

***БОЛЕЗНЬ КРОНА***  
*(гранулематозный колит)*

# ЭТИОПАТОГЕНЕЗ



# *ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:*

---

- **Частота возникновения** (первичная заболеваемость): 2-4 случая заболеваний на 100 000 жителей в год.
- **Встречаемость** (численность больных): 30-50 больных на 100 000 жителей.
- **Болезнь Крона** : НЯК - 1:10

# *ЛОКАЛИЗАЦИЯ*

(поражаются любые отделы ЖКТ)

---

- пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка – 3,5%.
- только тонкая кишка 25-30%
- тонкая и толстая кишка 46%
- только толстая кишка 30%
- вовлечение прямой кишки 11-20%
- аноректальные поражения (анальные фистулы, анальные трещины, перианальные абсцессы и т. д.) 30-40%.

У 20-25% больных нет поражения прямой кишки.

# *Макроскопические изменения*

Воспалительные процессы начинаются с подслизистого слоя, слизистая менее пораженная: язвы не носят сливного характера, не занимают большой поверхности, чаще в виде трещин, щелей, проникая на всю глубину стенки. В местах поражения отмечается утолщения и инфильтрация кишечной стенки, суживая просвет. Язвы – трещины обычно имеют продольную и поперечную направленность – булыжная мостовая.

Перианальные проявления – (трещины, свищ, язвы).

# ***КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА***

Обострения воспаления, чередующиеся с бессимптомными или малосимптомными интервалами.

## ***Кишечная симптоматика:***

- - боли в животе, особенно после еды,
- - поносы,
- - кровь в стуле (редко)
- - симптомы нарушения всасывания,
- - повреждения в анальной области.

# *Внекишечная симптоматика:*

---

- анемия, лихорадка,
- общее недомогание,
- снижение веса,
- артрит,
- узловая эритема,
- вторичная аменоррея,
- афтозный стоматит,
- глазная симптоматика.

# *Клинические данные:*

---

- давящая боль/болезненность при пальпации в области живота.
- резистентность при пальпации.
- объемное образование.
- анальная фистула, абсцедирующий перитонит.
- желчные камни (при поражении тонкой кишки)
- редко встречается: амилоидоз, поражение в сочетании с болезнью Бехтерева.

# *ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА:*

---

## 1. Диагностика активности:

- РОЭ по Вестергрен (повыш.)
- лейкоциты (повыш)
- гемоглобин (пониж.)
- общий белок (пониж.), электрофорез.
- протеины острой фазы.
- С-реактивный протеин (повыш.)
- орозомукоид (кислый @-гликопротеин повыш.)

## 2. Дефициты:

---

- **альбумин (пониж.);**
- **железо, ферритин (пониж.),  
(трансферрин – повыш.);**
- **вит.В, фолиевая кислота, цинк, магний  
(пониж.);**
- **электролиты.**

### 3. Исключение инфекционной этиологии:

---

- серологическое выявление возбудителя (титр антител);
- прямое выявление возбудителя в кале, в мазке со слизистой оболочки, путем биопсии слизистой.

## 4. Специальные исследования:

---

- абсорбция желчных кислот;
- дыхательный тест с  $H_2$ ;
- тест Гордона (чреспросветная потеря белка);
- тест Шиллинга (резорбция витамина B12).

# *Методы диагностики*

---

- Эндоскопия (колоноскопия, гастроскопия, интестиноскопия);
- Рентгенологические (ирригография, фистулография, рентгенография желудка, проктография, пассаж бария по ЖКТ, обзорная рентгенография, сцинтидефекография);
- Лабораторные методы
- Морфологические методы
- Эхография

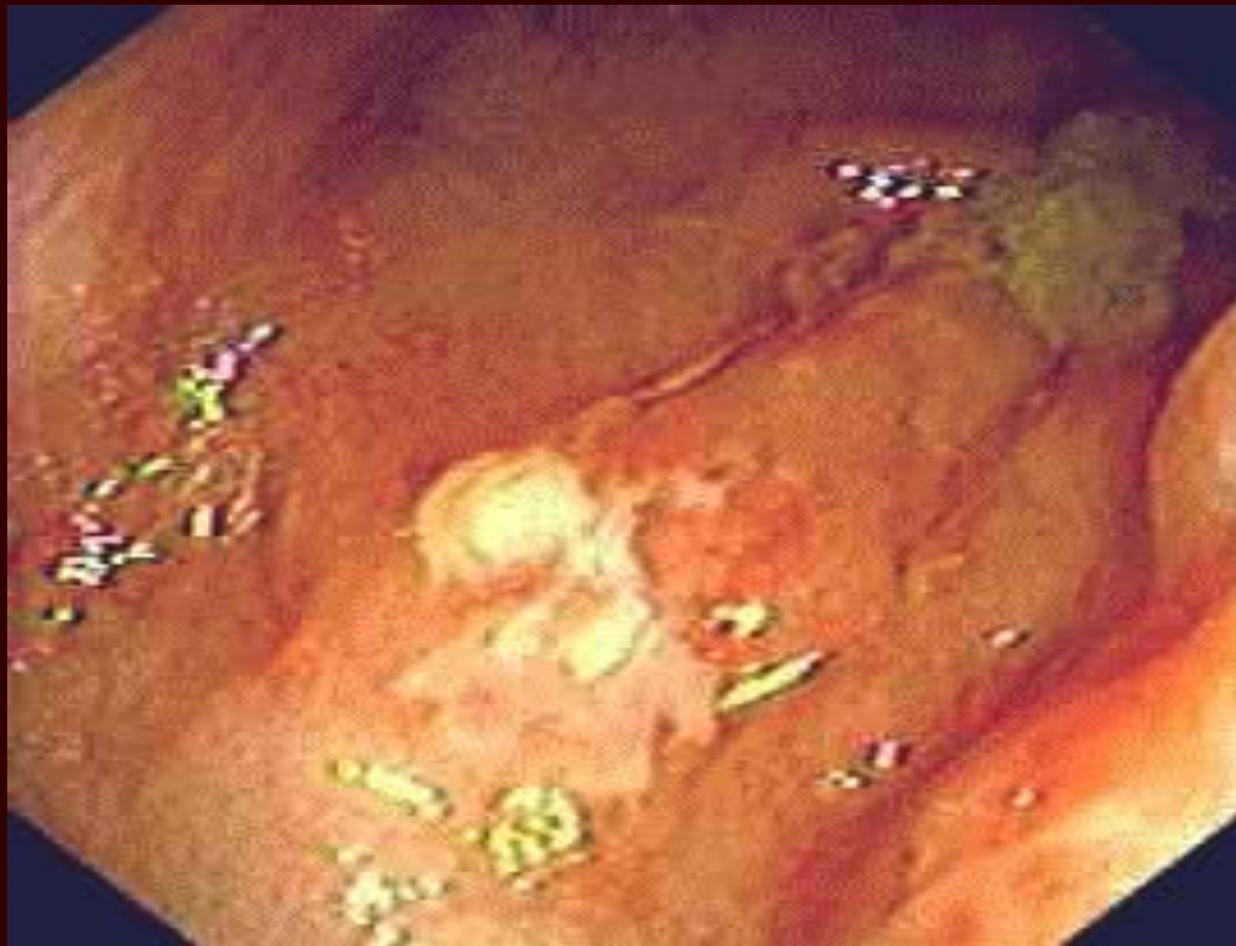
# ЭНДОСКОПИЯ

- афтозные и язвенные поражения на нормальной или воспаленной слизистой оболочке;
- фиссуральные язвы;
- рельеф булыжной мостовой;
- сужение просвета, стенозирование;
- сегментарное, прерывистое распространение в кишке;
- прямая кишка не повреждена.

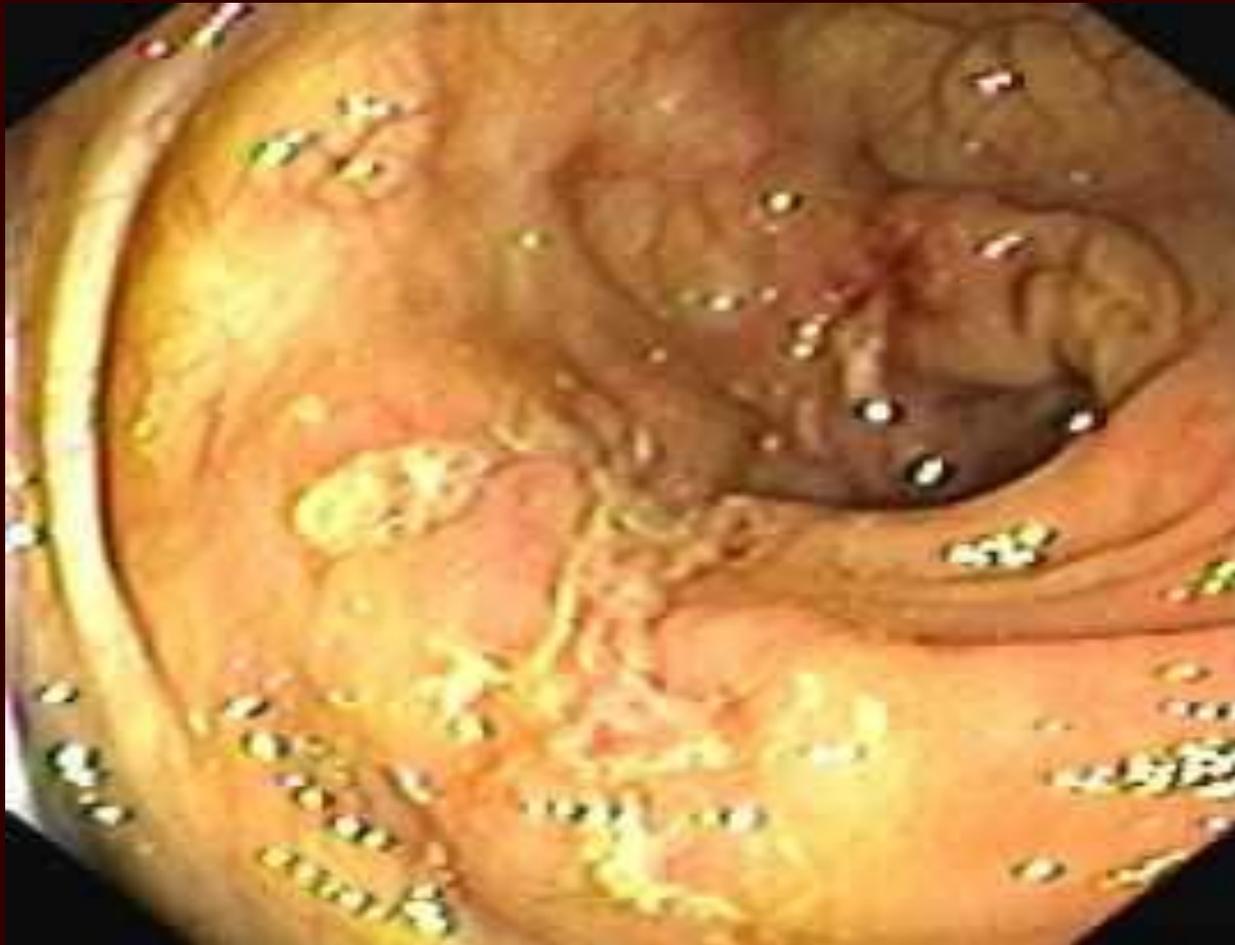
## Эндоскопическая картина поражения дистальной части подвздошной кишки при болезни Крона



# *Эндоскопическая картина при болезни Крона*



*Вид слизистой оболочки сигмовидной  
кишки при болезни Крона*



*Глубокие язвы поперечной ободочной  
кишки при болезни Крона*



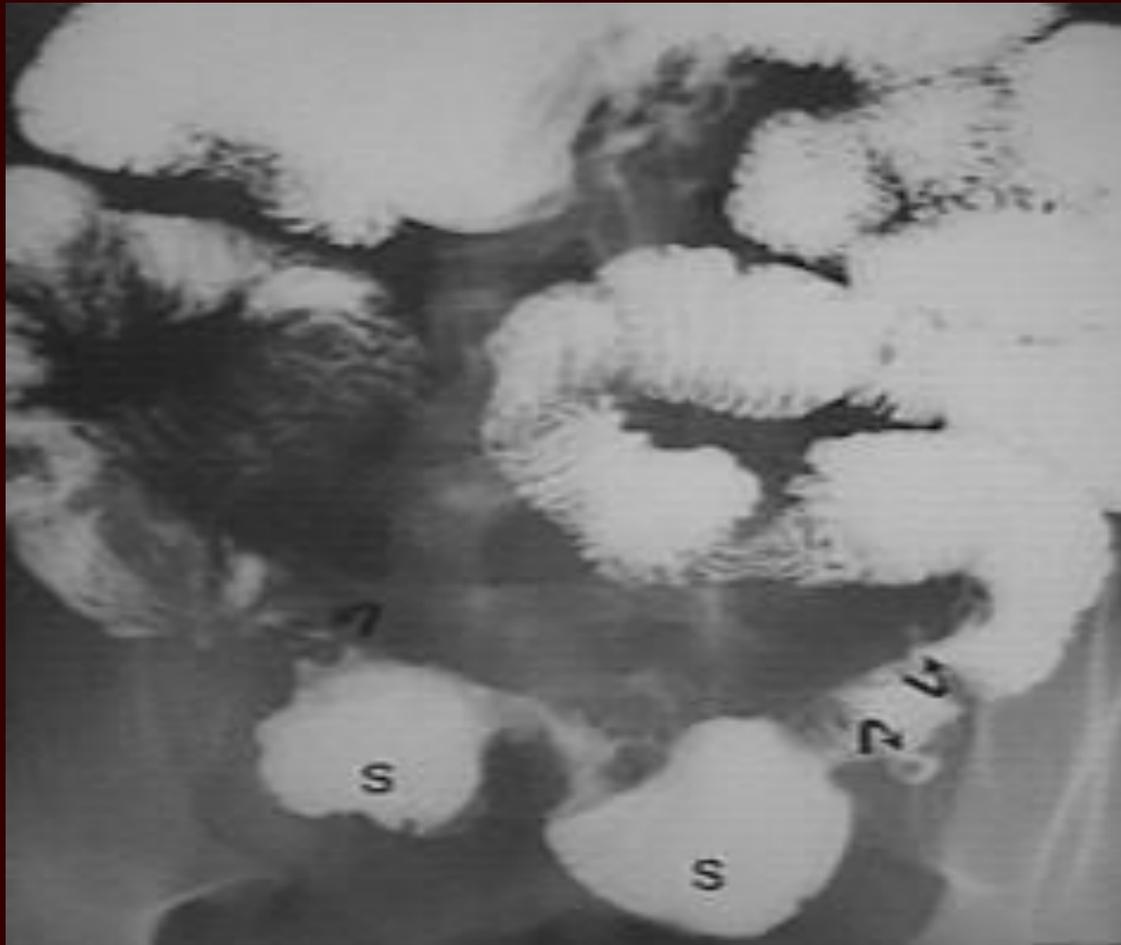
# *РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ*

- изъязвления (афты);
- рельеф булыжной мостовой;
- отсутствие растяжения кишки;
- феномен дистанции (утолщение стенки);
- ассиметричное сморщивание стенки;
- выявление фистул;
- сужение просвета, стеноз;
- сегментарное прерывистое распространение в кишке.

# *Рентгеноскопия: афты слизистой оболочки тонкой кишки*



*Рентгеноскопия: изъязвления тонкой кишки  
(указаны стрелкой). Складки слизистой  
оболочки неравномерно утолщены.*



# *Рентгеноскопия: стойкое сужение просвета тонкой кишки*

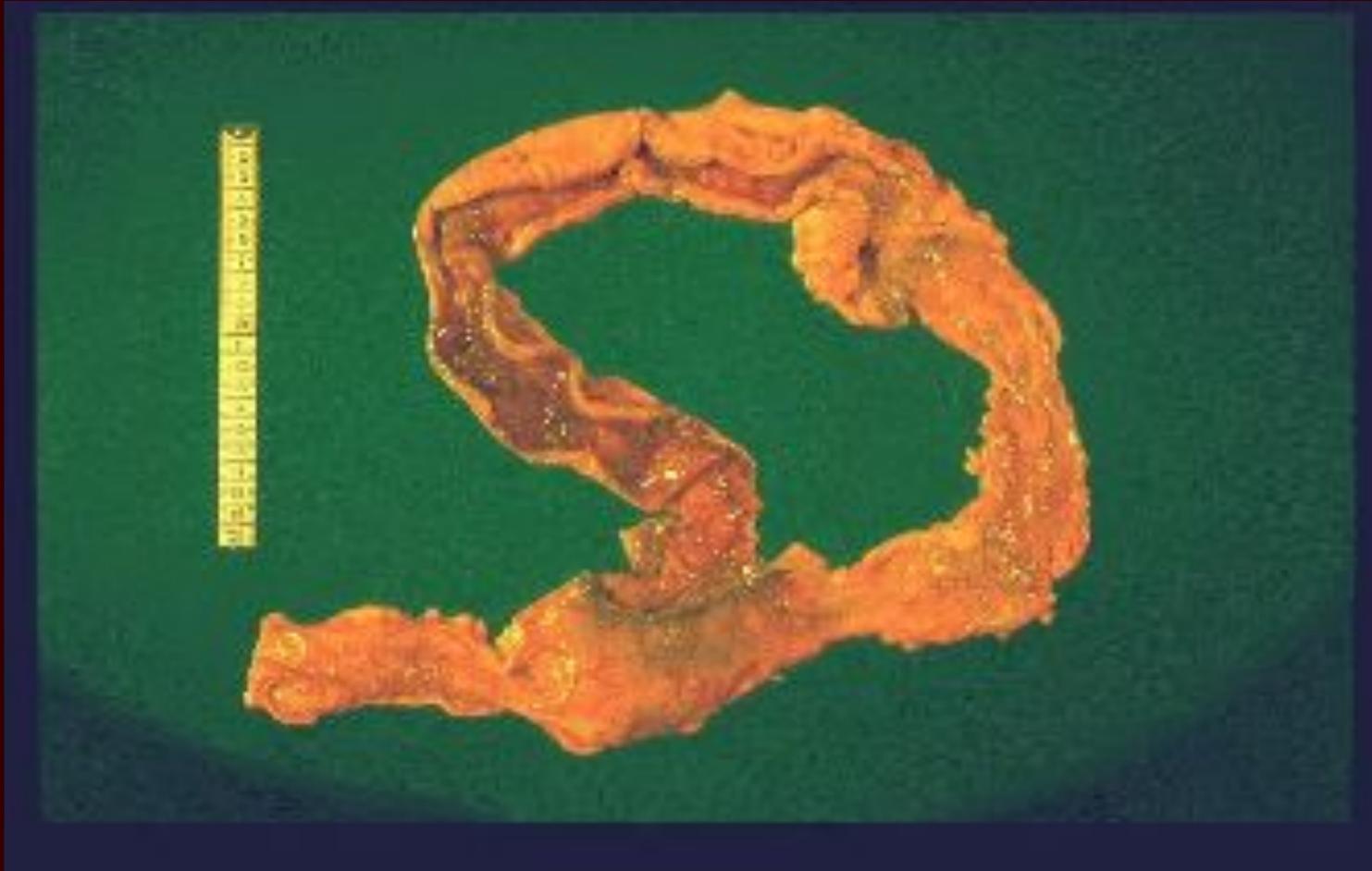
---



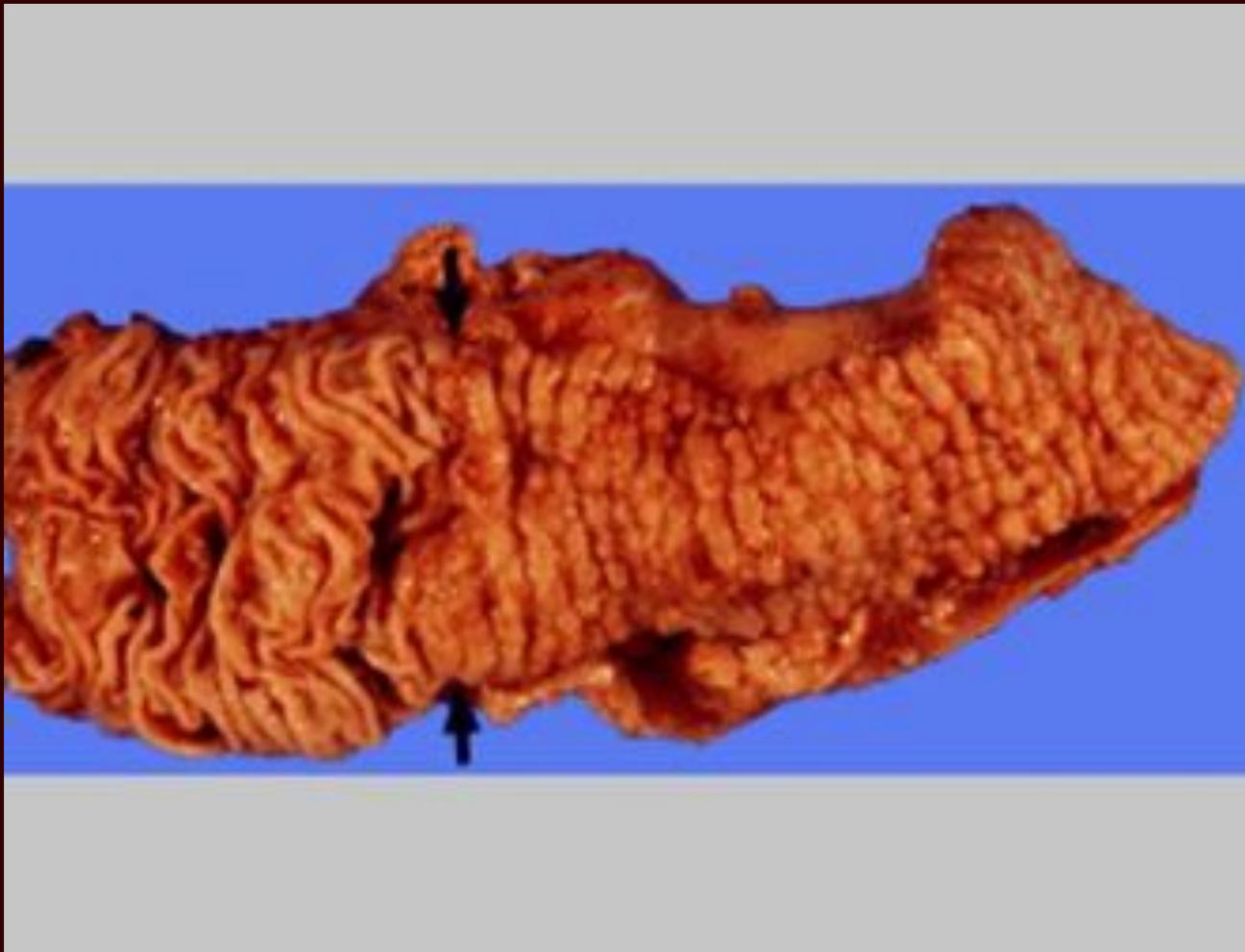
# *ГИСТОЛОГИЯ*

- лимфоцитарная трансмуральная инфильтрация, прерывистое распространение;
- очаговая лимфоидная гиперплазия;
- фиброзирование всех слоев стенки;
- трещины;
- эпителиоидные гранулемы (30-60%) в подслизистом слое (саркоидные гранулемы, клетки Пирогова-Лангканса);
- изредка абсцессы крипт;
- сохранение бокаловидных клеток (толстая кишка).

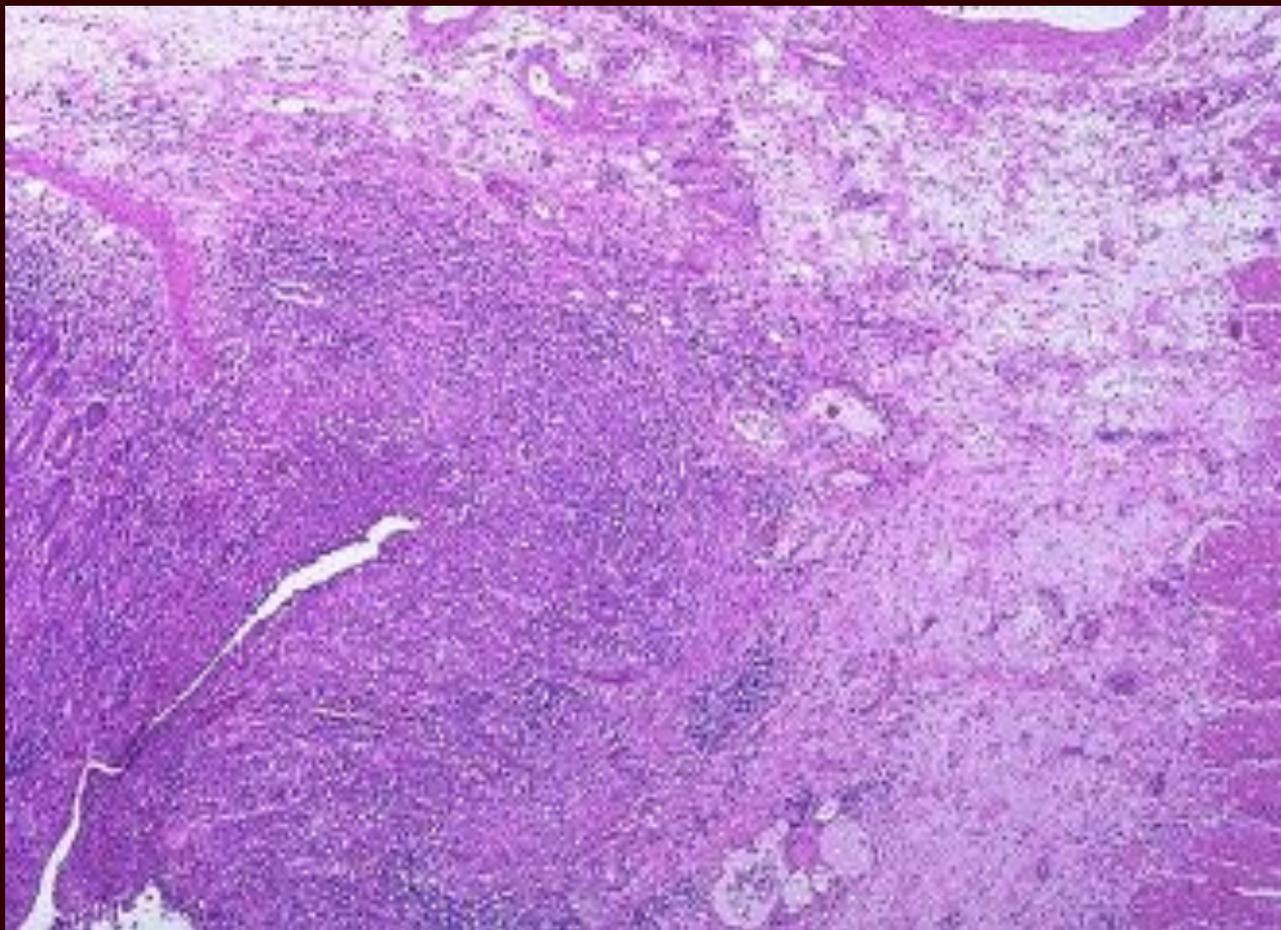
# Гранулематозная альтерация тонкой кишки (макропрепарат)



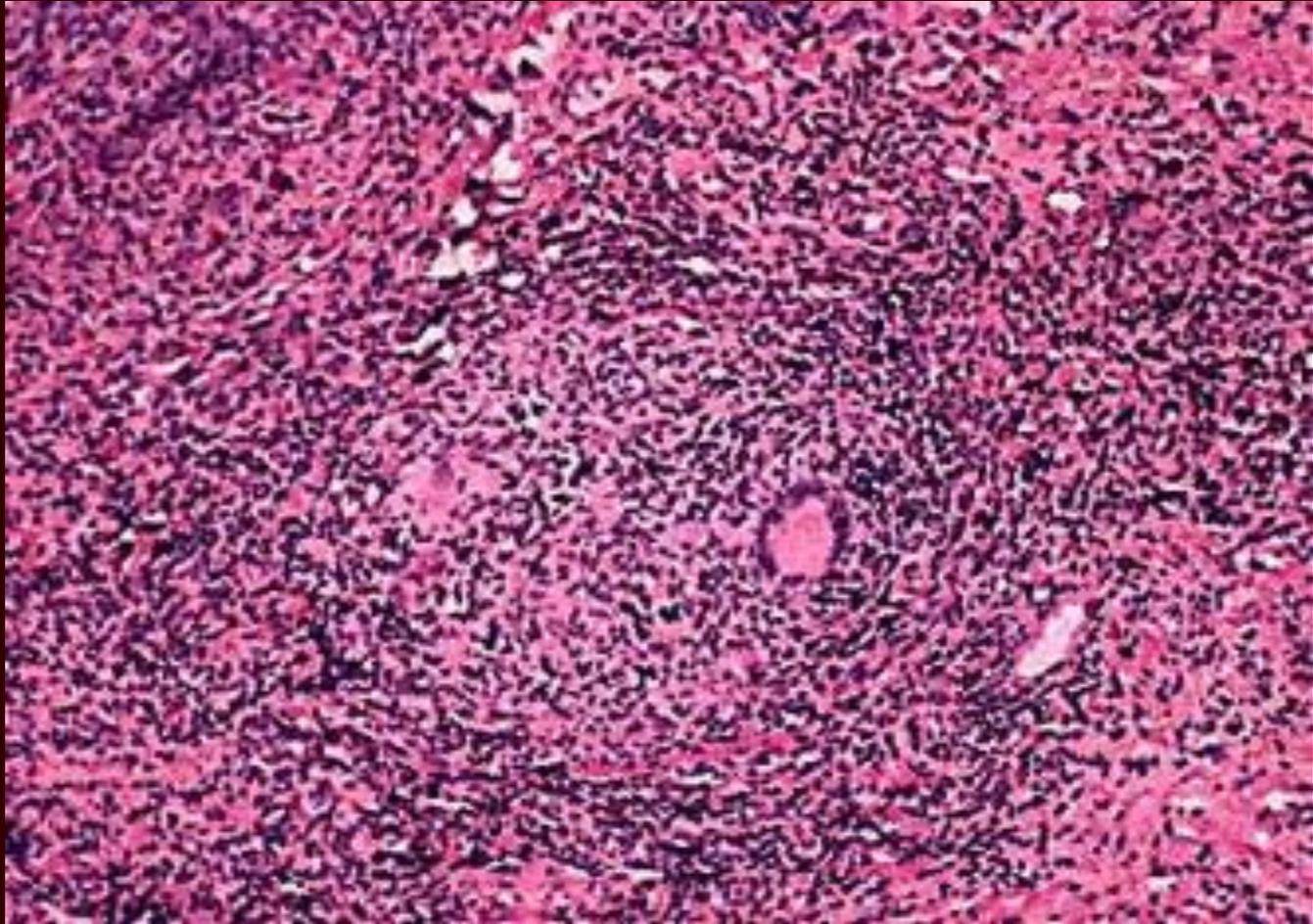
*Болезнь Крона: видна четкая граница между неизменной слизистой и с тонкими поперчными складками пораженной слизистой, имеющей вид «булыжной мостовой»*



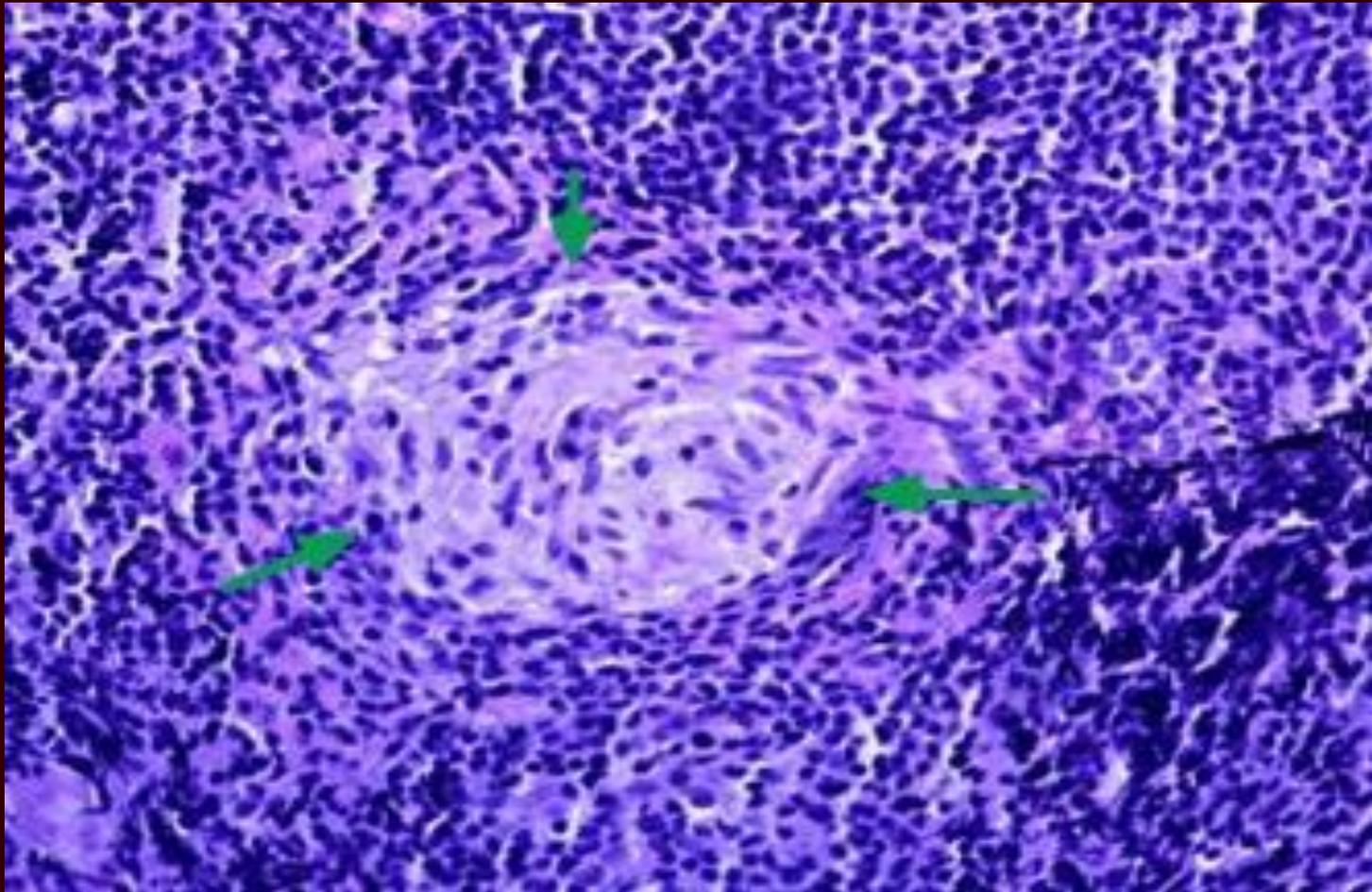
# *Лимфогистиоцитарная инфильтрация кишечной стенки (микропрепарат)*



*Область гранулематозного  
воспаления (микропрепарат)*



Гранулема, состоящая из эпителиоидных гистиоцитов, сформированная в лимфоузле, с гигантскими клетками и без признаков некроза:



# ЭХОГРАФИЯ:

---

- кокарды (утолщение стенки кишки);
- объемное образование;
- абсцессы в брюшной полости.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- микробные энтероколиты, обусловленные *Campylobacter jejuni/coli*, *Yersinia enterocolitica*, сальмонеллами, шигеллами, амебами и хламидиями;
- псевдомембранный колит (*Clostridium difficile*);
- ишемический колит;
- радиогенный колит;
- язвенный колит;
- коллагенный колит;
- медикаментозно индуцированный колит;
- злокачественная опухоль толстой или тонкой кишки.

# ***ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:***

---

## ***Частые осложнения:***

- стенозы с последующей острой кишечной непроходимостью или хронической (частичной) кишечной непроходимостью;
- перфорация и перитонит;
- абсцесс брюшной полости, межпетельный абсцесс;
- септико-токсическая клиническая картина;
- неэффективность медикаментозной терапии.

# *Редкие осложнения:*

---

- тяжелое кровотечение,
- токсический мегаколон,
- обструктивные уропатии,
- тяжелая внеклеточная симптоматика и сопутствующие заболевания,
- карцинома кишки (тонкой кишки редко).

# *Фистулы:*

---

- висцеро-висцеральные,
- висцеро-кутанные,
- висцеро-везикальные (инфекции мочевыводящих путей),
- ректо-вагинальные.

# *ТЕРАПИЯ:*

---

## *Медикаментозная терапия при обострении воспаления:*

- симптоматика и клинические данные
- индекс активности по Бесту (CDAI)  
150.

# Терапия первой очереди:

- Преднизолон перорально (иногда необходимо в/в).  
Суточная доза
  - 1-я неделя 60 мг
  - 2-я неделя 40 мг
  - 3-я неделя 30мг
  - 4-я неделя 25 мг
  - 5-я неделя 20 мг
  - 6-я неделя 15 мг
  - 7-26 неделя 10 мг, в случае достижения ремиссии (CDAI 150)
  - 27-52 неделя 10-5 мг в день, попеременно  
10-0 мг в день, попеременно  
Постепенная отмена.
- Месалазин (5-ASA) или Сульфосалазин (SASP)  
3-4x0,5г в день перорально 3x1г в день перорально при поражении толстой кишки

# *Терапия второй очереди:*

- 4-12 недель элементарная диета («питание космонавтов»), вводить непрерывно через дуоденальный зонд с помощью системы с ротационным насосом (только при поражении тонкой кишки).
- **Азатиоприн** 2-3 мг в день на кг веса тела (не менее 3 месяцев).
- **Метронидазол** 500-1000 мг в день (не более 4 недель).

# *Терапия в периоде ремиссии:*

- профилактика рецидивов с помощью **Месалазина** (3x0,5 г в день перорально), вероятно эффективнее;
- высококачественное питание, богатое балластными веществами (остерегаться стеноза);
- компенсация дефицитов (витамин В-12, фолиевая кислота, цинк и т.д.);
- холестерамин при хологенном поносе;
- антидиарейные средства (кодеин, лomotил, лоперамид).

## *Хирургическое лечение используется при осложненном течении:*

- резекция пораженного отрезка кишки в пределах макроскопически здоровых тканей – «экономно»;
- анастомозы «конец в конец»;
- пластика стриктур;
- иссечение фистул;
- хирургическое лечение перианальных фистул: высоких и низких.

# *Перианальные фистулы:*

---

- При хирургическом лечении стриктур тонкой кишки - тенденция к органосохраняющим, пластическим операциям.
- Хирургическое лечение стриктур толстой кишки заключается в резекции пораженного участка (опасность злокачественного перерождения).