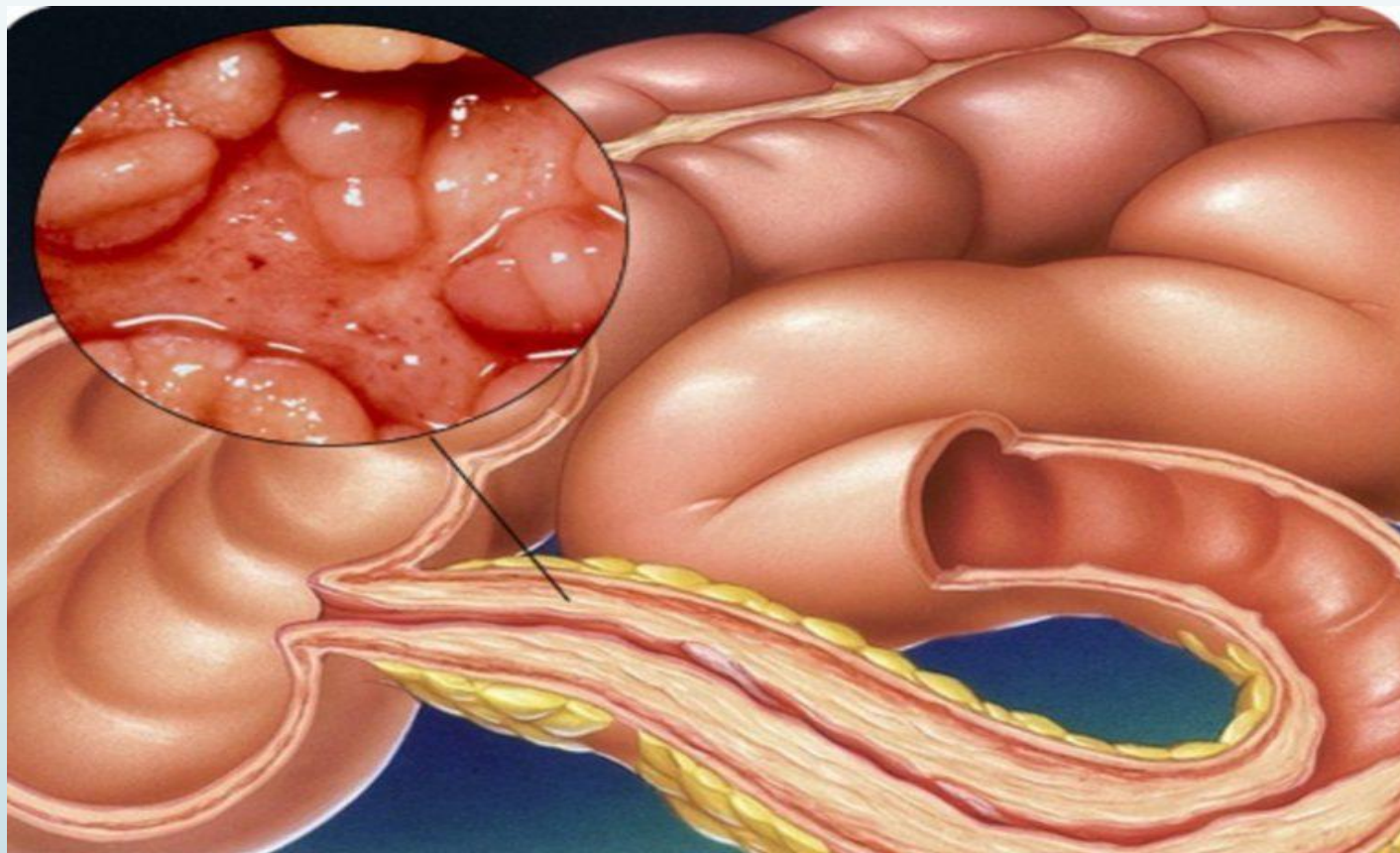


ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И
.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Болезнь Крона.

ВЫПОЛНИЛА:
СТУДЕНТКА 5 КУРСА
17 ГРУППЫ Л.Ф.
МОРОЗ ЕЛИЗАВЕТА
СЕРГЕЕВНА

Болезнь Крона (БК)- хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.





Эпидемиология.

- ❖ распространенность достигает 322 на 100000 человек
- ❖ распространенность БК выше в северных широтах и на Западе
- ❖ пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, второй пик заболеваемости- в возрасте 60-70 лет
- ❖ заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин

Классификация по локализации поражения.

Таблица 24.1. Международная классификация болезни Крона (Монреальский Всемирный конгресс гастроэнтерологов, 2005)

Критерий	Индекс	Пояснение
Возраст манифестации (<i>age at diagnosis</i>)	A1	Младше 16 лет
	A2	От 17 до 40 лет
	A3	Старше 40 лет
Локализация (<i>location</i>)	L1	Илеит
	L2	Колит
	L3	Илеоколит
	L4	Изолированное поражение верхних отделов ЖКТ*
Течение (<i>behaviour</i>)	B1	Нестенозирующее, непенетрирующее (воспалительное)
	B2	Стенозирующее
	B3	Пенетрирующее
	p	Перианальное поражение**

*L4 может быть самостоятельным либо сочетанным с L1–L3 (поражение верхних и нижних отделов ЖКТ).

**Индекс «р», дополнительный по отношению к B1–B3, вводят при поражении перианальной зоны.

Частота поражения отделов ЖКТ при болезни Крона, по данным Medscape:

- ❖ 45% — подвздошная и ободочная кишка
- ❖ 30% — тонкая кишка
- ❖ 20% — только ободочная
- ❖ 5% — гастродуоденальный отдел или только перианальная область

Классификация по распространенности поражения:

1) Локализованная БК:

- ❖ Поражение протяженностью менее 30 см. Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны
- ❖ Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки

2) Распространенная БК:

- ❖ Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков)

Классификация по характеру течения:

1) Острое течение (менее 6 мес. от дебюта заболевания):

- ❖ С фульминантным началом
- ❖ С постепенным началом

2) Хроническое непрерывное течение

3) Хроническое рецидивирующее течение:

- ❖ Редко рецидивирующее (1 раз в год и реже)
- ❖ Часто рецидивирующее (2 и более раз в год)

Тяжесть атаки БК по критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России:

<i>Критерий</i>	<i>Степень тяжести атаки</i>		
	<i>Легкая</i>	<i>Среднетяжелая</i>	<i>Тяжелая</i>
Средняя частота стула/сутки за последние 3 дня	менее 4	4-6	7 и более
Боль в животе	отсутствует или незначительная	умеренная	сильная
Лихорадка, °С	отсутствует	< 38 ⁰	> 38 ⁰
Тахикардия	отсутствует	< 90 уд. в 1 мин.	> 90 уд. в 1 мин.
Снижение массы тела	отсутствует	< 5%	5% и более
Гемоглобин	> 100 г/л	90-100 г/л	< 90 г/л
СОЭ	норма	< 30 мм/час	> 30 мм/час
Лейкоцитоз	отсутствует	умеренный	высокий с изменением формулы
СРБ	норма	< 10 г/л	> 10 г/л
Гипопротеинемия	отсутствует	незначительная	выраженная
Внекишечные проявления (любые)	нет	есть	есть
Кишечные осложнения (любые)	нет	есть	есть

Этиология заболевания.

- ❖ **Генетические факторы** (выявлена повышенная частота мутации гена CARD15 (ген NOD2))
- ❖ **Иммунологические факторы** (аутоиммунный характер поражения)
- ❖ **Пусковые факторы:** курение, нервный стресс, дефицит витамина D, питание с пониженным содержанием пищевых волокон и повышенным содержанием животного белка, кишечные инфекции, особенно инфекция *C.difficile*.

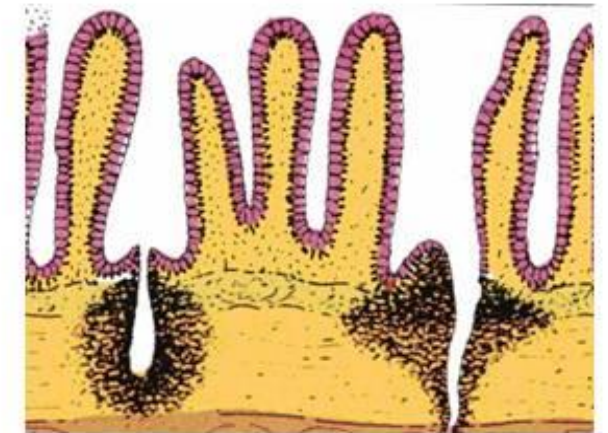
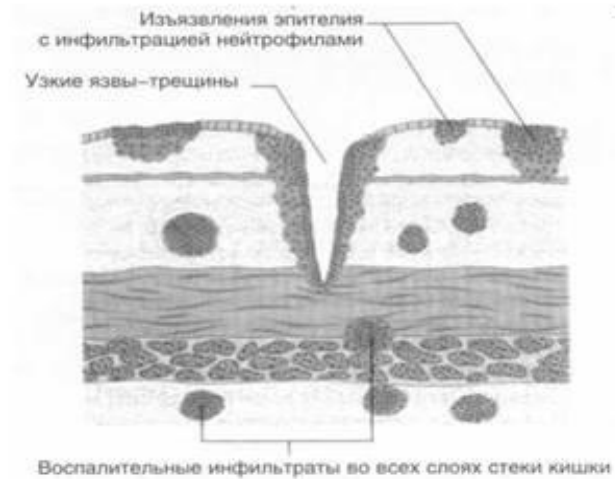
Лекционный материал "ЯК и болезнь Крона" каф. Внутренних болезней, ФГБОУ ВО ТГМУ
Министерства здравоохранения РФ

Issa M., Ananthakrishnan A.N., Binion D.G. Clostridium difficile and inflammatory bowel disease.
Inflamm. Bowel Dis. - 2008

Патогенез.



Схема поражения кишки при болезни Крона.



Для болезни Крона характерно воспаление кишечной стенки на всю толщину: ассиметричное, прерывистое с наличием гранулем.

Клиническая картина.

- ❖ Хроническая диарея (более 6 нед.) в т.ч. с кровью
- ❖ Боль в животе (наиболее частая локализация- правый нижний квадрант живота)
- ❖ Лихорадка
- ❖ Потеря массы тела
- ❖ Симптомы кишечной непроходимости
- ❖ Анемия неясного генеза
- ❖ Периаанальные осложнения (хронические анальные трещины, рецидивирующие после лечения, парапроктит, свищи прямой кишки)

Таблица 4. Внекишечные проявления болезни Крона

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

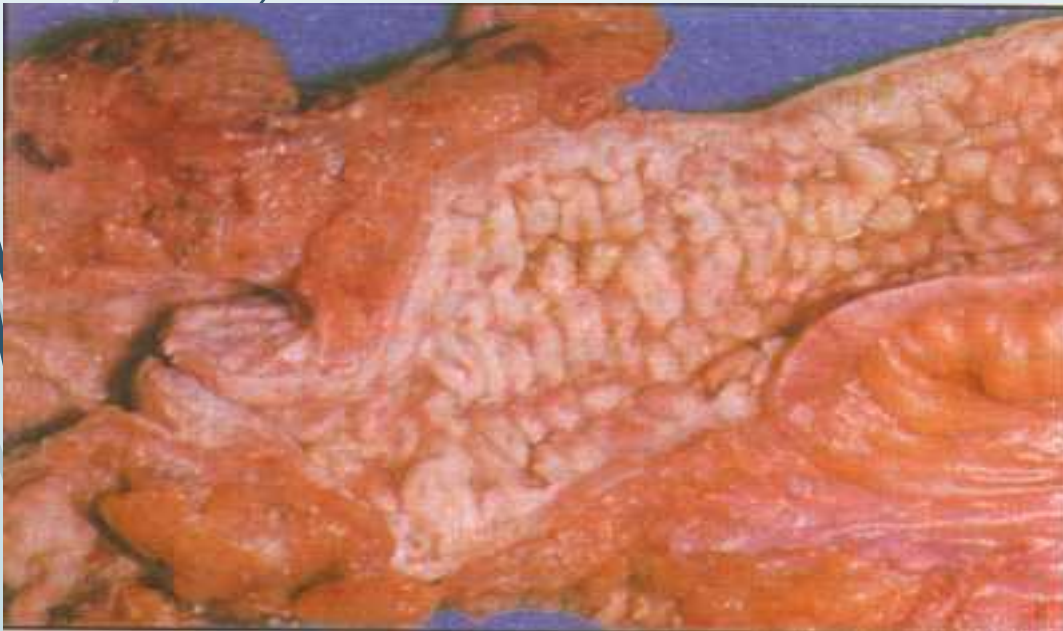
Иллюстрации к клинической картине болезни Крона.

Вид кишечника изнутри при болезни Крона



Расположение гранулематозных изменений при болезни Крона

Преимущественная локализация боли



Диагностика.

- ❖ Физикальный осмотр, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия

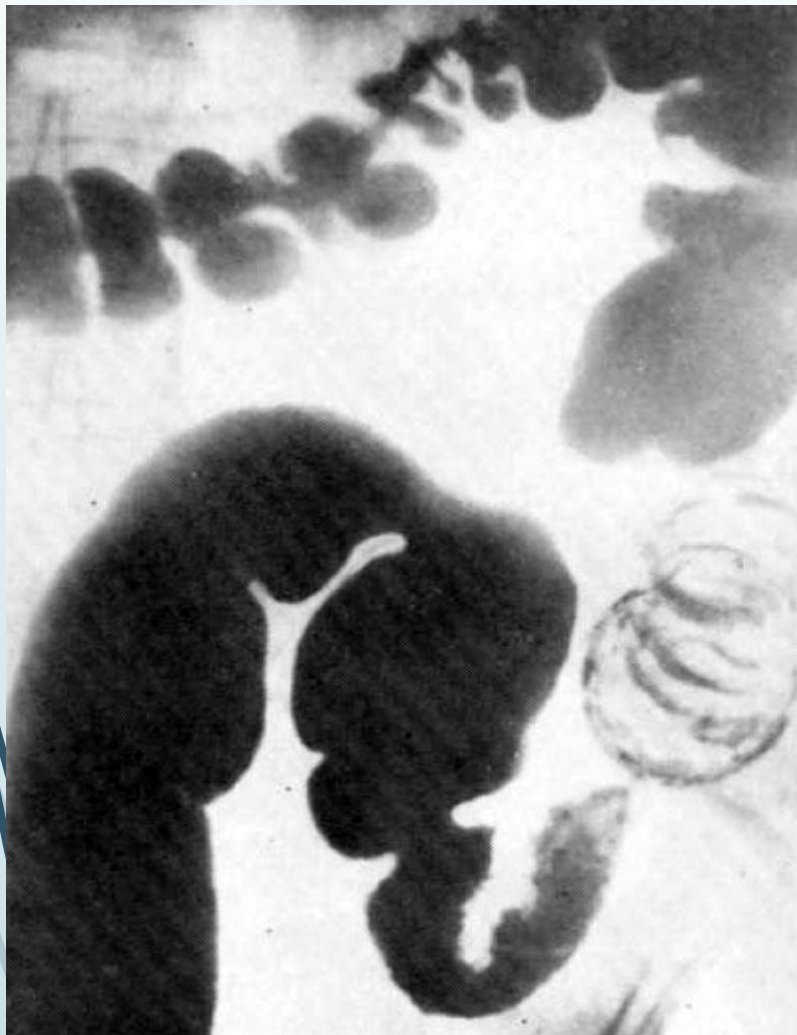
Инструментальная диагностика:

- ❖ Обзорная рентгенография брюшной полости
- ❖ Тотальная колоноскопия с илеоскопией
- ❖ ЭГДС
- ❖ МРТ, КТ с контрастированием кишечника (диагностика свищей, абсцессов, инфильтратов)
- ❖ При невозможности провести МРТ или КТ допустимо рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки с бариевой взвесью (после исключения признаков непроходимости)
- ❖ Биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения
- ❖ УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза
- ❖ Трансректальное ультразвуковое или МР-исследование прямой кишки и анального канала (при перианальных поражениях)

Рекомендации European Crohn and Colitis Organization – ECCO, 2016 год;

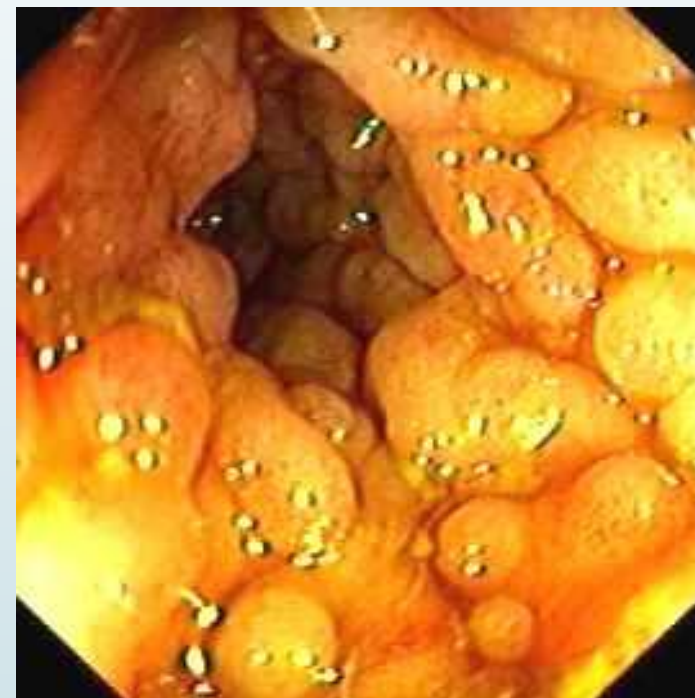
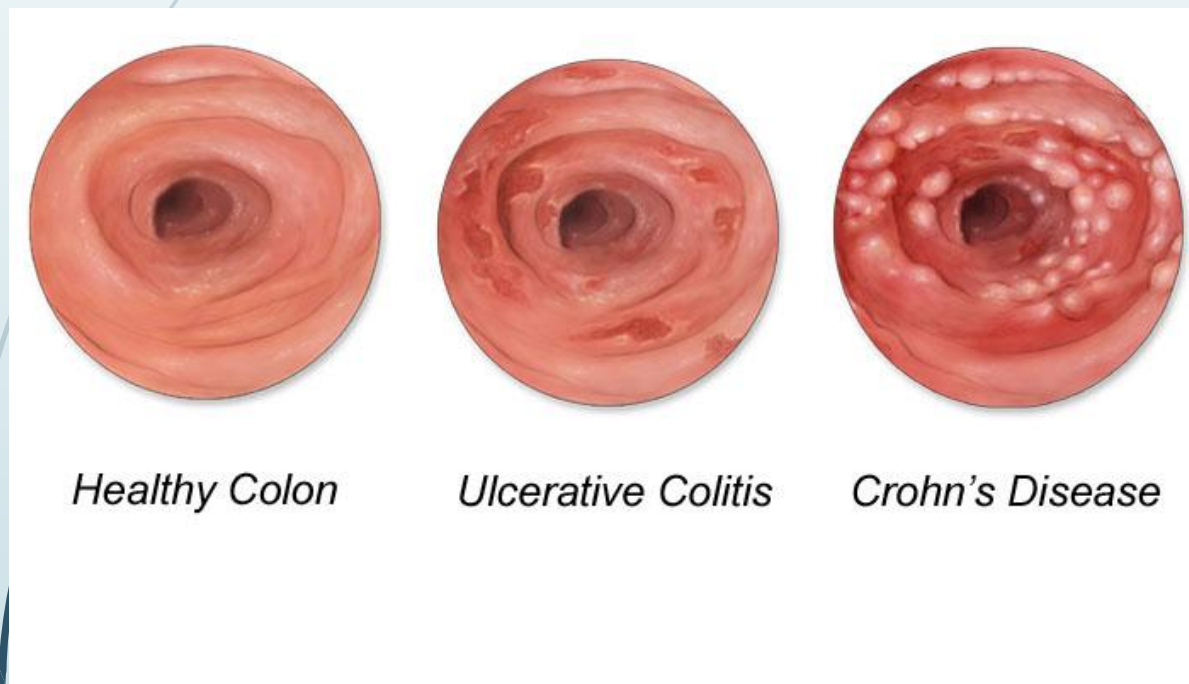
Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона, 2017г.

Болезнь Крона. Свищ между сегментом подвздошной кишки и мочевым пузырем.



Обзорная рентгенограмма ободочной кишки: Болезнь Крона. Деформация терминальной петли подвздошной, слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки с неровными контурами.

Эндоскопическая картина при болезни Крона.



↑
Колоноскопия:
Болезнь Крона.

Лабораторная диагностика.

- ❖ Общий и биохимический анализы крови (скорость оседания эритроцитов (СОЭ)↑, С-реактивный белок↑, общий белок и альбумины, лейкоциты↓, анемия железodefицитная, В-12- или фолат-дефицитная, электролитные нарушения)
- ❖ Анализ кала (для исключения острой кишечной инфекции)
- ❖ Исследование токсинов А и В *C.difficile* (для исключения псевдомембранозного колита)
- ❖ Целесообразно исследовать уровень фолиевой кислоты, витамина В12, сывороточного железа, общую железосвязывающую способность сыворотки, ферритина
- ❖ Фекальный кальпротектин

Лечение.

Консервативное лечение болезни Крона:

- ❖ **системные ГКС** (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид)
- ❖ **иммуносупрессоры** (азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат)
- ❖ **биологические генно-инженерные препараты:** моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаба пэгол) и моноклональные антитела к интегринам, селективно действующие только в ЖКТ
- ❖ **аминосалицилаты** (месалазин, сульфасалазин)
- ❖ для поддержания ремиссии: иммуносупрессоры, биологические препараты и 5-аминосалициловая кислота и ее производные
- ❖ парентеральные препараты железа для коррекции анемии, препараты для коррекции белково-электролитных нарушений, средства для профилактики остеопороза (препараты кальция)
- ❖ **Следует особо отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель!**

Рекомендации European Crohn and Colitis Organization – ECCO, 2016 год;

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона, 2017г.

Хирургическое лечение БК.

- ❖ резекция пораженного отдела кишки с формированием анастомоза или стомы (при перфорации, кишечном кровотечении)
- ❖ субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы (при перфорации толстой кишки)
- ❖ субтотальная резекция ободочной кишки с одноствольной илеостомией (при наличии токсической дилатации ободочной кишки)
- ❖ стриктуропластика



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!