

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**



**Учебно-методическое пособие для клинических ординаторов
по специальности «Терапия» медицинских высших
образовательных учреждений**

Ташкент – 2021 г

Производящая организация: Ташкентская медицинская академия,
кафедра факультетской и госпитальной терапии №2

Составители:

Кадырова Ш. А. – старший преподаватель кафедры факультетской и
госпитальной терапии №2 ТМА

Салаева М.С. – к.м.н., доцент кафедры внутренние болезни №2 ТМА

Рецензенты:

Хамраев А.А.– д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренние болезни
№2 Ташкентской Медицинской Академии

Сабиров М.А.– д.м.н., заведующий кафедрой терапевтического
направления №2 Ташкентского Государственного
Стоматологического Института

Рассмотрено на “Центральной методической комиссии”

Протокол № 5 от 14-февраля 2021г.

Рассмотрено и утверждено Советом Ташкентской медицинской академией

Протокол № 9 от 24-февраля 2021г.

Ученый секретарь ВУЗа:

Исмаилова Г.А.



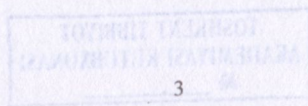
TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

Список сокращений

- АГ-артериальная гипертензия
- АПФ-ангиотензин превращающий фермент
- БА-бронхиальная астма
- БАК-биохимический анализ крови
- ВОЗ-всемирная организация здравоохранение
- ГКС-глюкокортикостероиды
- ЖКТ-желудочно-кишечный тракт
- ОАК-общий анализ крови
- ОАМ-общий анализ мочи
- ПЦР-полицепная реакция
- НЯК-неспецифический язвенный колит
- СРП-С-реактивный протеин
- ТЭЛА-тромбэмболия легочной артерии

Аннотация

Данное учебно-методическое пособие по гастроэнтерологии предназначено для клинических ординаторов по специальности «Терапия» и основано на рабочей программе для клинических ординаторов. С учетом особенности течения, классификации, клиники, лечения профилактики воспалительных заболеваний толстого кишечника оно будет полезна для клинических ординаторов, а также для студентов старших курсов медицинских Вузов. При подготовке данного пособия использованы последние и современные данные медицинских литератур.



Введение

Президент Республики Узбекистан Шавкат Мирзиёев в своём произведении **“Мы все вместе построим свободное, демократическое и процветающее государство Узбекистан”** писал:

“Мы неуклонно и решительно продолжим государственную молодежную политику. И не только продолжим, но и поднимем ее на еще более высокий уровень в соответствии с требованиями сегодняшнего дня. Мы мобилизуем все силы и возможности нашего государства и общества для того, чтобы наша молодежь обладала самостоятельным мышлением, высоким интеллектуальным и духовным потенциалом, ни в одной сфере не уступала своим сверстникам из других стран, была счастлива и уверена в своем будущем». Для выполнения этих задач в нашей стране издаются множество Указов и Постановлений.

В частности из них в Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 апреля 2017 года № ПП-2909 **«О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ»** указывается:

«В целях кардинального совершенствования системы высшего образования коренного пересмотра содержания подготовки кадров в соответствии с приоритетными задачами социально-экономического развития страны, обеспечения необходимых условий для подготовки специалистов с высшим образованием на уровне международных стандартов: считать важнейшими задачами дальнейшего совершенствования и комплексного развития системы высшего образования, широкое внедрение в учебный процесс учебно-методических материалов, основанных на международных образовательных стандартах, создание и широкое внедрение в систему высшего образования учебных пособий нового поколения, обеспечение высших образовательных учреждений современной учебной, учебно-методической и научной литературой, в том числе на основе приобретения и перевода новейшей зарубежной литературы, регулярное обновление фондов информационно-ресурсных центров».

Актуальность темы

Изучение воспалительных заболеваний толстого кишечника в частности неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона имеет большое значения, так частота случаев этими заболеваниями среди населения стало возрастать, участились случаев осложнений. Наивысшие показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и через 10 лет после его начала из-за развития у ряда пациентов колоректального рака.

Эти заболевания часто не диагностируются, так как больные обращаются за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, когда возможности терапии крайне ограничены. В настоящее время НЯК и болезнь Крона определяют как заболевания, характеризующиеся локальным и системным воспалением. Предполагается, что воспалительный процесс в кишечнике оказывает системное воздействие на организм и способствует прогрессированию заболеваний, но и развитие выраженных внекишечных проявлений, влияющих на степень тяжести заболевания, имеет неуклонно прогрессирующий характер с плохим исходом. Все это делает актуальной проблему консервативной терапии, направленной на подавление и торможение его прогрессирования. Врач любой специальности должен знать симптомы характерные для НЯК и болезни Крона и уметь выбрать правильную тактику по отношению к пациентам с данным заболеванием. Следует подчеркнуть важность тщательного амбулаторного наблюдения за больными, своевременного выявления обострения, для чего терапевтам необходимо знание кишечных проблем и своевременное направление больных к гастроэнтерологам или колопроктологам.

Цель занятия - обучение необходимым практическим навыкам по терапии, применение теоретических знаний в практике.

Клинический ординатор должен знать:

- Определение, этиологию, патофизиологию, патогенез, классификацию НЯК и болезни Крона;

- клинику, диагностику и дифференциальную диагностику;
 - осложнения заболеваний;
- основы фармакотерапии основных групп лекарственных средств;
- основы консервативной и оперативной терапии, диспансеризацию, профилактику заболеваний.

Должен уметь:

- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;
- оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния;
- определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и эндоскопические);
- оценить данные морфологического и биохимического исследования крови, мочи, кала, биохимическое исследование крови;
- определить показания для госпитализации и организовать ее;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного.

Ожидаемые результаты: Врач-терапевт должен быть подготовлен для самостоятельной профессиональной деятельности и выполнения основных функциональных обязанностей.

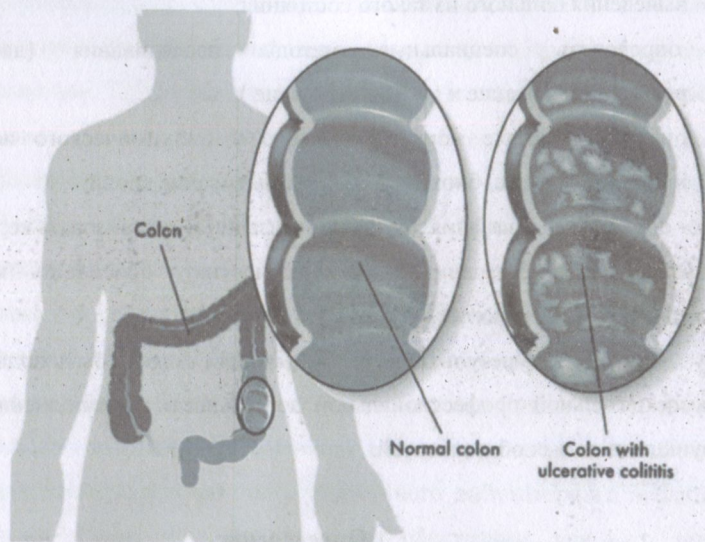
Определение

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК)

НЯК – это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений. За последние десятилетия отмечается тенденция к росту заболеваемости

Эпидемиология

НЯК наиболее широко распространен в урбанизированных странах, в частности в Европе и Северной Америке. В этих регионах частота возникновения ЯК (первичная заболеваемость) колеблется от 4 до 20 случаев на 100 000 человек, составляя при этом в среднем 8-10 случаев в год. Распространенность НЯК :численность больных- составляет 40 - 117 больных на 100 000 жителей. Наибольшее число случаев приходится на возраст 20 - 40 лет. Второй пик заболеваемости отмечается в старшей возрастной группе - после 55 лет. Мужчины болеют несколько чаще женщин - 1,39:1 Белые болеют в 4 раза чаще, чем негры, азиаты латиноамериканцы.



ЭТИОЛОГИЯ

Этиологический фактор НЯК окончательно не установлен. Точная этиология НЯК к настоящему времени неизвестна. Обсуждаются три основных концепции:

- - заболевание вызывается непосредственным воздействием некоторых экзогенных факторов окружающей среды, которые пока не установлены;

- - ЯК является аутоиммунным заболеванием. При наличии генетической предрасположенности организма воздействие одного или нескольких “пусковых” (триггерных) факторов запускает каскад механизмов, направленных против собственных антигенов;
- - ЯК - это заболевание, обусловленное дисбалансом иммунной системы желудочно-кишечного тракта. На этом фоне воздействие разнообразных неблагоприятных факторов приводит к чрезмерному воспалительному ответу.

Предположительная связь заболевания с каким-либо инфекционным фактором не получила прямых доказательств. Более обоснованной считается точка зрения о наличии генетически детерминированного дефекта иммунной системы, который приводит к развитию тяжелого воспалительного процесса в толстой кишке. Это доказывает наличие семейных случаев заболевания. Среди ближайших родственников НЯК возникает в 15 раз чаще.

ПАТОГЕНЕЗ

Основными патогенетическими факторами являются:

- -дисбактериоз кишечника - нарушение нормального соотношения микрофлоры в толстом кишечнике оказывает местное токсическое и аллергическое влияние, способствует развитию иммунного воспаления.
 - - значительное повышение проницаемости слизистой оболочки кишечника для молекул белка и бактериальных антигенов.
 - - поражение кишечной стенки и образование аутоантигенов с последующей выработкой аутоантител
 - - образование иммунных комплексов
- развитие внекишечных проявлений болезни вследствие аутоиммунной патологии.

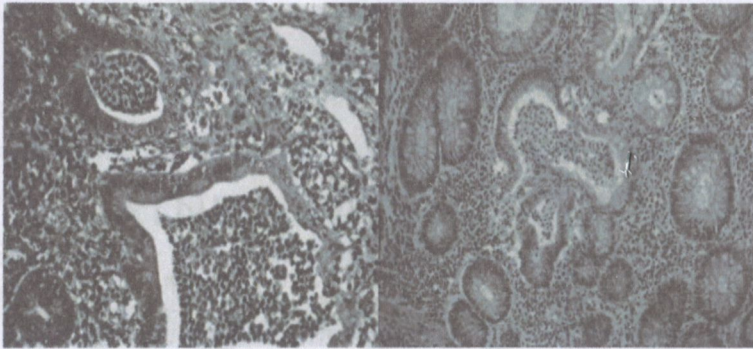
Микробные факторы: Наибольшее число свидетельств о связи микрофлоры толстой кишки с патогенезом язвенного колита накоплено при наблюдениях за животными, подвергнутыми генной инженерии и живущими в

искусственной среде, в которой отсутствуют специфические возбудители. У этих животных развивается язвенный колит, если они входят в контакт с непатогенной бактериальной микрофлорой, характерной для толстой кишки, причем эта болезнь не развивается в стерильной среде, лишенной микробов. Более того, экспериментальный колит ослабевает, если животных лечат антибиотиками широкого спектра действия

Иммунологические факторы: При язвенном колите растет популяция В-лимфоцитов и плазмочитов. Раньше это рассматривалось как доказательство гипотезы, согласно которой развитие язвенного колита зависит от антител и комплемента. Однако, в настоящее время самым важным нарушением и движущей силой воспаления считается чрезмерная реакция со стороны Т-лимфоцитов, определяющая гиперреакцию слизистой на бактерии

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Воспалительный процесс развивается в слизистой оболочке и подслизистом слое толстого кишечника и приводит к прогрессирующей деструкции и образованию обширных инфильтратов из лимфоцитов, плазматических клеток и эозинофилов. Прямая кишка поражается всегда. Далее процесс может распространиться на всю толстую кишку и терминальный отдел подвздошной: слизистая зернистая, полнокровная с множественными геморрагиями, эрозиями, язвами, часто определяются псевдополипы. У 70 % больных выявляются микроабсцессы в криптах толстого кишечника. При хроническом течении процесса отмечается дисплазия кишечного эпителия и фиброз кишечной стенки



КЛАССИФИКАЦИЯ НЯК

(В.Д.Федоров, М.Х.Левитан,1982, Г.А.Григорьев,1996)

I ТЕЧЕНИЕ : 1. Молниеносное

2.Острое

3.Хроническое рецидивирующее

4.Хроническое непрерывное

II СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ :

1. Легкая

2. Средняя степень

3. Тяжелая

III РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЦЕССА:

1. Тотальный колит

2. Левосторонний колит

3. Дистальный колит (проктосигмоидит, проктит)

IV АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ:

1. Минимальная

2. Умеренная

3. Выраженная

V НАЛИЧИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ:

1. Местные

2. Системны

VI. ПО ОТВЕТУ НА СТЕРОИДНУЮ ТЕРАПИЮ :

- стероидорезистентность
- стероидозависимость

Типы колита



КЛИНИКА

Основные симптомы:

1. Диарея с кровью, слизью и гноем. При выраженной картине заболевания характерен частый жидкий стул с примесью крови, слизи и гноя до 20 раз в сутки. Диарея бывает преимущественно ночью и утром. Иногда дефекация происходит чистой кровью, каловые массы, имеющие много гноя, могут иметь зловонный запах.

Начало болезни может быть различным:

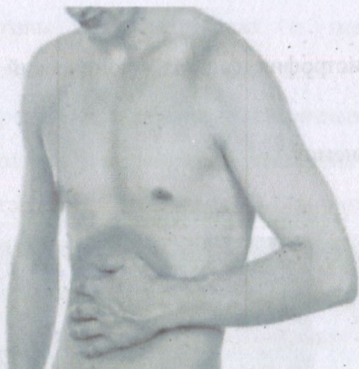
- вначале появляется диарея, через несколько дней – слизь и кровь
- сразу начинается с ректального кровотечения, при этом стул может быть оформленным или кашицеобразным
- одновременно начинаются диарея и ректальное кровотечение.

Диарея обусловлена обширным воспалительным процессом в слизистой оболочке кишки и резким снижением ее способности реабсорбировать

воду и натрий. Кровотечение является следствием изъязвления слизистой и развитие

сосудистой сетию.

2. Боли в животе – постоянный симптом :они носят схваткообразный характер и локализуются преимущественно в проекции толстой кишки. Боли усиливаются перед дефекацией и ослабевают после стула. Надо отметить, что чрезвычайно сильные боли и симптомы перитонита для НЯК не характерны , т.к. воспалительный процесс ограничивается слизистой оболочкой и подслизистым слоем. Болезненность живота при пальпации – характерный признак, при пальпации определяется четко выраженная болезненность в области сигмовидной, поперечно-ободочной и слепой кишки.



3. Интоксикационный синдром – характерен для тяжелого течения заболевания и острых форм. Проявляется резкой слабостью , адинамией, повышением температуры тела, похуданием, снижением аппетита, тошнотой, эмоциональной лабильностью.

4. Синдром системных проявлений - характерен для тяжелого течения НЯК, к типичным проявлениям которого относятся :

-полиартрит: обычно поражаются голеностопные, коленные, межфаланговые суставы, отмечаются небольшие ограничения движения. С наступлением

ремиссии суставные явления исчезают. Часто встречается сакроилеит, который даже может предшествовать клинике НЯК.

-узловая эритема – развивается у 2-3 % больных и проявляется множественными узлами, чаще на разгибательных поверхностях голеней. Кожа над ними имеет багровато-фиолетовую окраску, затем становится зеленоватой, желтоватой.

-поражение кожи – возможно развитие гангренозной пиодермии, изъязвления кожи, очаговый дерматит, пустулезные и уртикарные высыпания.

- поражение глаз – отмечаются 1-3 % больных в виде ирита, иридоциклита, увеита.

-поражение слизистой оболочки рта характеризуется развитием афтозного стоматита, глоссита, гингивита.

-поражение печени – жировая дистрофия, фиброз, хронический активный гепатит, цирроз печени.

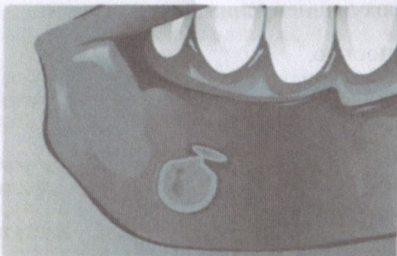
-аутоиммунная гемолитическая анемия



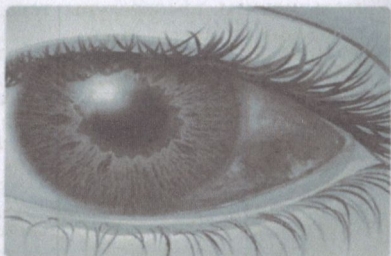
Arthritis in the peripheral joints



Inflammation of the skin



Aphthous ulcers



Episcleritis, scleritis, uveitis

АУТОИММУННЫЕ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Первичный склерозирующий холангит, перихолангит

Анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит (редко)

Серонегативный ревматоидный артрит

Псориаз

ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ:

Холелитиаз, стеатоз печени, стеатогепатит, тромбоз периферических артерий, ГЭЛА, амилоидоз, остеопороз.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ

1.Острое течение характеризуется быстрым развитием клинической картины, тяжестью общих и местных проявлений, ранним развитием осложнений, поражением всей толстой кишки. Проявляется тяжелой диареей, значительным кишечным кровотечением, развивается тяжелое истощение, выражены симптомы интоксикации. Характерны тяжелые осложнения: токсическая дилатация толстой кишки, перфорация, перитонит.

2.Молниеносная форма является самым тяжелым вариантом и обычно требует хирургической коррекции

3.Хронические формы:

а) хроническая непрерывная форма диагностируется, если через 6 месяцев после первоначальных проявлений не наступает ремиссия. Обострения следуют друг за другом, сменяясь кратковременной ремиссией. Формируются системные проявления.

б) хроническая рецидивирующая форма - наиболее частая форма, при которой ремиссии длятся от 3 до 6 месяцев.

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЯК

№	Симптомы	Степени тяжести		
		Легкая	Средняя	Тяжелая
1	Кол-во дефекаций	Менее 4	5-6	1>6
2	Примесь крови в кале	Прожилки	Значительное	Выделение сгустков
3	Потеря массы тела	крови	кол – во	крови
4	< 10%	< 10%	10 - 20%	> 20%
5	Температура тела	< 37 °С	37 – 38 °С	> 38 °С
6	Системные проявления	Нет	могут быть	Есть
7	Местные осложнения	Нет	Нет	Есть
8	СОЭ	<26 мм/ч	26 -30 мм/ч	>30 мм/ч

ОСЛОЖНЕНИЯ

1.Перфорация толстого кишечника встречается у 20 % больных с тяжелым течением. Перфорации происходят в свободную полость или могут быть прикрытыми. Основные симптомы :

- появление внезапной резкой боли в животе;
- появление локального или распространенного напряжения мышц передней брюшной стенки;
- резкое ухудшение состояние и усугубление интоксикации;
- появление свободного газа в брюшной полости при обзорной рентгенографии
- нарастание тахикардии;
- наличие токсической зернистости нейтрофилов;

Уточнить перфорацию можно с помощью лапароскопии.

2. Токсическая дилатация толстого кишечника характеризуется чрезмерным ее расширением. Развитию ее способствуют сужение дистальных отделов кишечника, вовлечение в процесс нервно-мышечного аппарата кишечной стенки, потеря мышечного тонуса. Основные симптомы

- усиление болей в животе;
- уменьшение частоты стула;
- нарастание интоксикации, заторможенность;
- повышение температуры тела до 38-39 градусов;
- снижение тонуса передней брюшной стенки и прощупывание резко расширенного толстого кишечника;
- ослабление или исчезновение перистальтики;
- выявление раздутых участков толстого кишечника при обзорной рентгенографии брюшной полости.

3. Кишечное кровотечение – когда из прямой кишки выделяются сгустки крови, источником которых являются васкулиты на дне и краях язв. Фибринозный некроз стенки сосудов и их флебиты приводят к разрыву их.

4. Стриктуры толстого кишечника развиваются при длительности НЯК не менее 5 лет, они развиваются на небольшом участке длиной 2-3 см, клинически проявляются клиникой кишечной непроходимости

5. Воспалительные полипы развиваются у 35-40 % больных, выявляются при ирригоскопии в виде дефектов наполнения.

6. Рак толстого кишечника.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА:

- анамнез;
- объективное обследование;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия;
- колоноскопия с прицельной биопсией;

- ультразвуковое обследование;
- рентгенологическое обследование ЖКТ с барием;
- ирригография;
- лабораторное обследование;

бактериологическое обследование.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1.Общий анализ крови (ОАК) : характерна анемия, которая может быть острой постгеморрагической, хронической железodefицитной, аутоиммунной гемолитической .Характерно появление ретикулоцитов, увеличение количества лейкоцитов, ускоренная СОЭ.

2.Общий анализ мочи (ОАМ) : при тяжелом течении может выявляться протеинурия, микрогематурия.

3.Биохимический анализ крови (БАК) : снижение общего белка, альбуминов, повышение альфа 2 и гамма-глобулинов, гипербилирубинемия, повышена активность АЛТ.

4.Общий анализ кала: копрология - микроскопически выявляют большое количество лейкоцитов, эритроцитов, скопление кишечного эпителия. Бактериологический анализ кала характеризует дисбактериоз, т.е. появляются протей, гемолизирующие эшерихии, стафилакокки, грибы, штаммы кишечной палочки в большом количестве.

Макроскопически кал –кашицеобразный или жидкий, кровь, гной, слизь

5.Эндоскопические исследования (ректороманоскопия, колоноскопия) и гистологическое исследование.

Эндоскопические изменения:

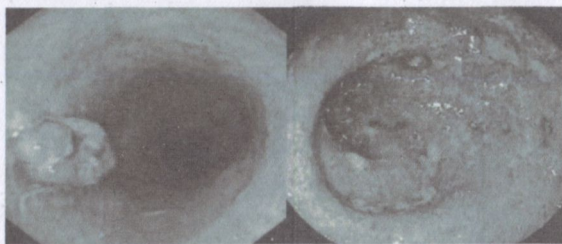
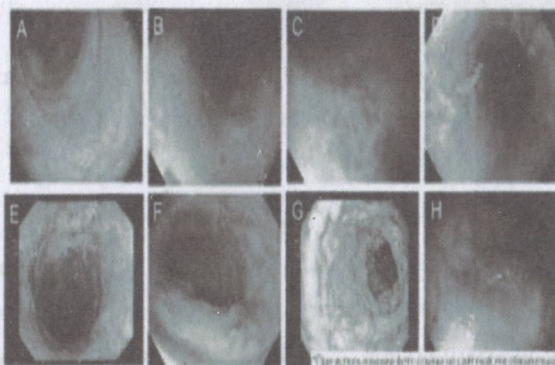
При легкой степени: диффузная гиперемия слизистой, отсутствие сосудистого рисунка, единичные язвы, локализация преимущественно в прямой кишке.

При средней степени: зернистая » слизистая оболочка, легкая контактная кровоточивость, множественные нессливающиеся поверхностные язвы

неправильной формы, покрытые слизью, кровью, гноем, локализация преимущественно в левых отделах толстого кишечника.

При тяжелой степени: резко выраженное некротизирующее воспаление, выраженная гнойная экссудация, спонтанные кровоизлияния, микроабсцессы,

псевдополипы, процесс захватывает все отделы толстого кишечника.



Колоноскопия выявляет ригидность и сужение кишечной стенки.

Гистологически в биоптатах обнаруживаются воспалительные инфильтраты только в пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя. Преобладают лимфоциты, плазматические клетки и эозинофилы. На дне язв обнаруживают грануляционную ткань и фибрин

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЯК:

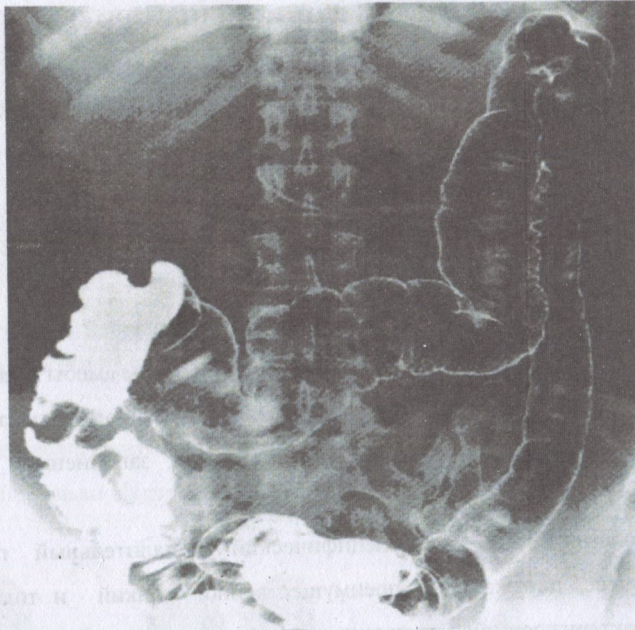
Диффузная лимфоплазмоцитарная инфильтрация в строме слизистой оболочки,

в случае обострения примесь в инфильтрате сегментоядерных лейкоцитов, криптиды, криптабсцессы, дисконфлексация крипт (дисрегуляторная гиперплазия): деформация, удвоение, увеличение, извитость и др.

Уменьшение числа бокаловидных клеток, эрозии (повреждение поверхностного эпителия) или язвенные дефекты в пределах слизистой оболочки

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ: Отрицательные результаты серологических и бактериологических тестов и ПЦР на шигеллы, сальмонеллы, иерсинии, кампилобактер, клостридию, туберкулез, дизентерийную амёбу, гельминты, паразиты

6. Рентгенологические исследования толстого кишечника (ирригоскопия). Для НЯК характерны: отек, изменение рельефа слизистой оболочки, псевдополипоз, отсутствие гаустрации, ригидность, сужение, укорочение, язвенные дефекты. Зернистость слизистой оболочки считается ранним рентгенологическим признаком.



Неспецифический язвенный колит, симптом "водосточной трубы".

Ирригограмма

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. Дизентерия во многом имеет общую симптоматику. Для уточнения диагноза решающую роль играет бактериологическое исследование кала.

2. Амебиаз также протекает с диареей с примесью крови и слизи, повышением температуры и симптомами интоксикации.

Отличие амебиаза являются:

- кал в виде « малинового желе»

-скопление стекловидной слизи в виде « лягушачьей икры»

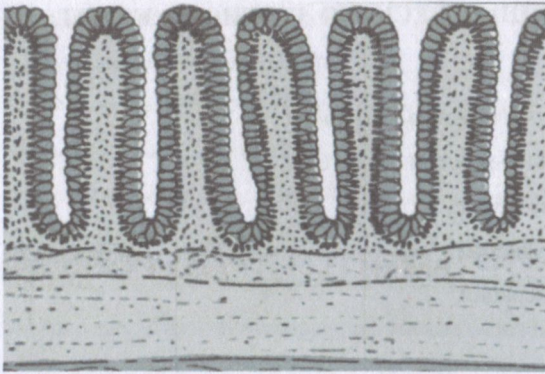
-обнаружение тканевой и гистологической форм амебы в кале

-ректороманоскопически: на фоне малоизмененной слизистой видны язвы различных размеров с подрывными краями, заполненные творожистыми некротическими массами

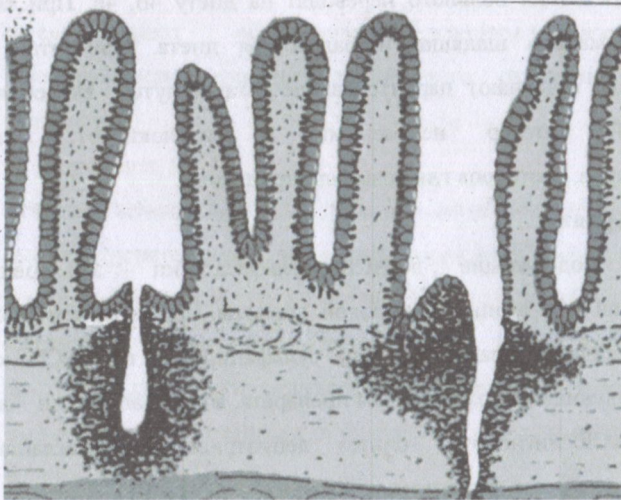
3. Болезнь Крона- это неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий преимущественно тонкий и толстый кишечник, характеризующийся сегментарностью, рецидивирующим течением с образованием воспалительных инфильтратов, глубоких язв, наружных и внутренних свищей, стриктур и перианальных абсцессов. Наиболее часто поражается терминальный отдел подвздошной кишки (85-90%).

Макроскопически: « афтоидные » очаговые изъязвления, вовлекающие все слои кишечной стенки (в отличие от НЯК). Картина « булжной» мостовой-наличие множества изъязвлений с отеком слизистой оболочки между ними.

Микроскопически: воспалительный инфильтрат представлен лимфоцитами, плазматическими клетками, эозинофилами на фоне которых выявляют саркоидоподобные гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Ланганса.



Для неспецифического язвенного колита –
воспаление только слизистой оболочки кишечника



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

ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Основные цели: - достижение ремиссии;

- поддержание полной ремиссии без ГКС;

- улучшение качества жизни;

- профилактика осложнений;

- предупреждение операций.

1. Лечебное питание, стол № 4 при обострении. Рекомендуется увеличение содержания белка до 110-120 г в сутки в виде нежирного мяса, рыбы. Яйца всмятку и в виде паровых омлетов. Ограничение жира до 60 грамм, углеводы- 250 грамм при максимальном ограничении клетчатки. По мере улучшения состояния больного переводят на диету 4б, 4в. При тяжелом течении- максимально щадящая, безбалластная диета. При потере более 15% массы тела назначают парентеральное питание путем введения через подключичный катетер незаменимых аминокислот. Белковых препаратов, жиров, растворов глюкозы, электролитов.

2. Базисная терапия

а) Препараты, содержащие 5 АСК: сульфасалазин – это соединение сульфапиридина и 5 – аминосалициловой кислоты. Под влиянием кишечной флоры сульфасалазин распадается на сульфапиридин и 5 АСК, которая является действующим компонентом препарата, а сульфапиридин – лишь ее носителем. 5АСК ингибирует синтез лейкотриенов, простагландинов и медиаторов воспаления в толстом кишечнике.

Сульфасалазин применяют дробно в интервалах между приемами пищи. Можно применять внутрь, а также вводить в прямую кишку в виде лечебной клизмы или свечи.

При легких формах и средней тяжести сульфасалазин назначают по 3-4 г в сутки, при тяжелой – по 8-12 г в сутки. Дозу повышают постепенно, доводят

до максимальной, после наступления ремиссии лечение продолжают в поддерживающей дозе длительно.

Побочные явления сульфасалазина : желудочно-кишечные расстройства, головные боли, лихорадка. Артралгии, агранулоцитоз, панцитопения, геморрагический синдром, гранулематозный гепатит, олигоспермия. Сульфасалазин тормозит всасывание в тонком кишечнике фолиевой кислоты, поэтому одновременно назначают фолиевую кислоту по 0,002 х3 раза в день. При левосторонней локализации НЯК сульфасалазин можно применять в виде микроклизм и свечей.

Салофальк – препарат, содержащий только 5АСК без сульфапиридина, поэтому побочных свойств у препарата меньше.

б) Глюкокортикостероиды (ГКС) - накапливаются в области воспаления в толстой кишке и блокируют освобождение арахидоновой кислоты, предотвращают образование медиаторов воспаления, уменьшают проницаемость капилляров, кроме того оказывают иммунодепрессивное действие.

Показания к ГКС:

-тяжелое течение НЯК с 3 степенью активности воспалительного процесса, наличие системных проявлений, отсутствие эффекта от других методов лечения. Назначают по 1-2 мг на ГК массы, но не более 120 мг, затем дозу постепенно уменьшают. Полный курс- 10-20 недель. При улучшении состояния добавляют сульфасалазин до полной отмены преднизолона. У больных с ограниченным процессом можно применять ГКС в виде свечей или клизм.

Российские клинические рекомендации: Язвенный колит (ЯК) у взрослых (2016)

1.Проктит. Легкая и среднетяжелая атака.Терапия включает назначение суппозиторий с месалазином (1–2 г/сут) или ректальной пены месалазина (1–2 г/сутки). При неэффективности лечения следует рекомендовать ректальные формы ГКС с оценкой ответа через 2 недели (ректальная пена

будесонида 2 мг в сутки). При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия – ректальное введение месалазина (свечи или ректальная пена) 1–2 г × 3 раза в неделю в виде монотерапии (регулярное применение, терапия по требованию или терапия «выходного дня») не менее 2 лет.

2. Основные изменения в стероидной терапии ВЗК – 2017 г

Выбор дозы ГКС должен определяться активностью заболевания, но не массой тела пациента. Определены максимальные дозы ГКС - 60 мг в пересчете на метилпреднизолон (т.е. 75 мг преднизолона). Исключение составляет только сверхтяжелый язвенный колит. Суммарная продолжительность курса ГКС не должна превышать 12 недель. Дозы пероральных и внутривенных ГКС практически эквивалентны. Выбор внутривенного пути введения ГКС при острой тяжелой атаке обусловлен возможным влиянием обезвоживания, гипопроteinемии и ускоренного пассажа по ЖКТ на абсорбцию и дальнейшую фармакокинетику пероральных ГКС.

в) Цитостатики – подавляют иммунные механизмы патогенеза НЯК. Рекомендуют короткие курсы (3–4 недели) азатиоприна по 2–2,5 мг на кг массы с последующим снижением дозы. Можно использовать также циклоспорин начиная с дозы 15 мг/кг в сутки 2 недели, затем дозу постепенно снижают. Препарат не влияет на костный мозг, но может оказывать токсическое действие на печень

3. Симптоматическая терапия:

-вяжущие, адсорбирующие, антидиарейные.

-коррекция метаболических нарушений и анемии: в/в введение альбумина, смеси аминокислот, плазмы, солевых растворов, глюкозы.

Коррекция анемии проводится в/венным введением полифера, в/м – феррум-лек, в тяжелых случаях - эритроцитарная масса в/в

-дезинтоксикационная терапия

-антибактериальная терапия и лечение дисбактериоза. Антибактериальные препараты назначают при развитии токсического мегаколона, септикопиемии, вторичной гнойной инфекции с учетом чувствительности. Применяют полусинтетические антибиотики, цефалоспорины, метронидазол, бисептол. После подавления патогенной микрофлоры восстанавливают зубиоз путем применения колибактерина., бификола, бактесуптила в течение 2-3 месяцев.

-местное лечение проктосигмоидита: микроклизмы с препаратами 5АСК, гидрокортизона. С ромашкой, фурациллином и другими растворами..

-нормализация функции ЦНС

-хирургическое лечение при перфорации язв, токсической дилатации толстого кишечника, подозрении на малигнизацию.

4. Диспансерное наблюдение.

Абсолютные показания к хирургическому лечению больных НЯК:

1. Острые осложнения НЯК:

2. Острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон).

3. Перфорация толстой кишки.

4. Перитонит.

5. Профузное кишечное кровотечение.

6. Фульминантное течение НЯК при отсутствии эффекта от адекватной комплексной терапии на протяжении 7 – 10 суток.

7. Тяжелое непрерывно рецидивирующее течение НЯК с тотальным поражением толстой кишки при отсутствии эффекта от адекватного комплексного консервативного лечения на протяжении 3-4 недель.

8. Наличие выраженной дисплазии слизистой оболочки толстой кишки.

9. Малигнизация

Относительные показания к хирургическому лечению больных

НЯК:

- Хронические непрерывно рецидивирующие формы НЯК длительностью больше 10 лет с тотальным поражением толстой кишки без тенденции к восстановлению морфологической структуры слизистой оболочки толстой кишки в связи с реальной угрозой малигнизации.
- Хронические рецидивирующие формы НЯК с тотальным поражением толстой кишки, рефрактерные к консервативной терапии.
 - Непереносимость салицилов, препаратов резерва.
- Стероидозависимые и стероидорезистентные формы НЯК, требующие проведения кортикостероидной терапии на протяжении многих лет, снижение дозы которых на 15 – 20 мг обуславливает рецидив болезни.

БОЛЕЗЬ КРОНА

Определение

БОЛЕЗЬ КРОНА (регионарный энтерит, гранулематозный илеит или колит) — хроническое рецидивирующее заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов пищеварительного тракта с преимущественной локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки и развитием осложнений как со стороны кишки.

ТОНКАЯ КИШКА

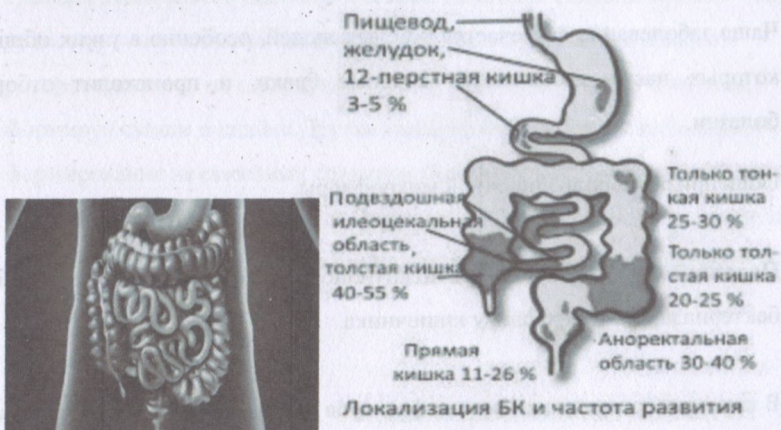


НОРМА БОЛЕЗЬ КРОНА

Впервые упоминание болезни Крона встречается в 1932 году, когда американский гастроэнтеролог вместе со своими коллегами описал сразу 14 случаев заболевания. Найдя между ними сходство не только в наблюдаемых симптомах, но и в течении и характере развития, Крон присвоил заболеванию свое имя и приступил к поискам возможного лечения.

Эпидемиология

Распространенность: 20–40 случаев на 100 000 населения. Ежегодный прирост: 2–4 случая на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на возраст 20–30 лет. Распространенность поражения при болезни Крона: только тонкая кишка 25 – 30 %, только толстая кишка 20 – 25 %, аноректальные проявления (анальные свищи, трещины, перипроктит, абсцессы и др.) 30 – 40 %, тонкая и толстая кишка 40 – 55 %, пищевод, желудок, 12-п.к. 3 – 5 %, вовлечение прямой кишки 11 – 26 %.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причина болезни неизвестна. До сегодняшнего дня ученые так и не договорились, какова же основная причина развития болезни Крона, и предлагают **три основных фактора**, которые могут быть толчком к развитию заболевания.

Генетический фактор: чаще всего заболевание передается кровным родственникам, близнецам и родным братьям. На сегодняшний день известно 34 варианта гена, который вызывает появление симптомов. Семейная предрасположенность - приблизительно у 20% больных;

Инфекционный фактор: был выявлен только у крыс, у людей врачи также предполагают возможность инфекционного влияния, например, бактерий псевдотуберкулеза;

Иммунный фактор: возможно, болезнь Крона имеет аутоиммунный характер, так как на анализах заметно значительное увеличение количества Т-лимфоцитов.

Чаще заболевание встречается у белых людей, особенно в узких общинах, в которых часто заключаются кровные браки, и происходит отбор гена болезни.

Общепризнана роль кишечной микрофлоры.

Потенциальный фактор риска: антибиотики, которые могут изменять бактериальную микрофлору кишечника.

В качестве предрасполагающих факторов развития болезни Крона доказана только роль курения, что может быть связано с его супрессорным действием на функцию макрофагов

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Макроскопически воспаление носит сегментарный характер. Пораженная часть кишки и ее брыжейка утолщены и отечны. Жировая ткань распространяется от брыжейки по серозной поверхности кишки («стелющийся жир»).

Воспалительный процесс начинается с подслизистого слоя, постепенно вовлекается слизистая оболочка. Ранним патогномичным признаком является дефект слизистой оболочки в виде афты: 2-3мм в диаметре с венчиком гиперемии.

Трансмуральное распространение процесса приводит к возникновению спаек, свищей, фиброзу стенки и сужению просвета кишки. В развернутой стадии заболевания рельеф слизистой оболочки приобретает вид «бульжной мостовой» за счет отека стенки кишки и пересечения ее глубокими трещинами или линейными язвами.

Главная особенность **гистологической картины** болезни Крона — типичное трансмуральное поражение стенки кишечника. Воспаление может распространяться на серозную оболочку и соседние ткани и органы, формируя свищи и спайки. Другая характерная особенность болезни — формирование неказеозных гранулем (лимфоидные инфильтраты) в центре которых располагаются клетки Пирогова—Лангханса. Наличие гранулем патогномично для болезни Крона, но их отсутствие не позволяет исключить заболевание.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

Классификация болезни Крона в зависимости от локализации

В связи с тем, что болезнь Крона может локализоваться в различных отделах кишечника, специалисты предложили классификацию заболевания, чтобы было проще отличить одну форму от другой.

Илеоколит – преимущественное поражение подвздошной и толстой кишки;

Желудочно-дуоденальная форма – преимущественное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки;

Илеит – избирательное поражение подвздошной кишки без поражения других отделов желудочно-кишечного тракта;

Еюноилеит – преимущественное поражение тонкой и подвздошной кишки;

Болезнь Крона толстой кишки – избирательное поражение толстого кишечника без затрагивания других отделов желудочно-кишечного тракта.

Кроме этой классификации, существует еще две, которыми так же успешно пользуются врачи всего мира: по Vocus, предлагающая семь вариантов заболевания, и классификация по Федорову и Левитану, которая предлагает три вариации болезни.

Типы болезни Крона (в зависимости от локализации процесса)

Тип 1:

- а) поражение ограничено одним сегментом тонкой кишки;
- б) поражена илеоцекальная область;
- в) поражение ограничено сегментом толстой кишки.

Тип 2:

- а) поражаются сегменты как тонкой, так и толстой кишки;
- б) имеется сочетание поражения кишечника с желудком,

пищеводом или слизистой оболочкой полости рта.

Возможно также гранулематозное воспаление червеобразного отростка.

Клиническая картина

Ведущие	симптомы	заболевания:
- диарея	(кашецеобразный стул 2-3раза в сутки);	
- боль в животе	(от легкого дискомфорта до острого приступа, часто она локализуется в правом нижнем квадранте);	
-	лихорадка	(субфебрилитет);
- потеря массы тела	(до кахексии; из-за плохого всасывания и пищевых	интолерантностей).

Объективное исследование: может выявляться - асимметрия живота за счет выпячивания правого нижнего квадранта. При пальпации - инфильтрат тестоватой консистенции (отечная уплотненная стенка кишки или межкишечный абсцесс). Осмотр перианальной области выявляет внекишечные проявления болезни в виде анальной трещины, проктита или парапроктита.

Острая форма болезни Крона

Характерны приступы болей в животе, преимущественно в правой подвздошной области. Сопровождаются лихорадкой, тошнотой, рвотой, диареей с примесью крови, лейкоцитозом и >СОЭ. При осмотре живота: ограничение дыхательных движений передней брюшной стенки в правом нижнем квадранте. Больные часто поступают в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит.

При лапаротомии: воспаление терминального отдела подвздошной кишки, распространяющееся на слепую кишку, или перитонит в результате перфорации или некроза участка пораженной кишки. При перфорации или некрозе проводят резекцию пораженной части кишки, в остальных случаях операцию заканчивают ревизией все

Болезнь Крона



стоматит

воспаление
глаз

язвы во рту

язвы на коже

воспаление печени
и желчного
протока

реота

диарея, боль в
животе, язвы в
ЖКТ

температура
потеря веса
снижение
аппетита

ректальное
кровотечение

medictionary.ru

боль и
воспаление
суставов



Клиническая картина в зависимости от локализации процесса:

1. Болезнь Крона полости рта. Наиболее типичны - афтозные язвы, может быть хейлит и гранулематозный сиаладенит. Эти симптомы отвечают на обычное лечение болезни Крона.

2. Болезнь Крона желудка и 12-перстной кишки (антральный отдел желудка и участки 12-перстной кишки). Клиническая картина сходна с пептической язвой (эпигастральная боль, тошнота и рвота после приема пищи).

3. Тонкокишечная локализация. Характерны схваткообразные боли в правом нижнем квадранте живота. При пальпации живота: локальное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность. Нередко инфильтрат тестоватой консистенции (межкишечный абсцесс). Диарея со стеатореей, иногда примесь крови в кале. Субфебрилитет. Снижение массы тела с гипоальбуминемией и гипопропротеинемическими отеками. Анемия. Аутоиммунные поражения суставов, кожи, слизистых, глаз.

4. Толстокишечная локализация. Характерны:

- боли в правом и левом фланках или внизу живота, возникающие непосредственно перед дефекацией и проходящие после нее;

- постоянные тупые, ноющие боли, усиливающиеся при движениях и наклонах;
 - диарея до 6-10 раз в сутки, сопровождающаяся тенезмами;
 - субфебрильная или фебрильная лихорадка (при абсцессах или инфильтратах);
 - макроцитарная В12-дефицитная анемия;
 - снижение массы тела, гипоальбуминемия, гипопроteinемические отеки;
 - аутоиммунные поражения суставов, кожи, слизистых оболочек, глаз.
5. Гранулематозный проктит проявляется длительно незаживающими трещинами и свищами заднего прохода.
6. Периаанальная болезнь Крона. Характерно развитие абсцесса, вовлекающего аноректальную железу. У 10% пациентов начальным проявлением могут быть периаанальные свищи.

Внекишечные проявления болезни Крона:

Первая группа: возникают параллельно с кишечными симптомами (артриты, эписклерит, афтозный стоматит, узловатая эритема и гангренозная пиодермия). Патогенез этих проявлений связан с воспалением кишечника и они не требуют специального лечения.

Вторая группа: поражения органов и систем, также связаны с воспалительным заболеванием кишечника, но требуют специального лечения. К ним относятся анкилозирующий спондилит и сакроилеит, увеит и первичный склерозирующий холангит.

Третья группа: обусловлены нарушениями всасывания: мочекаменная болезнь (нарушение всасывания оксалатов), желчнокаменная болезнь (нарушение циркуляции желчных кислот), анемия (нарушение всасывания железа и витамина В12), нарушения свертывания крови и др.

Осложнения болезни Крона:

1. Стриктуры кишечника. Характерны схваткообразные боли в животе, запоры, развитие кишечной непроходимости (резкая боль, вздутие живота и рвота). Верифицируется исследованием с барием.

2. Свищи. Энтеро-энтеральные свищи ведут к объемной тонкокишечной диарее и мальабсорбции. Энтеро-пузырные свищи проявляются гематурией, рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей. Кожно тонкокишечные свищи происходят из места анастомоза после хирургической резекции или возникают спонтанно. Ректо-вагинальные свищи — результат ректального или анального поражения.

3. Перфорации (микроперфорации) - ограниченный перитонит.

4. Кровотечения из разрушенной стенки сосудов: наличие алой крови в каловых массах, меленой, а при поражении желудка — рвотой цвета кофейной гущи и общими симптомами, характерными для анемии.

5. Сепсис.

Диагностика болезни Крона

Результаты лабораторных исследований неспецифичны. В клиническом анализе крови: умеренный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, увеличение СОЭ, тромбоцитоз, возможна анемия. Выраженный лейкоцитоз означает развитие абсцесса.

Характерно повышение уровня острофазовых белков (СРБ, фибриноген), в тяжелых случаях — нарушение баланса электролитов. Гипоальбуминемия указывает на тяжесть и хронизацию болезни. Может иметь место снижение

уровня витамина В12 в сыворотке крови.

При копрологическом исследовании: стеаторея, амилорея, креаторея, слизь, лейкоциты и реже, эритроциты. Может быть положитель

Эндоскопические методы исследования

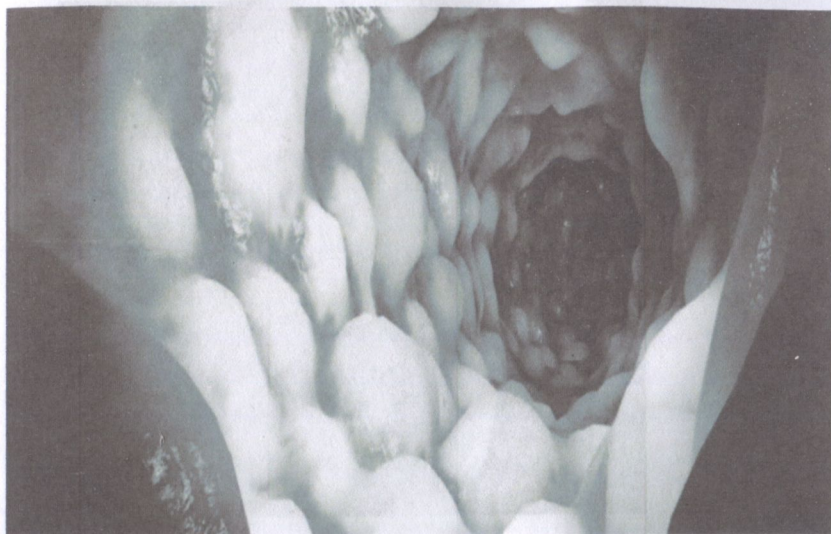
Золотой стандарт диагностики - илеоколоноскопия с множественной биопсией.

Ранние эндоскопические признаки болезни Крона: афты, округлые или линейные («ползучие») язвы, на фоне внешне неизменной слизистой оболочки, сегментарность поражения и малая вовлеченность в патологический процесс прямой кишки. По мере прогрессирования процесса появляется характерная картина «бульжной мостовой». Всегда изменяется просвет кишки, исчезает поперечная складчатость, складки становятся продольными, широкими, слизистая оболочка - отечной, матовой.

Сосудистый рисунок

Проводят обязательно исследование толстого кишечника проводят тщательное исследование толстого кишечника и терминального отдела подвздошной кишки на предмет обнаружения язв, сегментации или свищей.

На этом этапе производится биопсия - забор образцов для глубокого гистологического исследования, ведь именно этот этап позволяет подтвердить или опровергнуть диагноз. Чаще всего также проводят видеозапись исследования, что позволяет повторно просмотреть колоноскопию, но не привлекать пациента для проведения процедуры.



Далее проводится рентгенограмма и рентгенологическое исследование кишечника: в первом случае удается обнаружить вздутие стенок кишечника, во втором используется контраст для выявления ассиметричных частей кишечника и неровностей стенок.

При необходимости, проводится УЗИ, компьютерная томография и определение устойчивости антител к ASCA – все это может подтвердить диагноз, если он все еще не был поставлен.



Дифференциальный диагноз болезни Крона

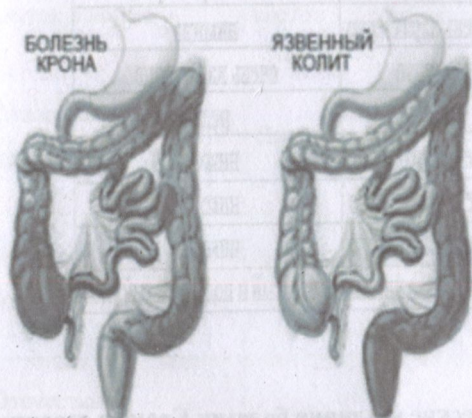
1. Диагностика заболевания осложняется тем, что многие симптомы схожи с симптомами колитов, в частности, **язвенного колита**. Специалист сможет отличить одно заболевание от другого на ранней стадии развития, и чем дольше развивается болезнь, тем отчетливее становятся ее симптомы.

Описаны случаи локализации заболевания во всех отделах желудочно-кишечного тракта, однако чаще всего оно развивается в терминальном отделе кишечника ближе к толстой кишке. Именно у болезни Крона наблюдается четкая сегментация пораженных отделов кишечника и здоровых, но язвами и абсцессами покрывается вся слизистая оболочка.

Все может осложняться появлением свищей в стенках кишечника, через которые возможно сообщение с другими внутренними органами, или брюшиной. Это грозит возможным заражением других органов и значительным осложнением общей картины болезни. В результате воспалительных процессов слизистая кишечника переходит в рубцовую

ткань, утрачивает возможность всасывания питательных веществ из принимаемой пищи и перистальтики, и происходит стеноз просвета кишки.

Для болезни Крона также характерно поражение лимфатических узлов, что объясняет значительное повышение в картине крови количества Т-лимфоцитов и эозинофилов, которые стараются самостоятельно подавить заболевание на ранних этапах.



Признаки	Болезнь Крона	Неспецифический язвенный колит
Ректальные кровотечения	иногда	часто
Боли в животе	часто	иногда
Внутренние кишечные свищи	очень характерно	редко
Кишечная непроходимость	очень характерно	никогда
Поражение прямой кишки	иногда	очень характерно
Поражение тонкой кишки	очень характерно	никогда
Перианальные поражения	редко	очень характерно
Риск малигнизации	иногда	редко
Сегментарное поражение	очень характерно	никогда
Афтозные язвы	очень характерно	никогда
Линейные язвы	очень характерно	никогда
Глубина поражения	вся стенка кишки	слизистый и подслизистый слои

Некоторые микроскопические различия болезни Крона и язвенного колита

Болезнь Крона	Язвенный колит
Трансмуральное воспаление	Воспаление слизистой (возможно трансмуральное воспаление при высокой активности язвенного колита)
Гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах (или	Отсутствие гранулём (редко гранулёмы, связанные с криптами при высокой активности заболевания)

микрогранулемы)	
Абсцессы крипт встречаются редко	Абсцессы крипт обычная находка
Число бокаловидных клеток в норме	Уменьшение бокаловидных клеток
Слизистая утолщена или норма	Слизистая оболочка истончена
Поверхностный эпителий в норме	Поверхностный эпителий уплощен
Отсутствие псевдополипов слизистой	Псевдополипы слизистой
Фиброз подслизистой достаточно часто	Фиброза подслизистой оболочки, как правило, нет

2. Дифференциальный диагноз также следует проводить у всех больных с перианальными свищами и трещинами, а также с лихорадкой, узловой эритемой и артритами неустановленной этиологии.

3. Дифференциальный диагноз проводится с: аппендикулярным инфильтратом, дивертикулитом слепой кишки, туберкулезом, грибковыми

поражениями илеоцекальной зоны, амебиазом и бактериальными инфекциями (сальмонеллез, шигеллез, кампилобактероз, иерсиниоз).

4. Сходные рентгенологические признаки бывают при раке слепой кишки, карциноиде и лимфосаркоме, радиационном энтерите и туберкулезном илеотифлите.

5. При болях в правом нижнем квадранте живота у женщин следует исключить внематочную беременность, кисту и опухоль яичников.

Лечение болезни Крона

Диета при обострении заболевания характеризуется особым щадящим механическим и химическим режимом, включением в рацион большого количества белка и витаминов, полным исключением из рациона молока и трудноперевариваемых компонентов пищи. Чаще всего выбирают диету №4 и диету №46. Так как в этих диетах значительно снижено содержание калорий, возможно употребление в пищу протеиновых и белковых напитков, в которых полностью исключено присутствие лактозы и трудной для переваривания растительной клетчатки. В рацион включается набор витаминов, которые в меньшей степени поступают в организм.

Основные препараты, которые используют специалисты – салицилаты, глюкокортикоиды, гормоны и иммунодепрессанты. Сопутствующие препараты – антибиотики, витамины для поддержания жизненного тонуса организма, ферментативная терапия.

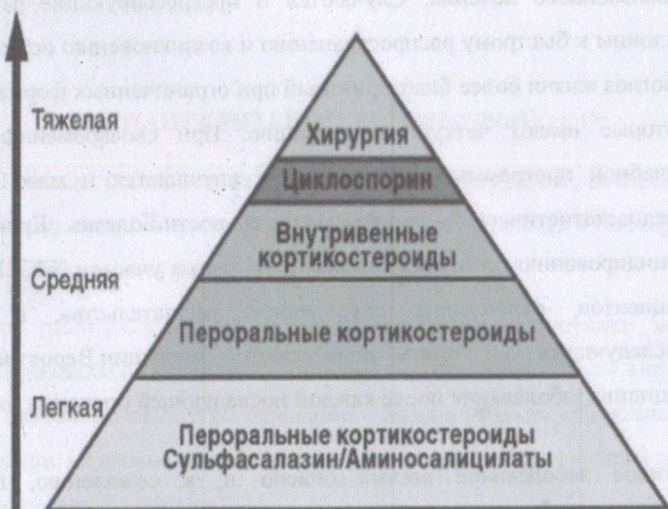
Чаще всего комплекс препаратов для лечения болезни Крона подбирается индивидуально.

Консервативное лечение

1. Средства для индукции ремиссии: системные ГКС (преднизолон и метилпреднизолол и топические (буденосид) , иммуносупрессоры (азатиоприн, 6 меркаптопурин, метотрексат) , а также антибиотики и салицилаты

2. Средства для поддержания ремиссии (противорецидивные средства, иммуносупрессоры (азатиоприн, 6 меркаптопурин)

3. Вспомогательные стмптоматические средства: парентеральные препараты, железа для коррекции анемии, препараты для коррекции белково-электролитных нарушений, средства для профилактики остеопороза (препараты кальция).



Хирургическое лечение болезни Крона

В случае, если медикаментозное лечение не только не дает результатов, но и не приносит хотя бы временного облегчения, специалисты принимают решение о проведении плановой или срочной операции.

Операция заключается в резекции (удалении) сегмента кишки с последующим проведением реабилитационных мероприятий. Проще говоря, врачи удаляют часть кишечника, пораженную болезнью, сшивают ткани и назначают особые диеты и процедуры для быстрого восстановления организма.

Прогноз

Прогноз выздоровления при НЯК маловероятен. Чаще всего, НЯК требует пожизненного лечения. Случаются и прогрессирующие формы, которые склонны к быстрому распространению и возникновению осложнений. Общий прогноз жизни более благоприятный при ограниченных формах заболевания, которые имеют четкую локализацию. При своевременном соблюдении лечебной программы, прогноз жизни улучшается и мало отличается от среднестатистической ее продолжительности. Болезнь Крона склонна к рецидивированию, в процесс вовлекаются новые участки ЖКТ. Примерно 50% пациентов, перенесших оперативное вмешательство, в течение 5 последующих лет опять подвергаются операции. Вероятность развития рецидива заболевания после каждой последующей операции от 35 до 50%

Данное заболевание весьма опасно и, к сожалению, полностью не излечивается. Однако можно добиться перевода активной фазы в стойкую ремиссию. Если болезнь запущена, начались осложнения или случай является тяжелым, то назначается хирургическое вмешательство. Во всех остальных случаях лечение происходит с помощью медикаментов: противовоспалительные препараты;

иммунодепрессанты; антибактериальные средства (при инфекционном заражении).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НЯК (2016)

Целью диспансерного наблюдения является, в первую очередь, профилактика колоректального рака. Диспансерное наблюдение при НЯК проводится пожизненно и может быть прервано только при удалении толстой кишки.

У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 3 года. Каждые 6 месяцев выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЕЗНЬ КРОНА (2017:

1 раз в 3 месяца исследование уровня С-реактивного белка, исследование уровня фекального кальпротектина; общий анализ крови (а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно);

1 раз в год рентгенологическое или МР-исследование кишечника, местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки.

Частота эндоскопического исследования – индивидуальна, обязательно показана при: - динамическом нарастании уровня маркеров воспаления (СРБ, фекального кальпротектина);

- через 6 месяцев после операц

Профилактика

Действенными профилактическими мерами считаются качественная лечебная диета, сбалансированное питание, прием витаминов и важных для организма человека микроэлементов, предотвращение стрессовых

ситуаций, выработка стойкости к стрессу, периодический отдых в совокупности со здоровым образом жизни, достаточная физическая активность, прекращение курения и чрезмерного употребления алкогольных напитков. Очень важно, по мнению специалистов, следить за своим здоровьем. И речь идет даже не о таких важных симптомах, как неусваиваемость пищи, кровотечение или постоянные боли в животе. Уже на ранних этапах болезнь начинает влиять на системные функции организма, вызывая обезвоживание, мультиавитаминозы, приводящие к сухости и тусклости кожи, выпадению волос, общему ухудшению состояния организма.

Заключение

Данное учебно-методическое пособие по гастроэнтерологии предназначено для клинических ординаторов по специальности «Терапия» и основано на рабочей программе для клинических ординаторов, составленной коллективом кафедры факультетской и госпитальной терапии № 2 ТМА в 2020 году.

С учетом особенности течения, классификации, клиники, лечения профилактики воспалительные заболевания толстого кишечника данная учебно-методическое пособие будет полезна для клинических ординаторов, а также для студентов старших курсов медицинских Вузов.

Врачи различных терапевтических специальностей также должны знать и использовать последние достижения по гастроэнтерологии. При подготовке данного пособия использованы последние и современные данные медицинских литератур.

Использованная литература:

Основная:

1. Ш. Мирзиёев Мы все вместе построим свободное, демократическое и процветающее государство Узбекистан Ташкент 2016 год. 56 стр.
2. Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 апреля 2017 года № ПП-2909 «О мерах по дальнейшему развитию системы высшего образования»
3. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит: Пер. с нем.- М.: Из-дат. дом «Геотар-Мед», 2001. 527 с.
4. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2002. - 128 с.
5. Белоусова Е. А. Язвенный колит и болезнь Крона. — Тверь: ООО "Издательство «Триада», 2002.
6. Григорьева Г. А., Мешалкина Н. Ю. Болезнь Крона. — М.: Медицина, 2007

Колопроктология №1 (59) 2017 Научно-практический медицинский журнал ОБЩЕРОССИЙКОЙ общественной организации «Ассоциация колопроктологов

Дополнительная:

1. Маевская М. В. Гастроэнтерология, М., 1998.
2. Халиф И. Л., Лоранская И. Д., Ультрабедикян Х. А. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. — М.: Миклош, 2004.
3. Колопроктология №1 (59) 2017 Научно-практический медицинский журнал ОБЩЕРОССИЙКОЙ общественной организации «Ассоциация колопроктологов
4. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона -2017
5. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита <http://www.gastro.ru/>