

Болезнь Крона

Выполнила студентка 5 курса

МЛ-503

Курбаналиева П.М.

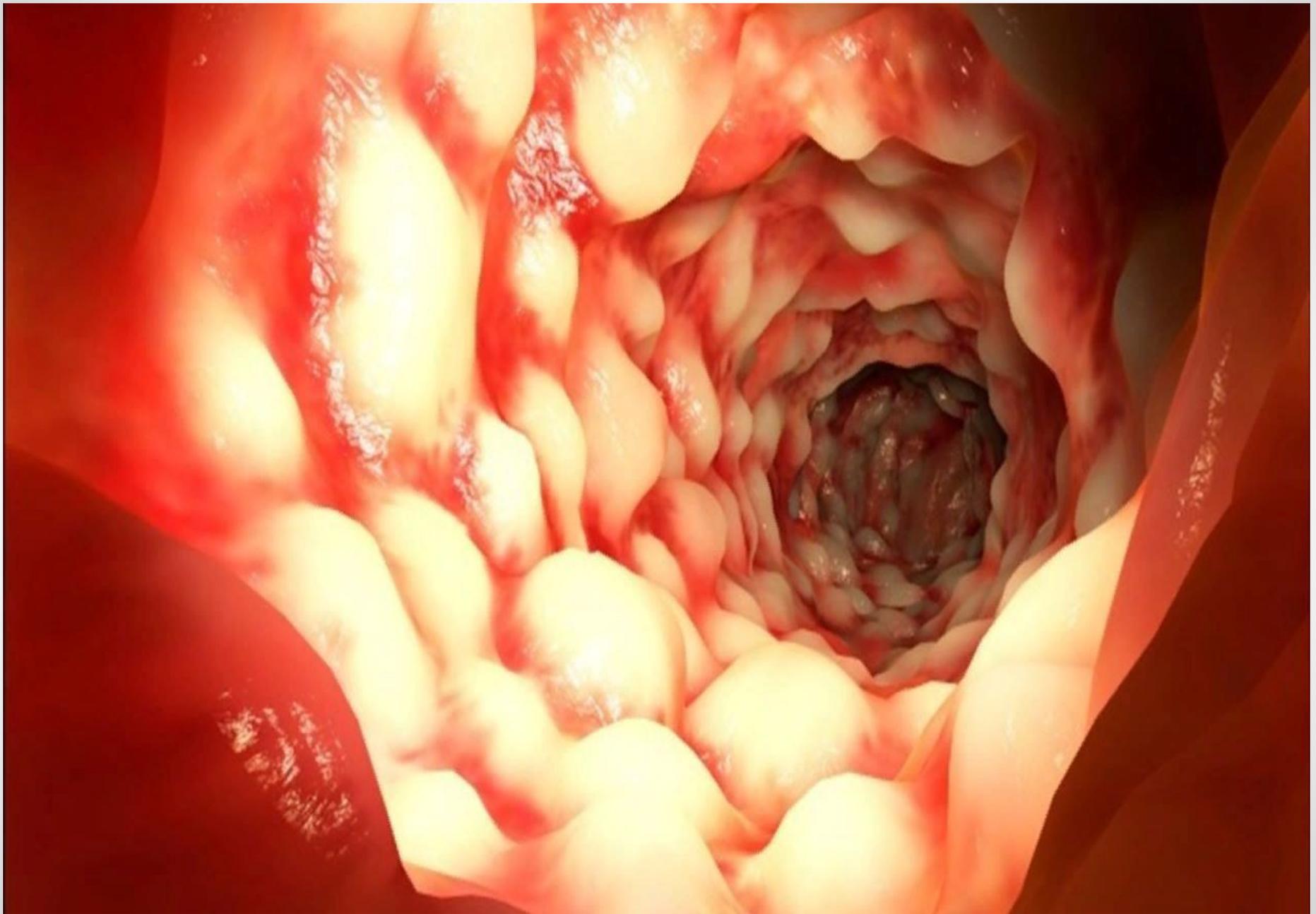
Болезнь Крона (БК, терминальный илеит, гранулематозный энтерит) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта и преимущественной локализацией процесса в терминальном отделе подвздошной и проксимальной части ободочной кишки.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в том числе БК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих :

- генетическую предрасположенность,
- дефекты врожденного и приобретенного иммунитета,
- кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды.

При картографии хромосомы 16 на ее длинном плече в локусе IBD1 удалось идентифицировать ген, ответственный за предрасположенность к БК. Этот ген находится в макрофагах и участвует в регуляции иммунного ответа, макрофагального апоптоза и проницаемости кишечного барьера по отношению к бактериальным липополисахаридам



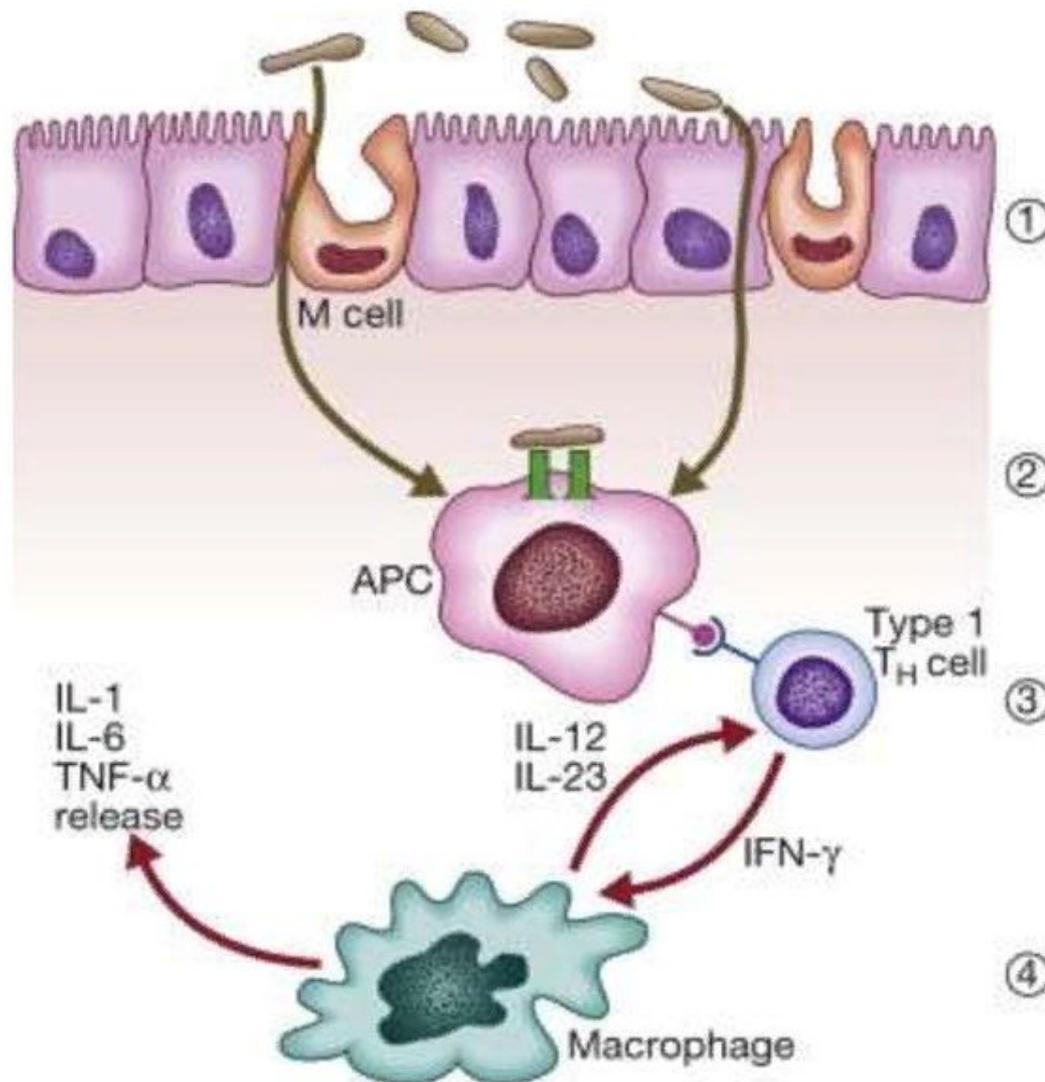
ПАТОГЕНЕЗ

БК представляется следствием патологического врожденного иммунного ответа слизистой оболочки на какой-то антиген в генетически восприимчивом организме.

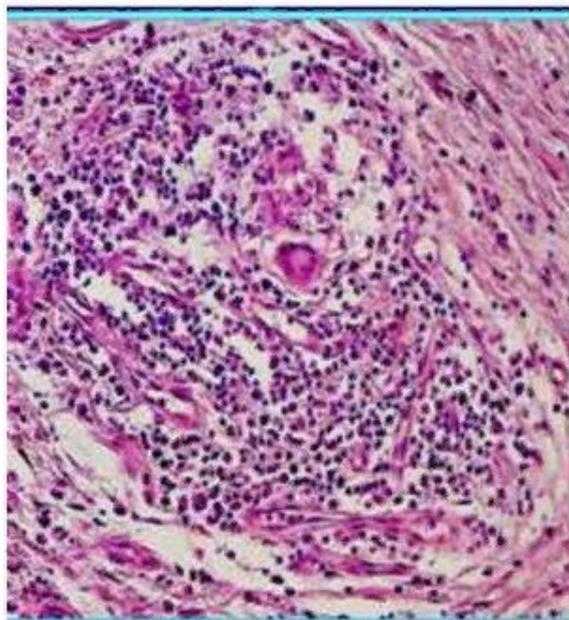
Нарушение состава микрофлоры способствует появлению антигенов микробного происхождения. Патологическому ответу способствуют дефекты барьерной функции кишечного эпителия и иммунной системы кишечника. Роль пускового механизма играют аутоантигены, экспрессированные на эпителии кишечника.

Таким образом, БК представляется хроническим иммуновоспалительным заболеванием, при котором преобладает Т-хелперный ответ 1 типа с чрезмерной продукцией провоспалительных цитокинов, включая интерлейкины ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12, ИЛ-16, фактора некроза опухоли (ФНО- α) и γ -интерферона, сопровождающих приток неспецифических воспалительных клеток в слизистую оболочку .

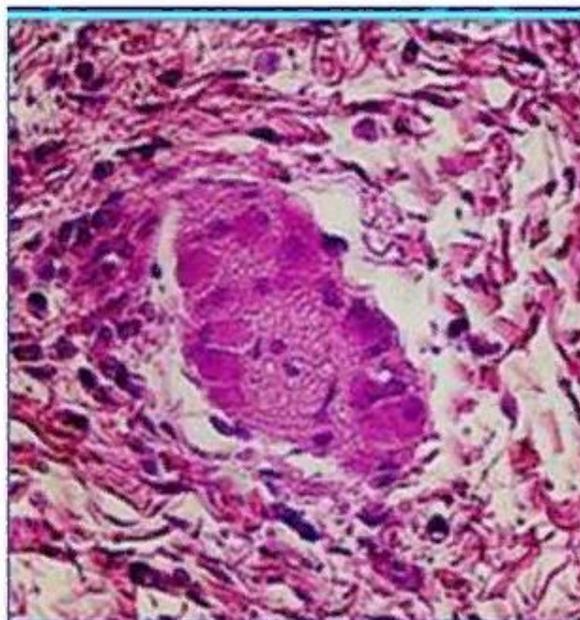
Болезнь Крона. Патогенез



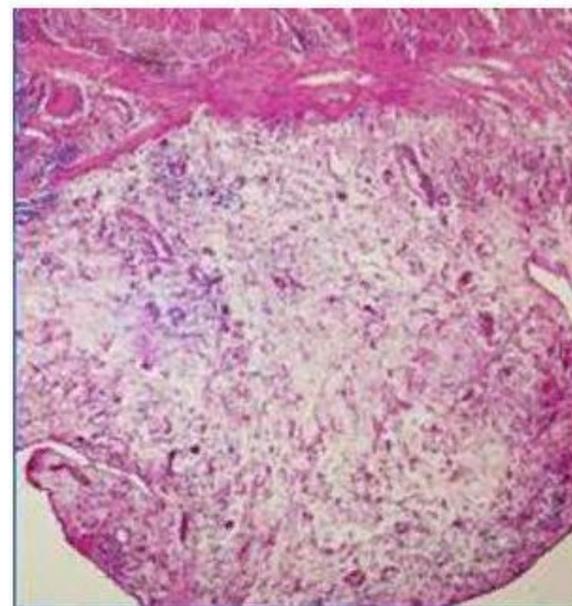
Морфологические проявления болезни Крона



Саркоидоподобная
гранулема



Макрофагальная
гранулема



Утолщение
серозной оболочки
и разрастание
жировой ткани

Морфология



Рис. 1. Схема поражения кишки при болезни Крона.

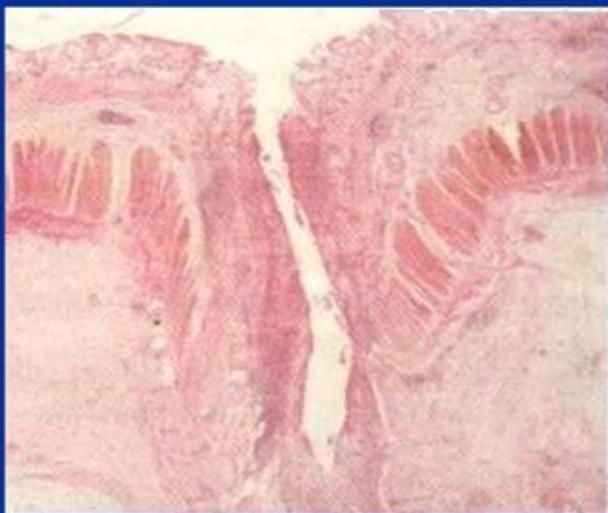


Рис. 2. Микропрепарат болезнь Крона. Язва-трещина, пронизывающая практически всю стенку тонкой кишки.

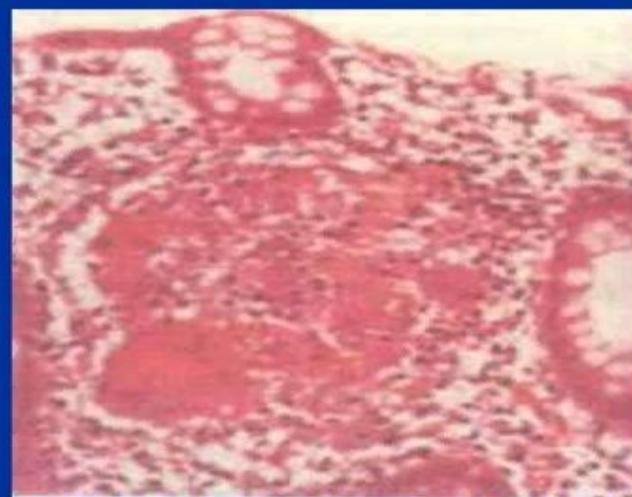


Рис. 3. Микропрепарат: болезнь Крона. Гранулема саркоидного типа в стенке тонкой кишки.

Болезнь Крона ободочной кишки

Стенка кишки утолщена, поверхность её слизистой оболочки имеет вид «бульжной мостовой»,



Классификация

Для классификации БК по локализации поражения применяется Монреальская классификация

Терминальный илеит	Поражение верхних отделов ЖКТ
Колит	Поражение аноректальной зоны
Илеоколит	

По распространенности поражения выделяют:

1 Локализованную БК:

- Поражение протяженностью менее 30 см. Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны (<30 см подвздошной кишки правый отдел толстой кишки);
- Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

2 Распространенную БК:

Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

По характеру течения выделяют

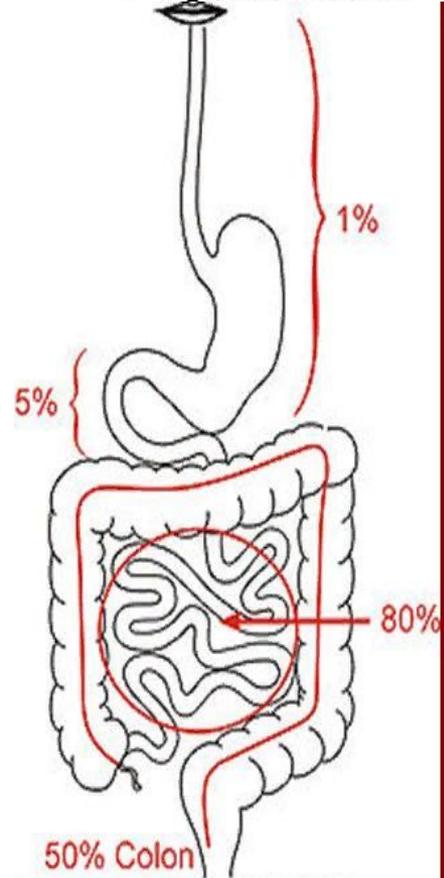
- Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
- Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);
- Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

Болезнь Крона также классифицируется в зависимости от фенотипического варианта (формы) как:

- Нестриктурирующая, непенетрирующая (просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная, -luminal);
- Стриктурирующая (стенозирующая);
- Пенетрирующая (свищевая).

Типичные локализации болезни

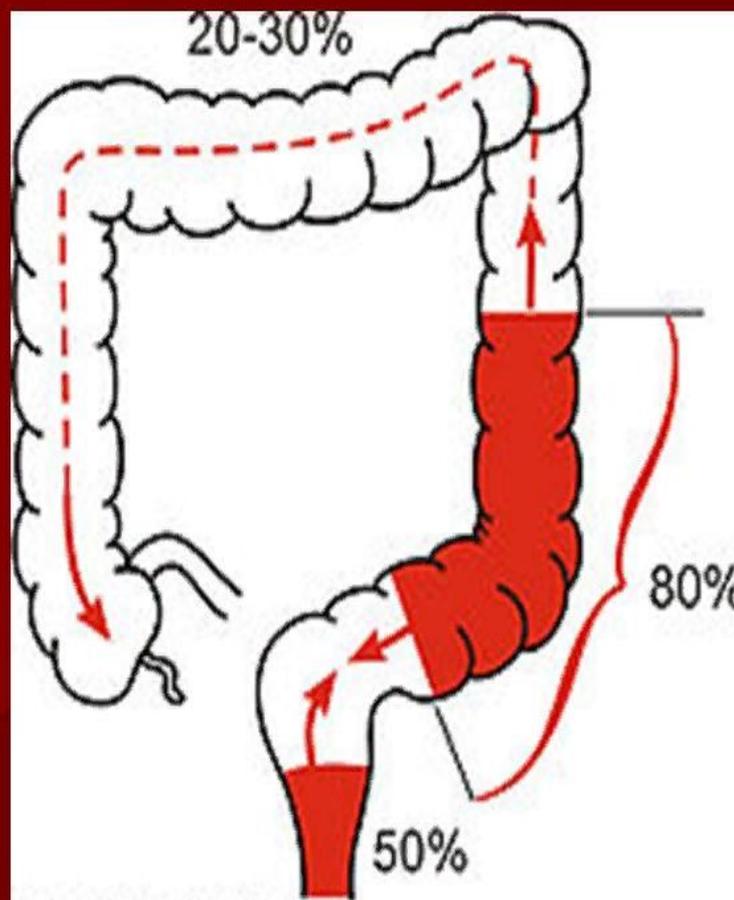
Крона



© www.universitypublisher.org/radio2wiki



Болезнь Крона



© www.universitypublisher.org/radio2wiki

Клиническая картина

К наиболее частым клиническим симптомам БК относятся:

- хроническая диарея (более 6 недель), в большинстве случаев, без примеси крови,
- боль в животе,
- лихорадка и анемия неясного генеза,
- симптомы кишечной непроходимости, а также перианальные осложнения (хронические анальные трещины, рецидивирующие после хирургического лечения, парапроктит, свищи прямой кишки).

Внекишечные проявления болезни Крона.

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания

- Артропатии (артралгии, артриты)
- Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)
- Поражение слизистых
- Артропатии (артралгии, (афтозный стоматит)
- Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)

Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:

- Анкилозирующий спондилит (сакроилеит)
- Первичный склерозирующий холангит ,
- Остеопороз, остеомалация
- Псориаз

Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:

- Стеатоз печени, стеатогепатит
- Тромбоз периферических вен, ТЭЛА
- Амилоидоз

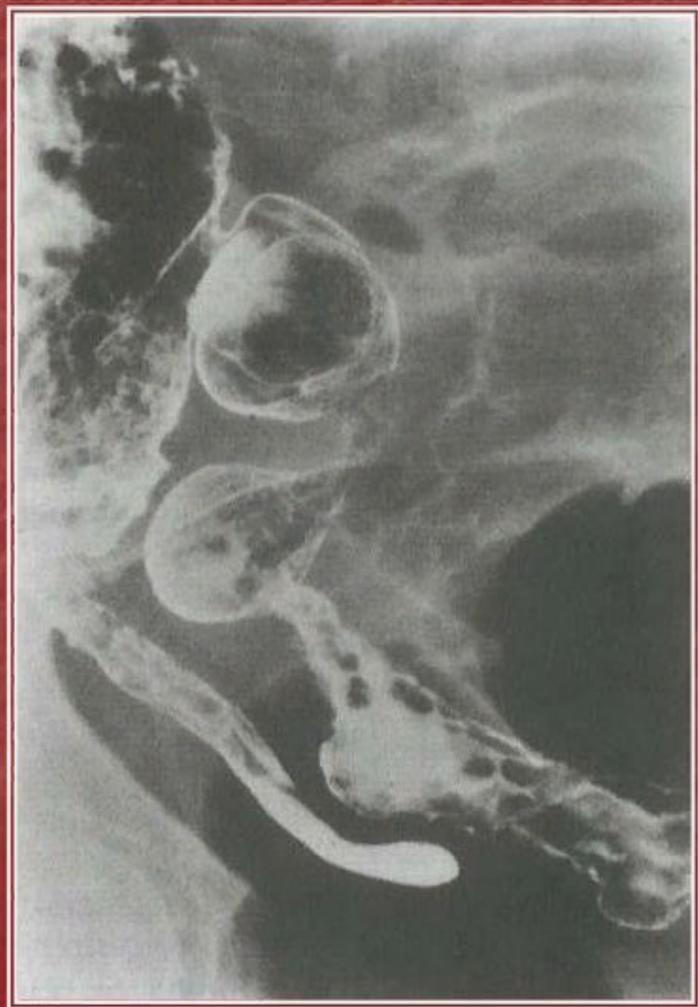
Диагностика

Однозначных диагностических критериев БК не существует, и диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений

Общепринятыми являются критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones, включающие определение шести ключевых признаков заболевания

- Поражение от полости рта до анального канала: хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение;
- Прерывистый характер поражения;
- Трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи;
- Фиброз: стриктуры;
- Лимфоидная ткань (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления;
- Муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки;
- Наличие саркоидной гранулемы.

Диагностика болезни Крона



Слева направо: терминальный отдел подвздошной кишки – чередование псевдивертикулов и стриктур по типу «булыжной мостовой», поражение червеобразного отростка; причудливая деформация толстой кишки при далеко зашедшей стадии болезни Крона

1.Лабораторная диагностика

2.Инструментальная диагностика

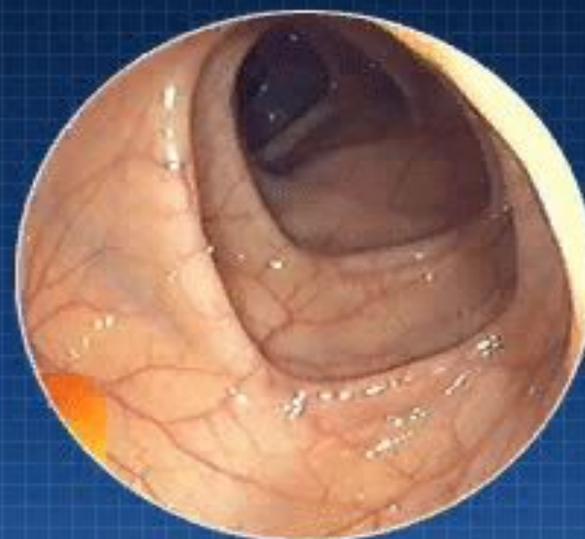
Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом;
- эндоскопическим и рентгенологическим методом.

Эндоскопическими критериями диагностики БК являются регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки, симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемированной слизистой оболочкой), линейные язвы (язвы-трещины), афты, а в некоторых случаях - стриктуры и устья свищей.

Рентгенологические проявления БК включают регионарное, прерывистое поражение, стриктуры, «булыжную мостовую», свищи и межкишечные или интраабдоминальные абсцессы.

Болезнь Крона



норма

Симптом “Чемоданных ручек”

Лечение

1 Консервативное лечение

1. Средства для индукции ремиссии: системные ГКС (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид), иммуносупрессоры (азатиоприн, 6 меркаптопурин, метотрексат), моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаба пэгол) и моноклональные антитела к интегринам, селективно действующие только в ЖКТ(ведолизумаб), а также антибиотики и салицилаты.

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

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

Следует особо отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель

Антибактериальная терапия :

1 линия - метронидазол 1,5 г/сутки + фторхинолоны

(ципрофлоксацин, офлоксацин) в/в 10-14 дней;

2 линия - цефалоспорины в/в 7-10 дней [46,47];

3 линия - рифаксимин в дозе 800-1200 мг в течение 14 дней.

Инфузионная терапия: регидратация, коррекция белково-электролитных нарушений.

Коррекция анемии: гемотрансфузии (эритромаасса) при анемии ниже 80 г/л,

далее – терапия препаратами железа парентерально (железа(III) гидроксид сахарозный комплекс, железа(III) гидроксид декстрана, железо карбоксимальтозат).

Энтеральное питание (зондовое) у истощённых пациентов.

Хирургическое лечение болезни Крона

Показаниями к оперативному вмешательству при БК служат острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития

Острые осложнения БК

К ним относят кишечное кровотечение, перфорацию кишки и токсическую дилатацию ободочной кишки.

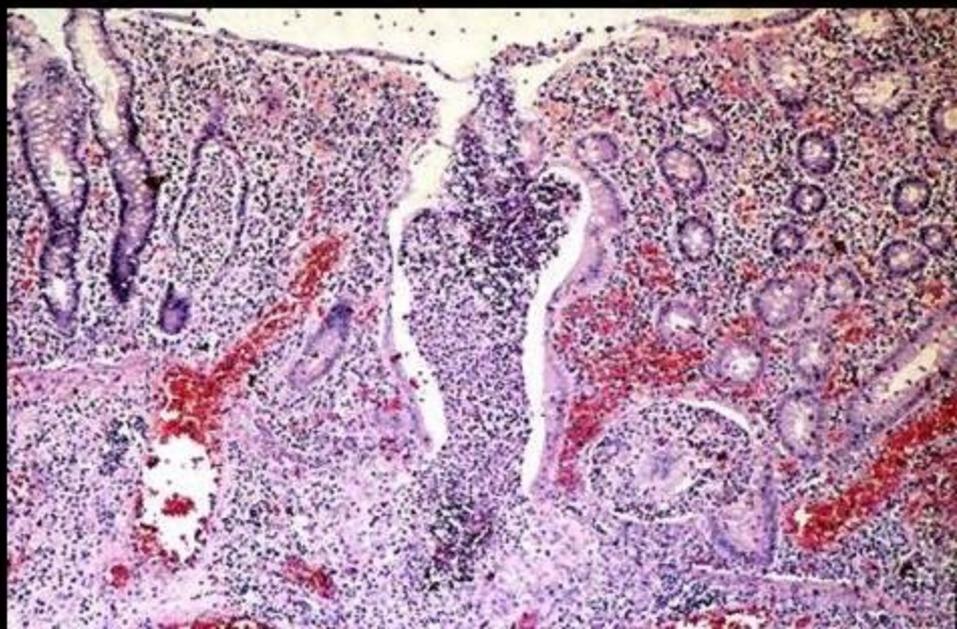
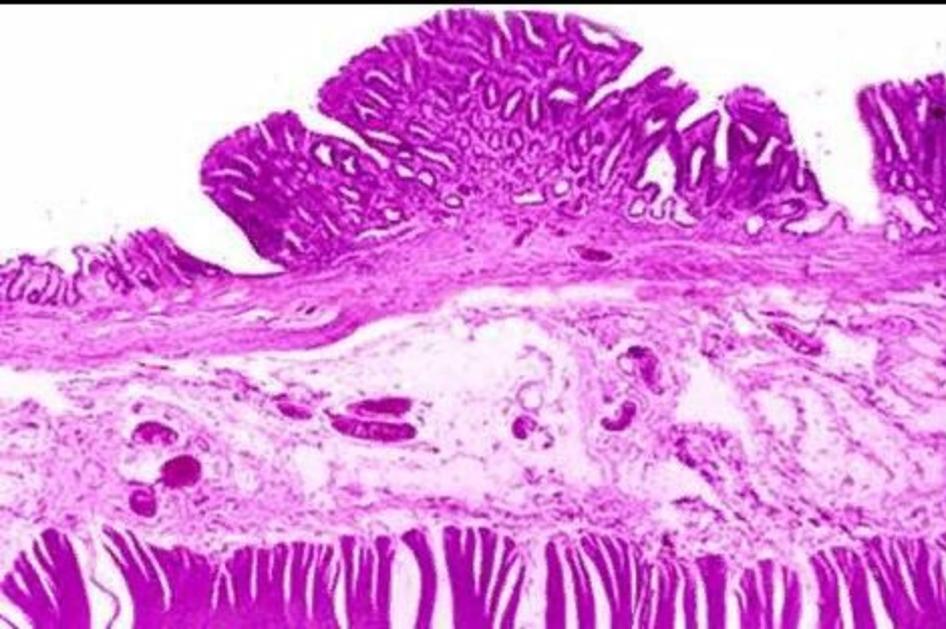
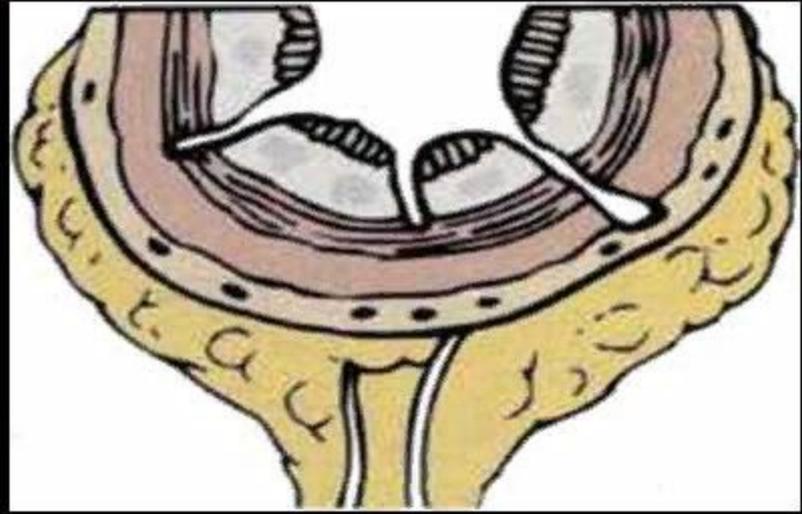
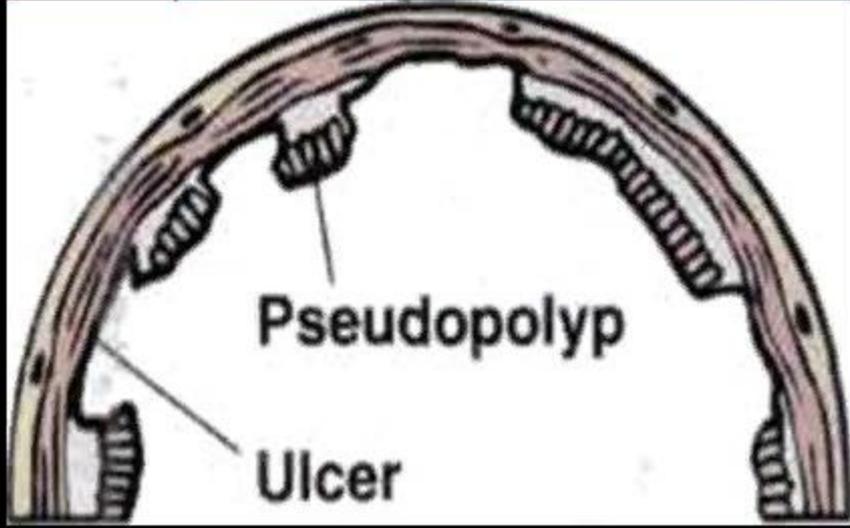
1. Резекция илеоцекального отдела с формированием илео-асцендоанастомоза
2. Резекцией пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей.
3. Альтернативной операцией рекомендовано колпроктэктомия с формированием концевой одноствольной илеостомы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- с неспецифическим язвенным колитом;
- с аппендицитом — при выраженном болевом симптоме;
- с синдромом раздраженного кишечника.

- саркоидоз;
- туберкулез кишечника;
- рак;
- острые кишечные инфекции;
- системные заболевания соединительной ткани — склеродермию, системную красную волчанку, дерматомиозит;
- лучевой колит;
- ЖКБ;
- болезнь Бехчета — системный васкулит с поражением слизистой кишечника.

Признаки	НЯК	Болезнь Крона
Язвы	Обширные, плоские язвы, разделенные псевдополипами	Щелевидные, продольные и поперечные, слизистая в виде "бульбной мостовой"



Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона

Признаки	НЯК	Болезнь Крона
Кровотечения из прямой кишки	С каждым стулом	Не характерны
Боли в животе	Иногда	Часто
Формирование стриктур	Не характерно	Характерно
Вовлечение в процесс прямой кишки	Часто (95%)	50%
Сегментарность поражения	Не характерна	Характерна
Гистологические проявления	Крипт -абсцессы	Саркоидные гранулемы
Характерная локализация	Прямая, сигмовидная с распространением на всю толстую кишку	Терминальный илеит, правая половина толстой кишки, тотальный колит

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!