

Крон ауруы

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Кездикбаев Б. А.

Жоспары

- Крон ауруы
- Жіктелуі
- Симптомдар
- Асқынулары
- Клиникалық көріністері
- Диагностикасы
- Емдеу тактикалары

Крон ауруы

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;

Венская классификация БК

I. Возраст к моменту установления диагноза.

- < 40 лет
- 40 лет

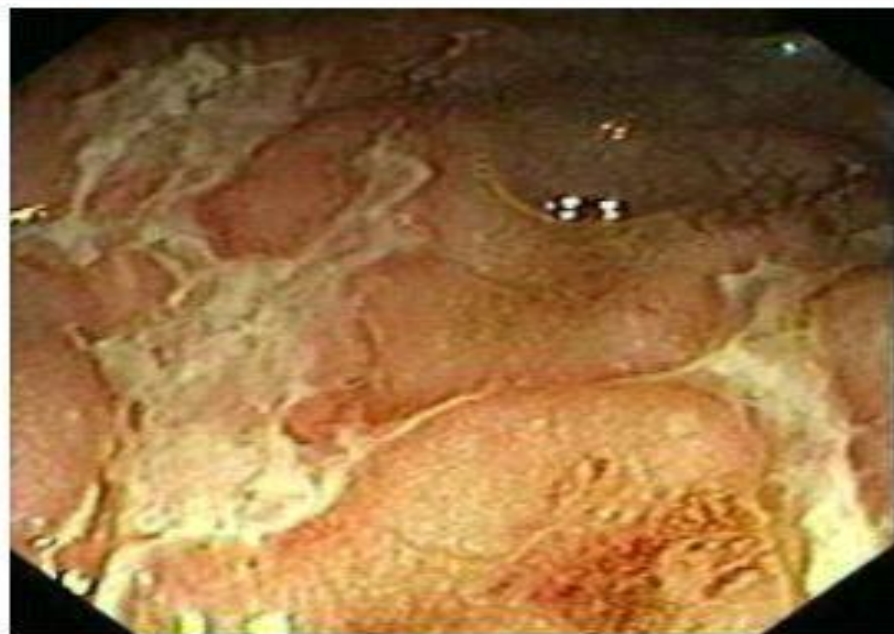
II. Локализация процесса

- Терминальный отдел подвздошной кишки
- Ободочная кишки(колит)
- Верхние отделы желудочно – кишечного тракта.
- Илеколит.

III. Характер течения:

- Нестриктурирующий, непенетрирующий.
- Стриктурирующий.
- Пенетрирующий.

Локализация	Частота поражения, %
Илеоцекальная область	45
Проксимальный отдел тонкой кишки	30
Дебют болезни с поражением пищевода или желудка, или двенадцатиперстной кишки, или перианальной области	5
Множественная локализация процесса	40
Толстая кишка	25



Болезнь Крона сигмовидной кишки



Болезнь Крона прямой кишки

Клиникалық көрінісінде байқалады:

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

Клиникалық түрлеріне байланысты жіктелуі:

1. **қабыну**— инфильтративті- (тоқ ішекте басым) профузды диарея, өткір қабыну белгілері, дене салмағының төмендеуі.
2. **стеноздаушы (ішек тарылуына әкелетін)**- (жіңішке және илеоцекальды ішекте басым) ішек өтімсіздігін тудырады.
3. **перфорациялық (фистулалар түзілуіне әкелетін)**- абдоминальды инфильтраттар, ішекаралық жыланкөздер мен абсцестер дамиды.

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.



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 бұрап 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.

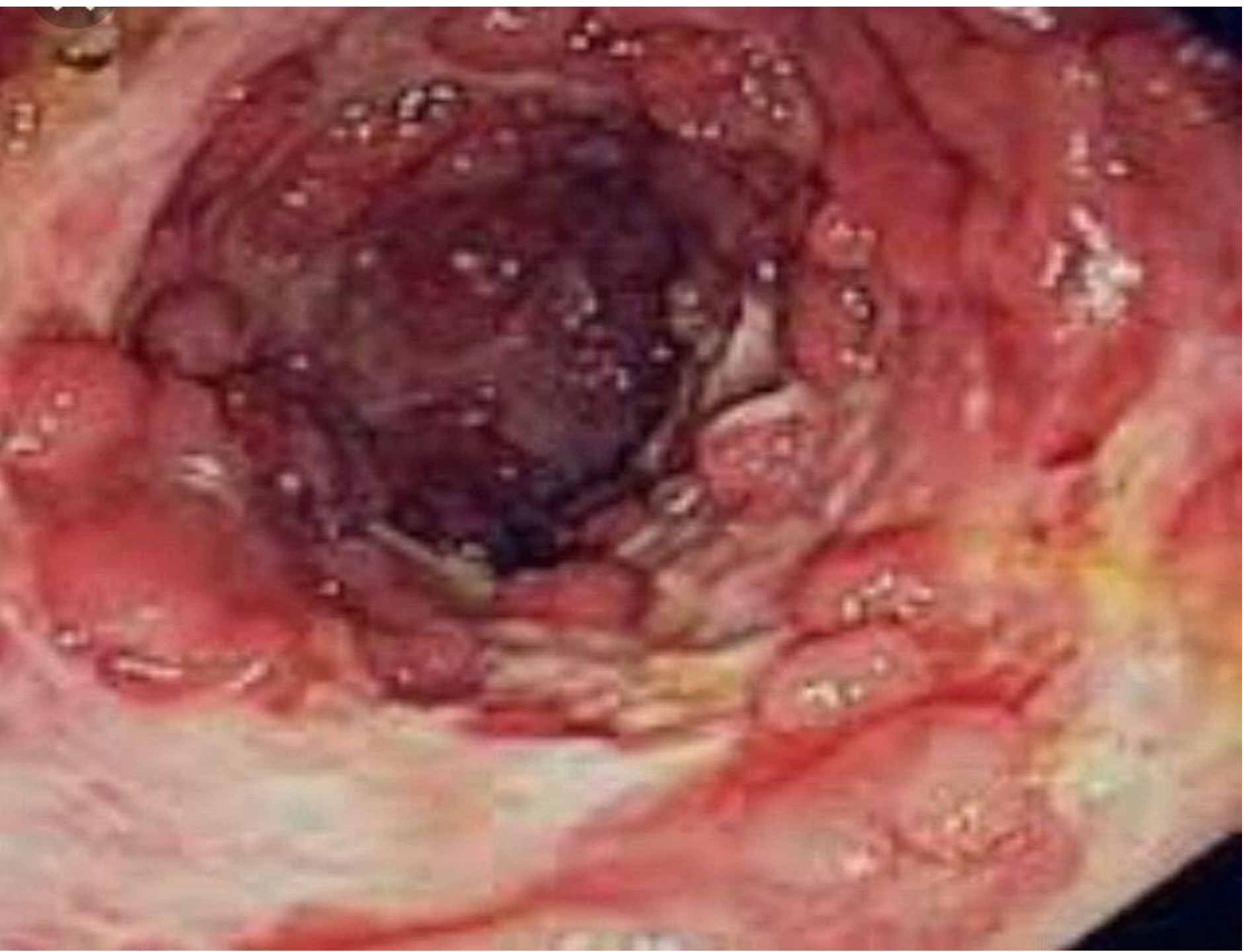
Крон ауруының ішектен тыс көріністері:

1. дерттің активтілігіне тәуелді түрінде- ауыз қуысының, тілдің афталық жаралары, түйінді эритема, дабыл таяқшалары, көздің зақымданулары-конъюнктивит, эписклерит, увеит, кератит, ирит.



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

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.



3. **Гистологиялық** – сілемей асты қабатының лимфоидты және плазмалық жасушалармен толып ісінуі, лимфоидті фолликулалардың және пейер түйіндақтарының, гранулемалардың гиперплазиясы. Аурудың үдеуі кезінде лимфодты фолликулалар іріңдейді, ойылады және инфильтрация ішектің қабырғаларының барлық қабаттарына таралады, гранулемалар гиалинге айналады.

4. Ультрадыбыстық – қабырғасының қалыңдауы, дыбыс шығару қасиетінің төмендеуі, ішек қабырғасының қалыңдап, дыбыс шығармауы, саңылауының тарылуы, жиырылып қимылдауының әлсіреуі, гаустрлардың сегменттік жойылуы, абсцесстер (іріңдік қабынулар).

Мамандар консультациясы:
көрсетімдер бойынша.

Емдеу тактикасы

Ем мақсаты: ремиссияны қалыпты жағдайда ұстау және асқынулардың алдын алу (нәжістен патологиялық қоспалардың кетуі, дәреттің қалыпқа келуі, іштегі ауырсынудың басылуы, жүйелік әйгіленімдердің кері дамуы (регрессия) – эритроциттердің тұну жылдамдығы(ЭТЖ) көрсеткішінің түсуі, гемоглобиннің көбеюі және т.б.).

Дәрі-дәрмексіз ем: диета №4.

Дәрі-дәрмектік ем

Қайнатылған және буға піскен, құрамында белогы көп, клетчаткалар, майлар және шектеулі, үгітілген тағам және жеке сіңіре алатын өнімдер (негізінен сүт) ұсынылады. Аурудың ауыр ағымында парэнтеральді тамақтану. Сонымен бірге адекватты гидратация және электролиттік бұзылыстарды түзету (жиірек гипокалиемия).

5-аминосалицил қышқылын тағайындау - базистік емдеудің негізі. Тәулігіне 2-4 г мөлшерінде Месалазин (таблетка түрінде) немесе Сульфасалазин (2-8 г/тәу., міндетті түрде фолий қышқылымен бірге, 5 мг/тәу.) қолданады. Уыттылығы және жағымсыз әсері аздау Месалазинді басымырақ қолдануға болады. Тік ішек шығар жерінің асқынуы болған кезде емдеу шаралары кешеніне 1,0-1,5 г/тәу. мөлшерінде Метронидазол қосылады.

Сульфасалазин- орально 4-5 мг 2 р/
сутки



Орташа ауыр формасы кезінде: 5-АСҚ препараттарын жоғарыда аталған дозада кортикостероидтармен қосады (Гидрокортизон немесе Преднизолон). Гидрокортизон тік ішекке енгізеді, тәулігіне екі рет 100-200 мг дозада. Преднизолон клизма түрінде тағайындайды, тәулігіне екі реттен 20 мг немесе тәулігіне ішке 40 мг (тиімділікке қол жеткенше, негізінен алғашқы аптада), 30 мг (келесі аптада), 20 мг (бір ай) әрі қарай дозаны 5 мг/тәулігіне дейін төмендетумен.

Ауыр формасы кезінде: 5-АСҚ

препараттарын жоғарыда аталған

дозада үлкен дозадағы

кортикостероидтармен қосады.

Гидрокортизонды 100 мг вена ішіне

тәулігіне 6 реттен немесе

преднизолонды 30 мг вена ішіне 5-7

күн бойы, тәулігіне 4 реттен

тағайындайды.



Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Месалазин 250 мг, 500 мг табл., суппозиторий, клизма (4 г)
 2. *Сульфасалазин 500 мг, табл.
 3. *Гидрокортизон, *Преднизолон, табл., амп., фл.
1. *Метронидазол 250 мг, 500 мг, табл., фл.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Азатиоприн 50 мг, табл-да



Топические стероиды. Будесонид рекомендован в качестве первой линии терапии у пациентов с легкой или умеренной степенью тяжести БК (низкой активностью процесса), локализация поражения у которых ограничена подвздошной и/или восходящей ободочной кишкой [5]. Доза будесонида составляет 9 мг/сутки.

Қолданылған әдебиеттер