

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

**С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.
Д.АСФЕНДИЯРОВА**

СӨЖ

Тақырыбы: Крон ауруы, бейспецификалық ойық жаралы колиттен айырмашылығы. Жалпы және жергілікті симптомдары. Хирургиялық емдеу.

**Дайындаған: Қалмет А.Қ.
Тексерген: Ибадильдин А.С.
Факультет: ЖМ
Группа: 15/010-1**

Алматы, 2020

ЖОСПАРЫ:

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

- 1) Анықтама, классификация, этиология
- 2) Клиника, патогенез
- 3) Бейспецификалық ойық жаралы колиттен айырмашылығы
- 4) Диагностика, емі

III.Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер.

- Крон ауруы (англ. Crohn's disease, син. — гранулематозды энтерит, жергілікті энтерит, трансмуральды илеит, жергілікті-терминальды илеит) — ауыз қуысынан бастап тік ішекке дейінгі асқазан –ішек жолдарының барлық аймақтарын зақымдаумен жүретін созылмалы спецификалық емес гранулематозды қабыну.
- Бұл ауру 1932 ж әріптес-достарымен бірге алғаш рет аурудың 14 жағдайын жарыққа шығарған америкалық гастроэнтеролог Баррил Бернард Крона атымен аталған.



Асқорыту жолының кез келген аймағы зақымдалуы мүмкін. Ең жиі жіңішке ішек 70%, мықын ішектің терминальды бөлігі, тоқ ішек 30 %. 20-40 жас аралығында адамдарда жиі пайда болады. Әйелдер мен еркектер арасында таралу жиілігі бірдей.



Инфекция
Бактериялар,
иерсиния,
хламидия, вирустар

Тағамдарға аллергия
Таза қантқа,
консерванттық
заттарға, бөгде
белоктарға

Қоршаған ортаның
зиянды ықпалдары
Өндірістік қоқыстармен
ластану

Ішекшілік антигендер ретінде әсер етуі

Ішектің паталогиялық иммундық реакциясы.
Иммундық кемістік, секрециялық IgA –ның тапшылығы, реттеу қызметінің
бұзылысы

Ішек қабырғасының созылмалы қабынуы

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- 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;

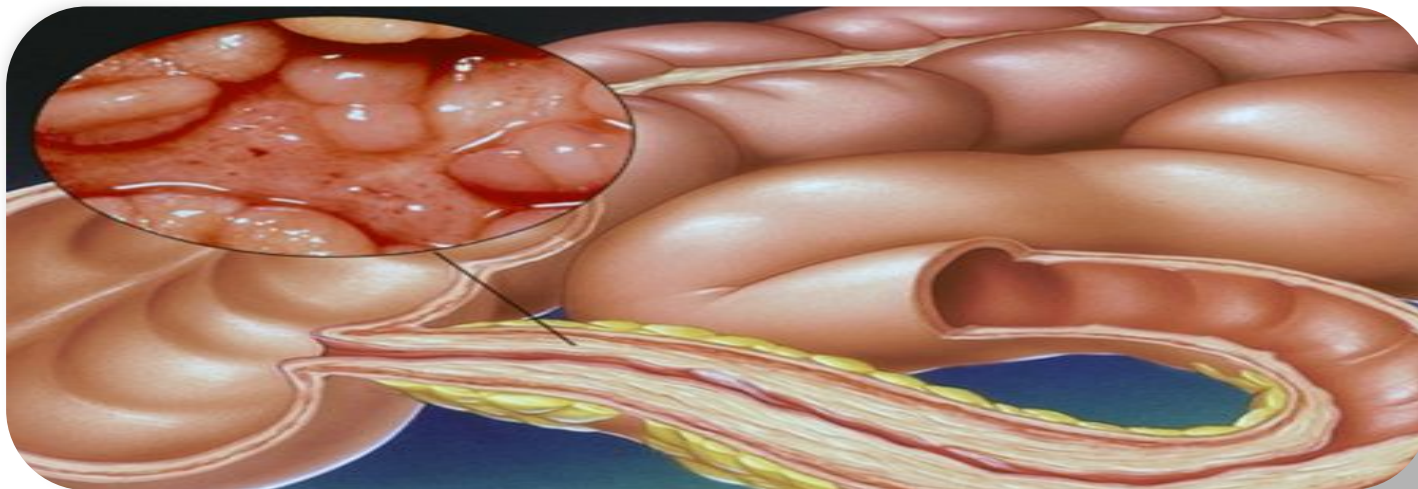


ПАТОГЕНЕЗ

- Ішек тіндерінің антигендеріне Ig A класына жататын аутоантиденелер түзіледі және ішектің шырышты қабатында сенсбилизацияланған лимфоциттер жиналады.
- 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.

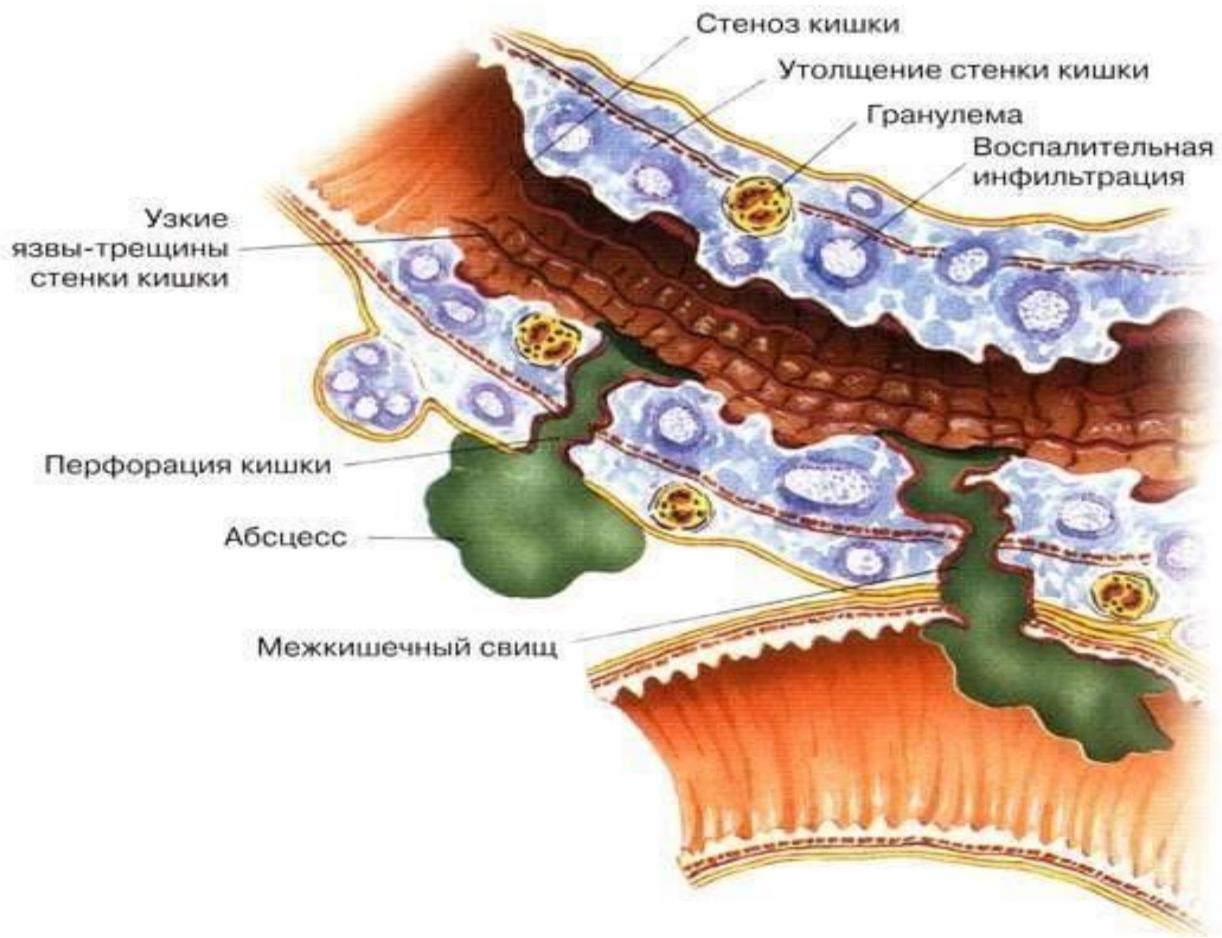
ПАТОГЕНЕЗ

- 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 және ішектің өзегі тарылады.



Патологанатомиялық өзгерістер

- Зақымданған ішек қабырғасының тығызданып қалыңдауы, ішектің резиналық трубкаға ұқсауы
- Ұлғайған, беті бұлыңғыр шажырақай лимфа түйіндері
- Ошақты гранулемалар
- « тас көше » көрінісін беретін терең сызықша тәрізді жаралар
- Жаралардың тыртықтанып жазылуынан болатын екіншілік стриктуралар



ҚАУШ ҚАТЕР ФАКТОРЫ

- ❖ тұқым қуалау бейімділігі
- ❖ микобактериялар
- ❖ қызылша вирусы
- ❖ хламидиялар
- ❖ Candida текті саңырауқұлақта
- ❖ темекі шегу.



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. Клиникалық көрінісінде байқалады:

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

IV. 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.

КЛИНИКА

- ◎ Ауруға тән симптомдар:
- ◎ Іштің өтуі, шұрқырауы, кебуі ;
- ◎ іштің ауыруы (Іштің белгілі бір аймағы ауырады, ауыратын аймақ зақымданған ішектің проекциясына сәйкес келеді);
- ◎ тез арықтау;
- ◎ науқастарда көптен келе жатқан анемия;
- ◎ себепсіз (диареясыз) арықтау;
- ◎ жедел басталатын қызба;
- ◎ әлсіздік, шаршағыштық,
- ◎ мальабсорбция.



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 бүріп ауырады, себебі асқазан –ішектік рефлексстен ішек перистальтикасының күшеюі.

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.

КРОН АУРУЫНЫҢ ШЕКТЕН ТЫС КӨРІНІСТЕРІ:

- 1. дерттің активтілігіне тәуелді түрінде- ауыз қуысының, тілдің жаралары, түйінді эритема, дабыл таяқшалары, көздің зақымданулары-конъюнктивит, эписклерит, увеит, кератит, ирит.
- 2. дерттің активтілігіне тәуелсіз түрінде анкилоздаушы спондилоартрит, сакроилеит, склероздаушы холангит, көз патологиясы, артрит

КРОН АУРУЫНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ:

- Жыланкөздер
- Артқы шығару аймағының зақымданулары
- Ішек стеноздары
- Ішектің перфорациясы
- Ішектен қан кету
- Уытты мегаколон
- Екіншілік амилоидоз
- В12 тапшылықты анемия

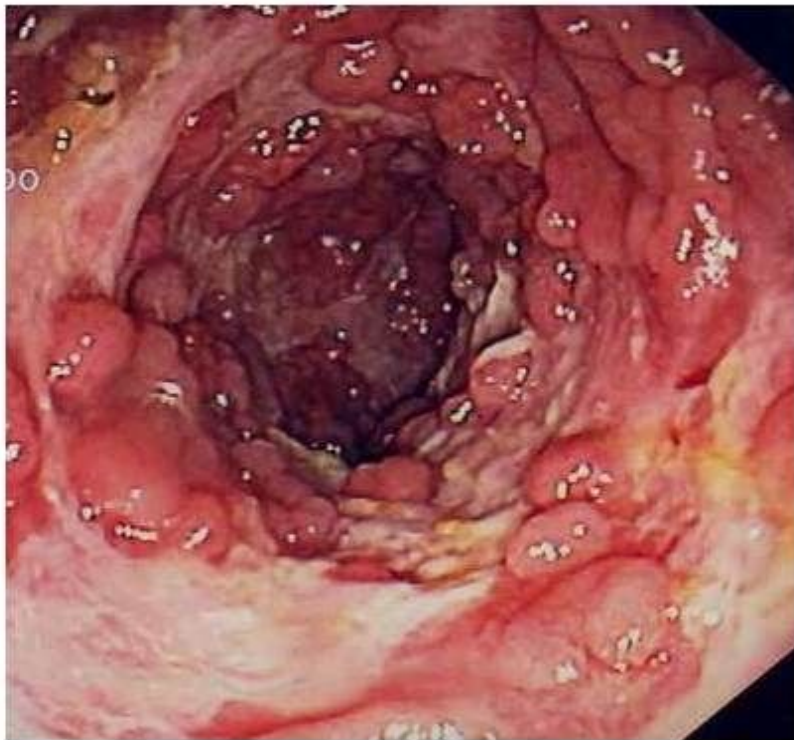
Бейспецификалық ойық жаралы колиттен айырмашылығы

Белгілері	Ойық жаралы колит	Крон ауруы
	Клиникалық белгілері	
Қан аралас диарея	90-100пайыз жағдайда	50пайыз
Құрсақ қуысындағы ісікті түзінді	Өте сирек	Жиі
Зақымданудың перианалді орналасуы	Болмайды	30-50пайыз
Эндоскопиялық		
Проктиттің болуы	100 пайыз жағдайда	50пайыз жағдайда
Гистологиялық		
Зақымданудың таралуы	Кілегей қабат	Ішек қабырғасының барлық қабаттары(трансмуральді)
Жасушалық инфильтраттар	Полиморфты ядролық	Лимфоцитарлы
Бездер	Бұзылған	Қалыпты
Бокал тәрізді жасушалардың азаюы	Жиі	Болмайды
Гранулемалар	Болмайды	Болады,диагностикалық маңызы бар
Рентгенологиялық		
Таралған	Диффузды	Шектелген
Симметриялы	Болады	Болмайды
Ойық жаралар	Беткейлі	Терең
Стриктуралар	Өте сирек	Жиі

ДИАГНОСТИКА АСПАПТЫҚ ЖӘНЕ ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР:

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

ИНСТРУМЕНТАЛДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР:



1. Эндоскопиялық көлденең ойық жаралардың, бөртпелердің (афтылар), «географиялық картаға» ұқсас ісіну және қызаруы, шектелген жерлерінің, асқазан-ішек жолдарының кез келген бөлігінде орналасқан тесіктердің болуы.

2. РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ



ішек қабырғасының сіреспесі және оның шеттерінің шашақтануы, тыртықтары (стриктуралары), іріңді қабынбалары (абсцесстер), ісікке ұқсас конгломераттар, тесік жолдары, ішек саңылауының «бау» симптомына дейін тарылуы.

3. ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ

Шырыш асты қабатының лимфоидты және плазмалық жасушалармен толып ісінуі, лимфоидті фолликулалардың және пейер түйіндақтарының, гранулемалардың гиперплазиясы. Аурудың үдеуі кезінде лимфодты фолликулалар іріндейді, ойылады және инфильтрация ішектің қабырғаларының барлық қабаттарына таралады, гранулемалар гиалинге айналады.

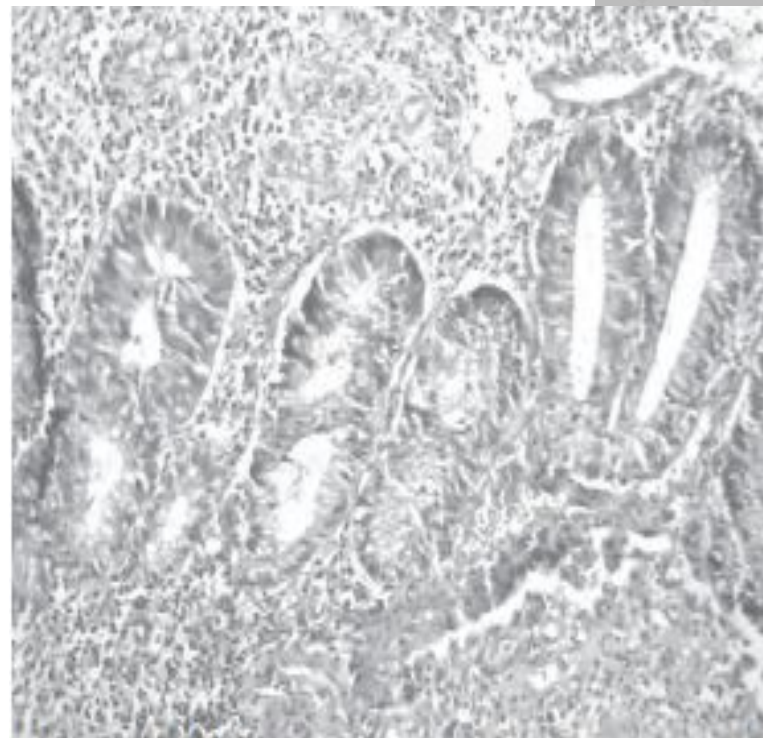
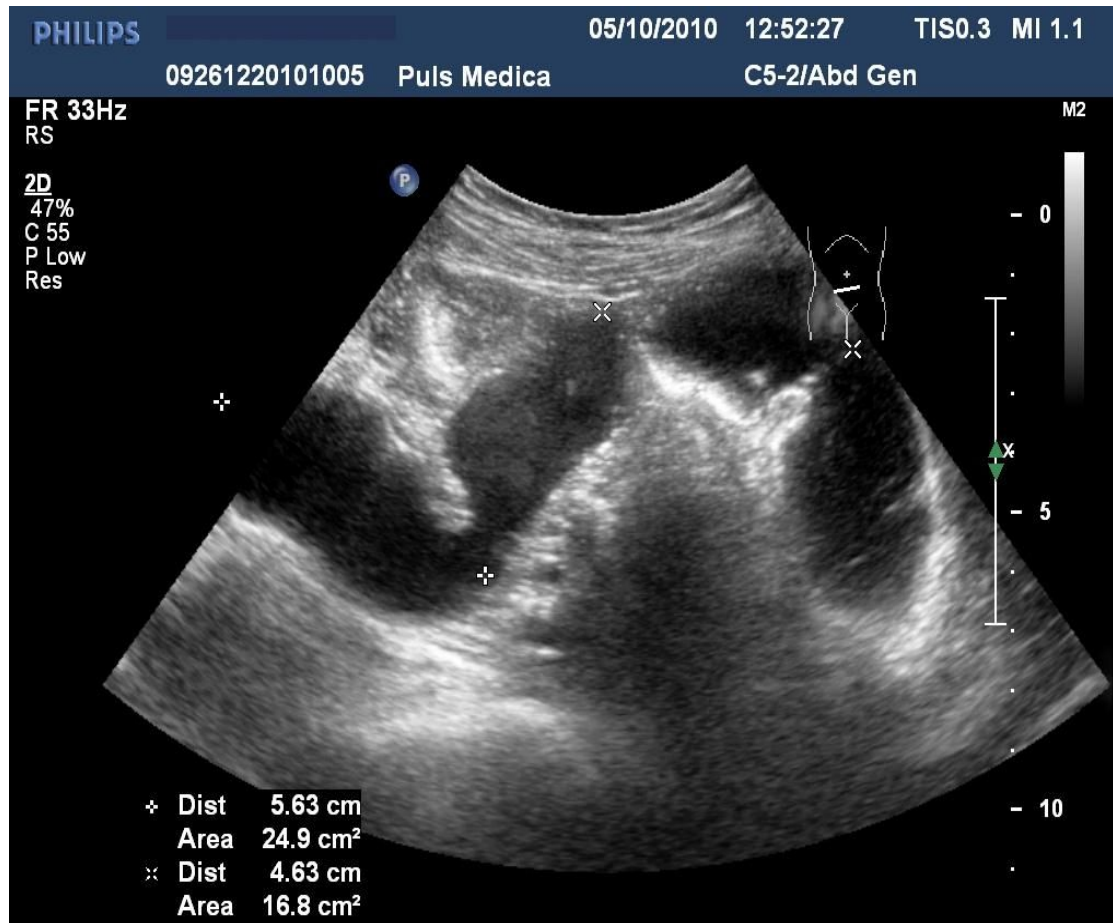


Рисунок 11. Грануляционная ткань рядом с пролиферирующим эпителием, вероятно из края язвы. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 200

4.УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ



- Қабырғасының қалыңдауы, дыбыс шығару қасиетінің төмендеуі, саңылауының тарылуы, жиырылып қимылдауының әлсіреуі, гаустрлардың сегменттік жойылуы, абсцесстер (іріңдік қабынулар).

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;
- Жеңіл сіңірілетін көмірсулары 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.

ДӘРІЛІК ЕМІ

- Гидрокортизон 100мгх3 рет №5
- Трихопол 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).
- 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.

Хирургиялық емі

ҚА хирургиялық емдеуге көрсетілімдер:

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

Аш ішектің және илеоцекалды белдемінде КА хирургиялық емдеу.

- Құрсақ қуысының абцессі қалыптасқан белсенді КА таралуы кезінде антибиотиктерді тағайындап, кейін дренажды жүргізіп, қажет жағдайларында зақымдалған учаскенің резекциясын жасауға болады.
- Стрикурапластиканы өткізу ішектің зақымдалған учаскесінің қауіпсіз альтернативті резекциясы болып келеді. Берілген араласу тек стриктураның ұзындығы 10 см жоғары болмаған кезінде мүмкін болады. Стрикурапластиканы жүргізуге кері көрсеткіштерге инфилтрат, флегмон, абсцесс, ішек қабырғаларындағы қатерлі ісіктер немесе қарқынды қан кету және зақымдалған учаскенің көрінбелі қабынуы жатады.
- КА кезінде колэктамияның қажеттілігі кезінде лапароскопия ең қолайлы әдіс болып келеді. Берілген ұсыныс өте күрделі жағдайларға таралмайды, мысалы қайталанбалы оталық араласуда, абсцесс және инфилтраттардың таралуында, бұл жағдайда КА күрделі жүруіне байланысты ашық лапаротомия қолайлы.
Ішектің резекциясы бойынша ота жағдайында «бүйір-бүйірмен» типі бойынша аппараттық анастомозды салу әдісін қолдану тиімді, бұл стриктураның қауқарсыздығына және кейінгі даму мүмкіндігін төмендетеді

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, колопротэктомияға 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 белсеңділігінде, анальды сфинктердің сәйкес функциясында және перианалды зақымдалуының жоқтығында ота илеоректалды анастамозды қалыптастыра отырып колэктамия түрінде жүргізіледі

Қорытынды

Крон ауруы – ішектің қабырғаларының барлық қабаттары процеске қамтылуымен қатар жүретін асқазан-ішек жолдарының әртүрлі бөлімдерінің үзілмелі (сегментарлық) зақымдануымен сипатталатын телімсіз біріншілікті-созылмалы, гранулематозды қабынбалы ауруы. Жыланкөздер мен абсцесстердің пайда болуы трансмуралды қабынудың нәтижесі болып табылады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- Белоусова Е. А. Язвенный колит и болезнь Крона. — Тверь: ООО "Издательство «Триада», 2002.
- Халиф И. Л., Лоранская И. Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. — М.: Миклош, 2004
- Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит, М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001
- Учебно – методическое пособие Машкунова О.В. Алматы 2008
- <http://kazmedic.kz/archives/3466>
- Ішкі аурулар С.Л.Қасенова.- Алматы,2008.



**Мы храним честь
белого халата**

**НАЗАР АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ**