

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



**Ішкі ағза аурулары кафедрасы
Гастроэнтерология**

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

СӨЖ тақырыбы: Крон ауруы

**Орындаған Муратова Айнура
Тобы: ЖМ13 025-2
Қабылдаған: Қойшыман Қ.Ж**

*Жоспар

- Кіріспе
- Негізгі бөлім:
 - ✓ Анықтамасы
 - ✓ Этиологиясы
 - ✓ Патогенезі.
 - ✓ Жіктелуі
 - ✓ Клиникалық көріністері.
 - ✓ Диагностикасы.
 - ✓ Зерттеу әдістері мен емдеу әдістері.
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

КРОН АУРУЫ— асқорыту жолының әртүрлі бөліктерінің сегментарлы зақымдануымен жүретін және зақымдану процесі гранулемалық қабынумен сипатталатын созылмалы рецидивтеуші ауру. Асқорыту жолының кез келген аймағы зақымдалуы мүмкін. Ең жиі жіңішке ішек 70%, мықын ішектің терминальды бөлігі, тоқ ішек 30 %. 20-40 жас аралығында пайда болады. Әйелдер мен еркектер арасында таралу жиілігі бірдей.

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;

Патогенезі

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

Жіктелуі

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.

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.



* Клиникасы

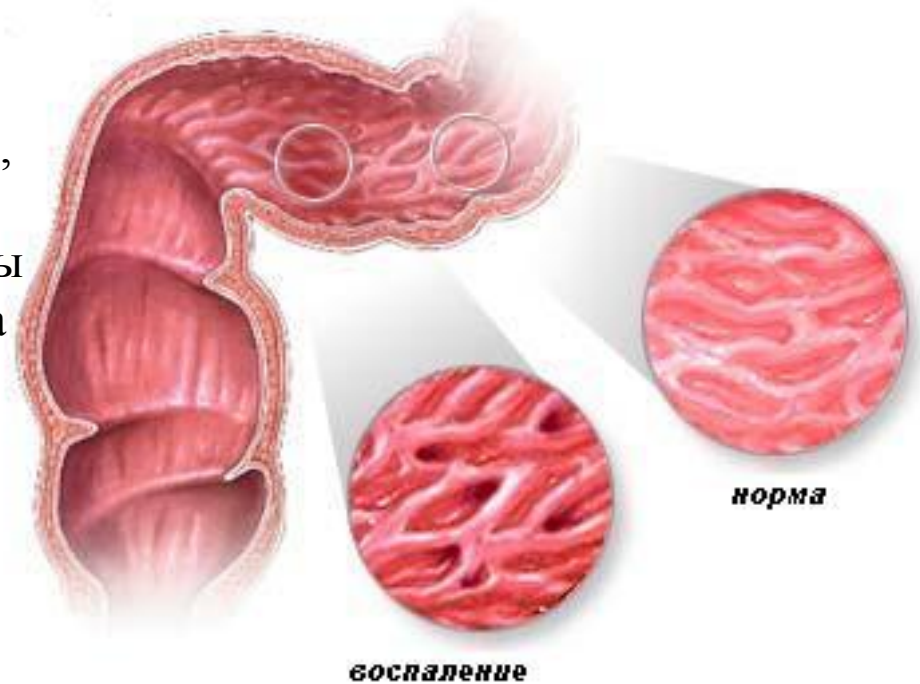
Ауруға тән симптомдар: Іштің өтуі, іштің ауыруы, тез арықтау, қызудың әлсін әлсін биіктеуі. Іштің белгілі бір аймағы ауырады, ауыратын аймақ зақымданған ішектің проекциясына сәйкес келеді. Іштің ұстамалы ауыруы бірнеше жыл дерттің жалғыз белгісі болуы мүмкін. Іш ауырған кезде дене қызуы жоғарлайды. Процесс мықын ішектің төменгі бөлігінде орналасса онда көрініс аппендицитке ұқсайды. Бұл кезде диагноз ерте қойылады себебі операция кезінде ішектің қызарып, ісінуі және шажырқай бездерінің ұлғаюы бірден көзге түседі. Науқастарда көптен келе жатқан анемия, себепсіз (диареясыз) арықтау, жедел басталатын қызба дерттің жалғыз белгісі болуы мүмкін.. Дерттің өршу кезінде қызба биіктейді, анорексия, әлсіздік, шаршағыштық пайда болады. Іш ауырады, іш өтеді, шұрқырайды және кебуі байқалады. мальабсорбция синдромы жіңішке ішектің көлемді зақымдануында немесе резекциясынан кейін пайда болады.

Крон ауруының асқынулары:

- Жыланкөздер
- Артқы шығару аймағының зақымданулары
- Ішек стеноздары
- Ішектің перфорациясы
- Ішектен қан кету
- Уытты мегаколон
- Екіншілік амилоидоз В12 тапшылықты анемия
- **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, гиполипидемия, гипогликемия, гипокальцемиа.

- **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.

- **Нәжістің анализі:** стеаторея, Грегерсеннің оң сынамасы, белоктың болуы, микрофлораның дисбактериозға тән өзгерістері.



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.

Дәрілік емі

Дерттің ауырлығына байланысты.

Қабынуды тез басу үшін вена ішіне гидрокортизон 100мг күніне 3 рет 5 күн енгізеді.

Қосымша трихополды 500мг күніне 3 рет ішкізеді.

айнуы басылған соң гидрокортизонды преднизолонға ауыстырады, оны тәулігіне 40 мг ішкізе бастайды.

Ауыр анемия болса гемотрансфузия жасалады.

Егер науқастың жағдайы жақсармаса асқынуға 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 2-2,5 мг/кг тәулігіне преднизолонмен бірге, ұзақтығы 1 ай.соңғы кездері преднизолонмен бірге циклоспорин 5-10мг/кг/тәул қолданылуда.

Қорытынды

Телімсіз ойық жаралы колит (ТОК) – ішектің дисталды бөлімдерінде орналасқан сілемейлі қабығының ойық жаралы некрозды өзгерістерімен сипатталатын тоқ ішектің созылмалы қабынбасы. Алғашқыда өзгерістер тік ішекте басталады, кейіннен төменге қарай жылжиды және шамамен 10% жағдайда барлық тоқ ішекті жайлап алады.

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

* Пайдаланылған әдебиеттер:

- Внутренние болезни. В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко
Москва “ Медицина“ 1999
- Внутренние болезни. С.Л. Касенова
Алматы, 2005
- Учебно – методическое пособие Машкунова О.В.
Алматы 2008
- <http://kazmedic.kz/archives/3466>
- Ішкі аурулар С.Л.Қасенова Алматы 2008