

Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ
МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТІ
“АРНАЙЫ КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР” КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

Тақырыбы: Крон ауруы

Орындаған: Әмір А.

Қабылдаған: м.ғ.к. Нұсқабаева Г.

Тобы: ЖДП – 403

Түркістан-2018

Жоспар

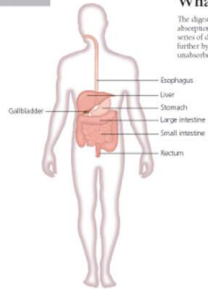
- Кіріспе
- Негізгі бөлім
 - Анықтамасы
 - Этиопатогенезі
 - Клиникасы мен диагностикасы
 - Емі
- Пайдаланылған әдебиеттер



The Digestive System

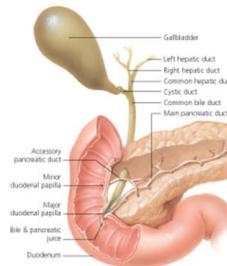
What is the digestive system?

The digestive system, or **gastrointestinal tract**, is essentially a muscular tube in which intake, digestion and absorption of nutrients takes place. Food, broken down mechanically in the mouth, is propelled through a series of different secretory and absorptive environments. Food is broken down further by digestive enzymes into components small enough to be absorbed. The digestive system also stores unabsorbed components until they are ready to be expelled at the end of the gastrointestinal tract.

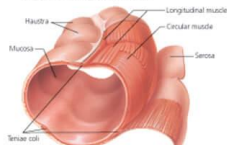


Liver, pancreas & gallbladder

After leaving the stomach, chyme moves into the duodenum, the first part of the small intestine, where it is mixed with bile produced by the liver and pancreatic juice produced by the pancreas. Bile acts as a mixing agent on the chyme while the pancreatic juice containing numerous digestive enzymes further breaks down fats, proteins and carbohydrates. Excess bile is stored in the **gallbladder**.

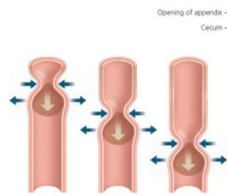


Layers of large intestine



Large intestine

The large intestine consists of the cecum, the colon (ascending, transverse, descending and sigmoid) and the rectum. As undigested material enters the large intestine, water and electrolytes are absorbed. The remaining waste is stored, formed and expelled.

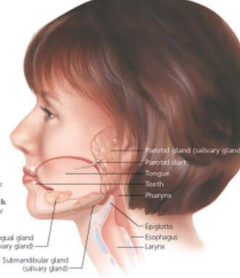


Peristaltic action

Waste material is moved through the digestive system by a series of muscle contractions called **peristalsis**. The contraction of the muscle behind the material moves it into the next section, where the muscle has relaxed.

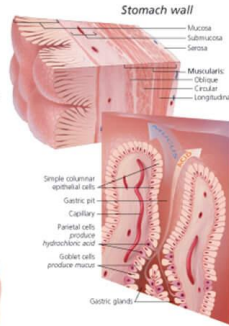
The mouth & salivary glands

Chewing, the mechanical action of the teeth and tongue, begins the breakdown of solid food. It greatly increases food's surface area and mixes the food with the secretions of the salivary glands, called **saliva**. Saliva acts like a solvent, loosening the teeth and dissolving food molecules so they can be tasted. Its enzymes also begin the digestion of starch, a form of carbohydrate, and its mucus lubricates the pharynx for swallowing.



The stomach

Swallowed food reaches the stomach after being pushed through the esophagus by wave-like muscular contractions called **peristalsis**. Once in the stomach, food mixes with hydrochloric acid and enzymes produced by the stomach lining to begin the digestion of proteins. This lining produces a layer of mucus to protect itself from the acid. The stomach also functions to store partially digested food, **chyme**, for processing later by the small intestine.



Small intestine

The small intestine consists of three areas: the **duodenum**, **jejunum** and **ileum**. Digestion occurs throughout the entire length of the small intestine, accompanied by the absorption of the resulting molecules by the intestinal wall. **Villi**, projections of the lining of the small intestine, greatly increase the surface area of the absorptive membrane called the **epithelium**. Each cell of the epithelium has microvilli, which further increase its absorptive surface area.

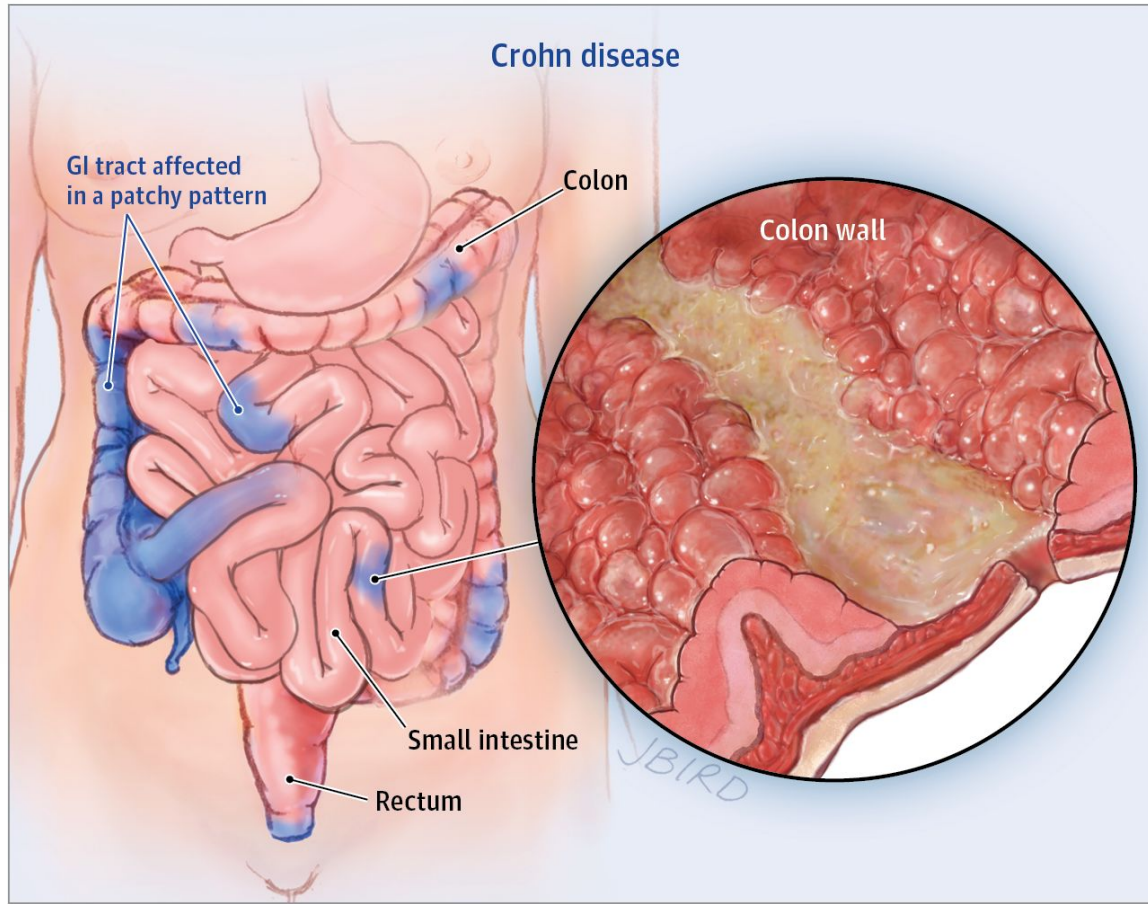


Absorption

Specialized absorptive cells in the epithelium of the small intestine absorb the small molecules produced by digestion. Once absorbed, simple sugars (from carbohydrates) and amino acids (from proteins) enter the capillaries on their way to the portal vein. Absorbed fats enter the lymphatic vessels of the villi, called **lacteals**, before eventually entering the blood.

АНЫҚТАМАСЫ

- Крон ауруы (гранулематозды энтерит, гранулематозды колит, терминальды илеит) дегеніміз асқазан ішек трактының, кез-келген бөлігінің, сегментарлы түрде гранулематозды қабынуымен жүретін созылмалы рецидивті патология.



100 мың адамға шаққанда 10 – 70 адамда кездеседі. Жиі инустриальды дамыған мемлекеттерде, қалада сүретіндер арасында кездеседі. Жиі 20 – 40 жас аралығында кездеседі, алайда кез келген жаста ортаға шыға береді.



АХЖ – 10 жіктемесі

Код	Аталуы
К50	Крон ауруы
К50.0	Крон ауруы (жергілікті энтерит)
К50.1	Крон ауруы, жуын ішектік
К50.8	Крон ауруының басқа да түрлері
К50.9	Нақтыланбаған Крон ауруы

Этиопатогенезі

- **Этиологиясы: БЕЛГІСІЗ!!!**

- Тек теориялар бар.

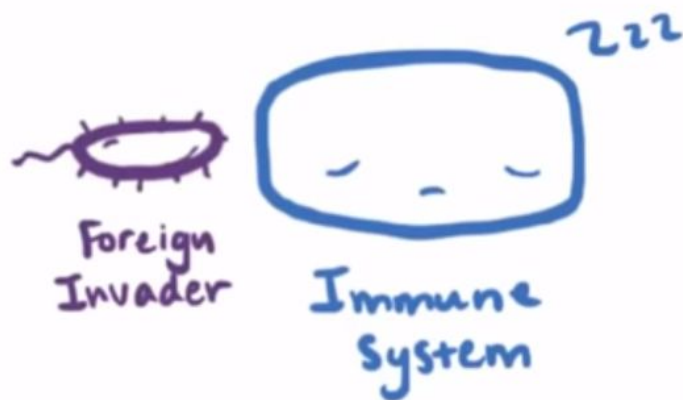


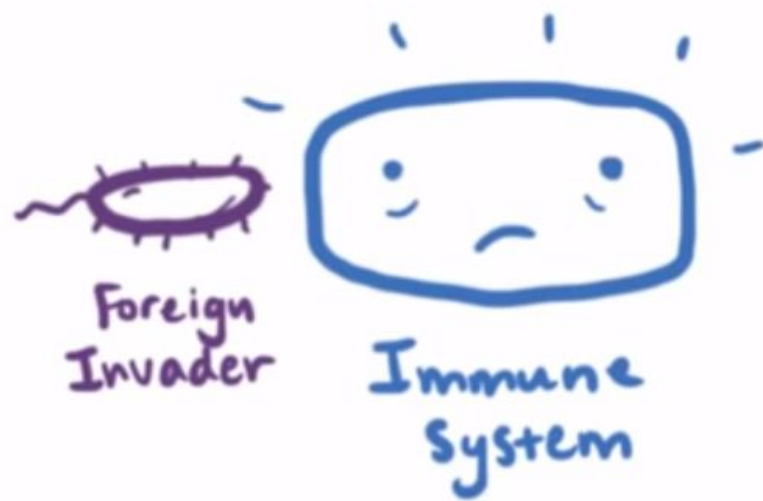
● Ұлт ерекшеліктері теориясы





Иммунологиялық теория







Foreign
Invader



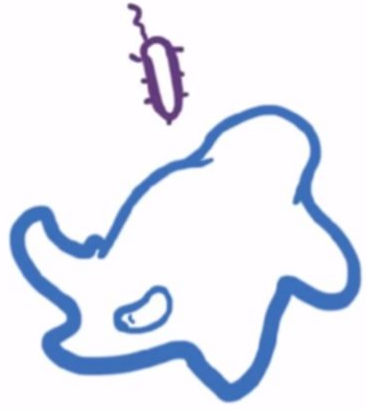
Immune
System



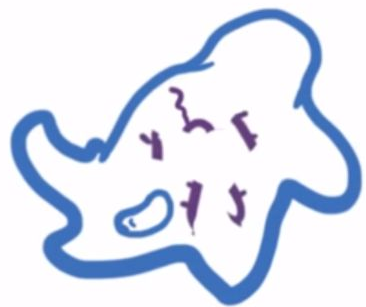
Foreign
Invader

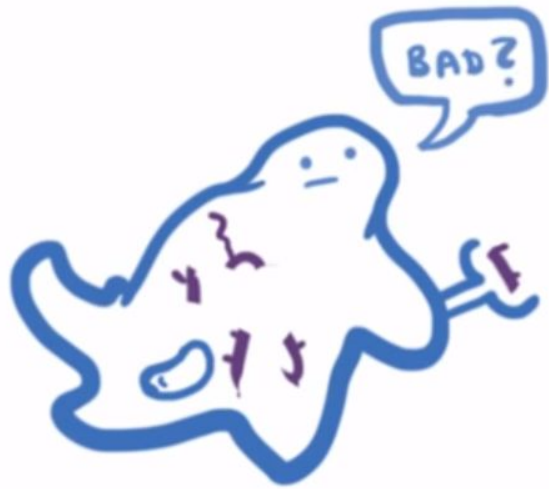


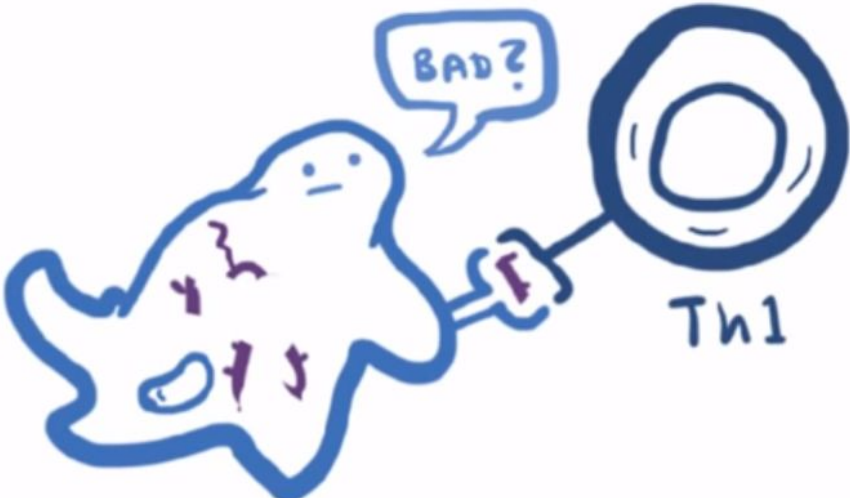
Immune
System

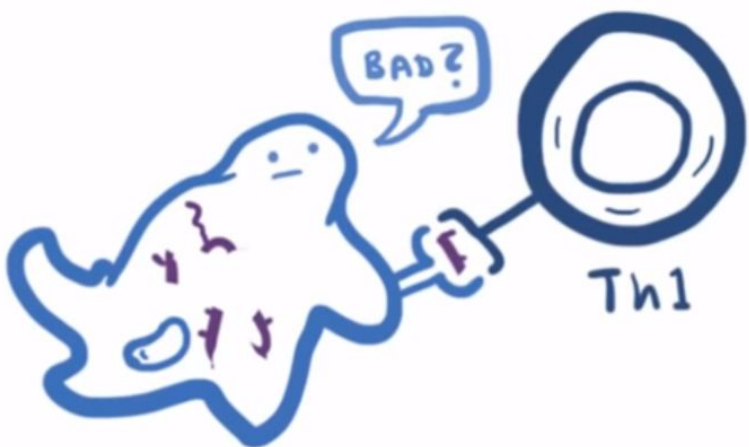








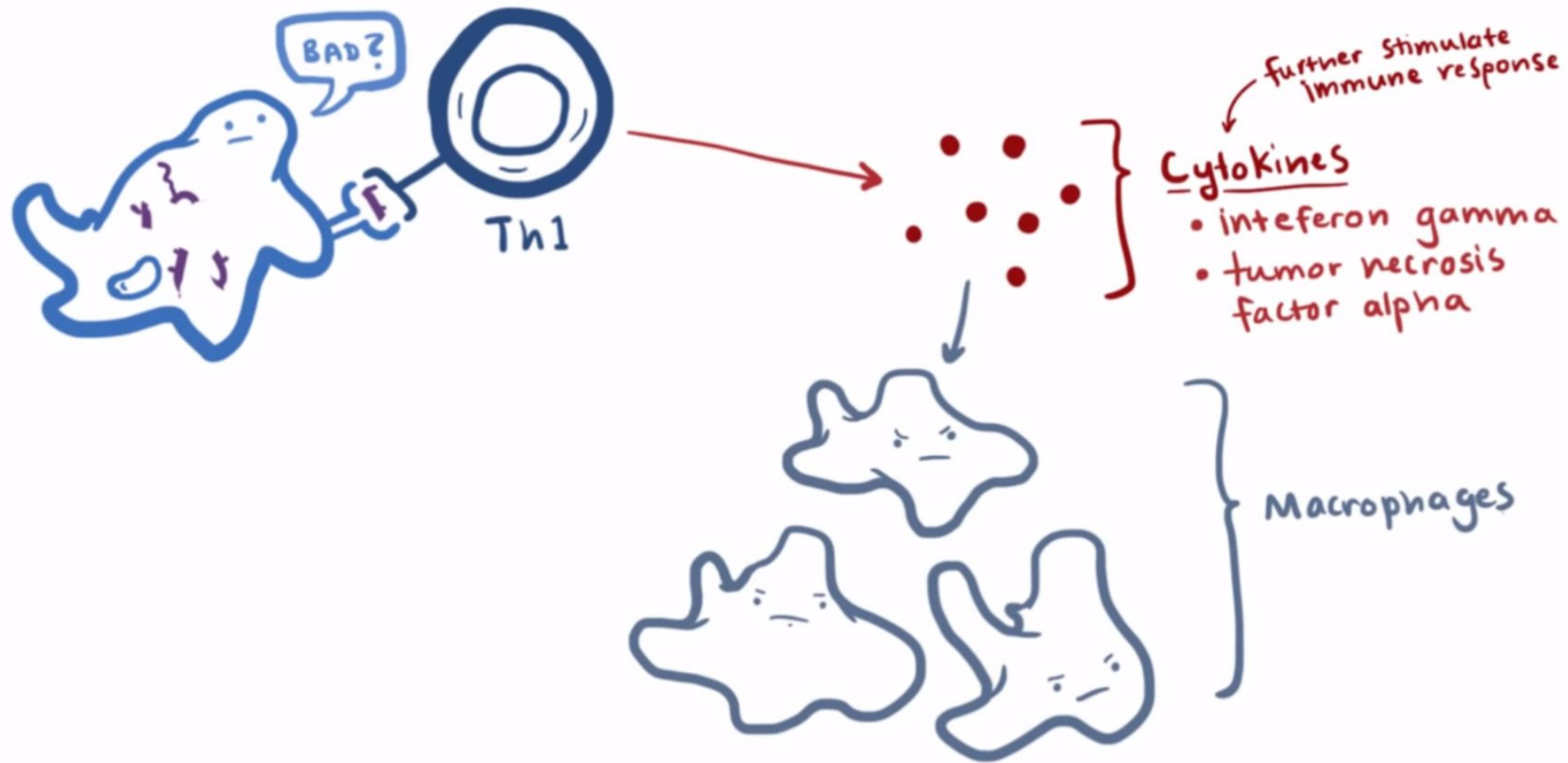


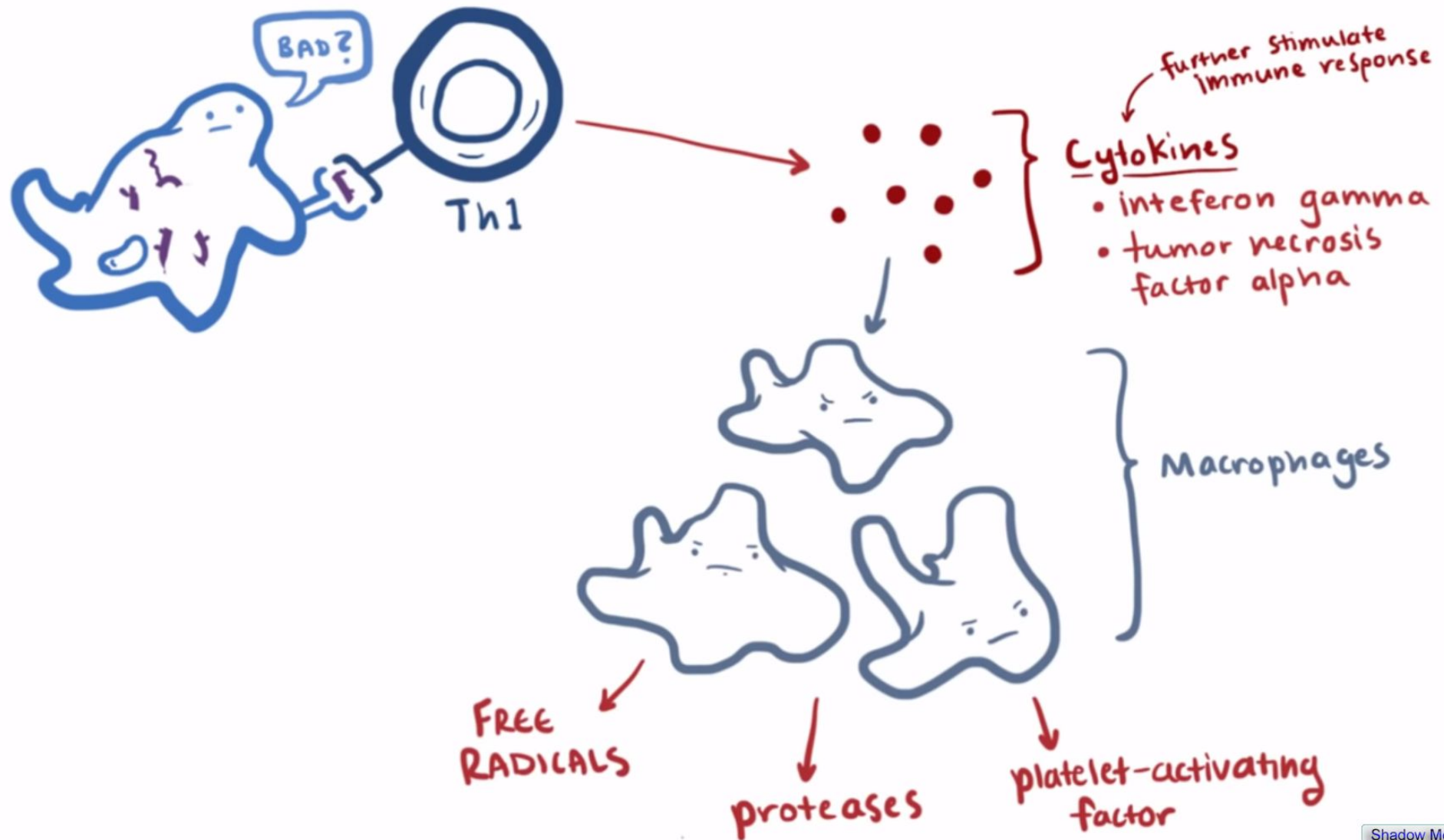


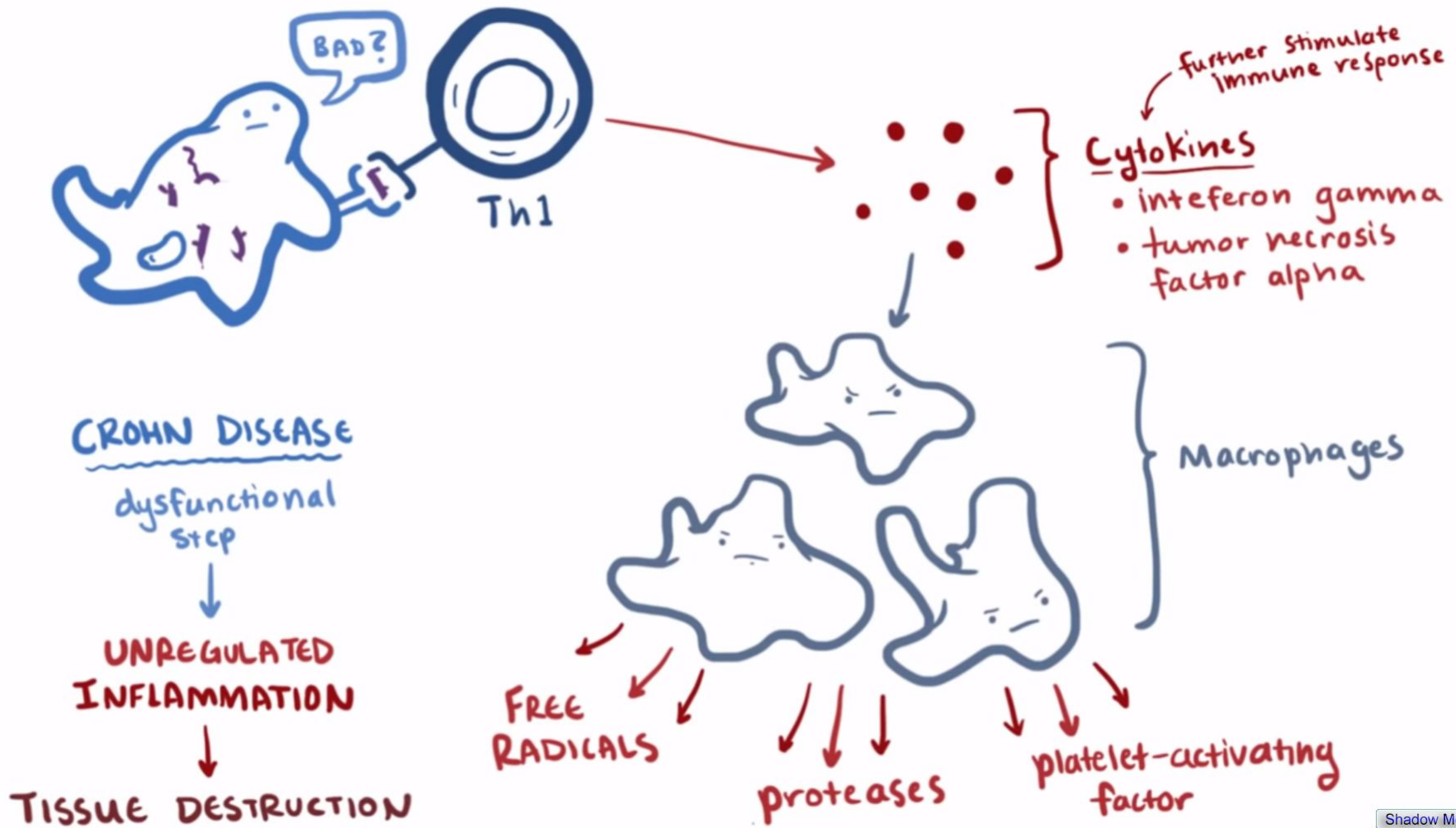
Further stimulate
Immune response

Cytokines

- inteferon gamma
- tumor necrosis factor alpha







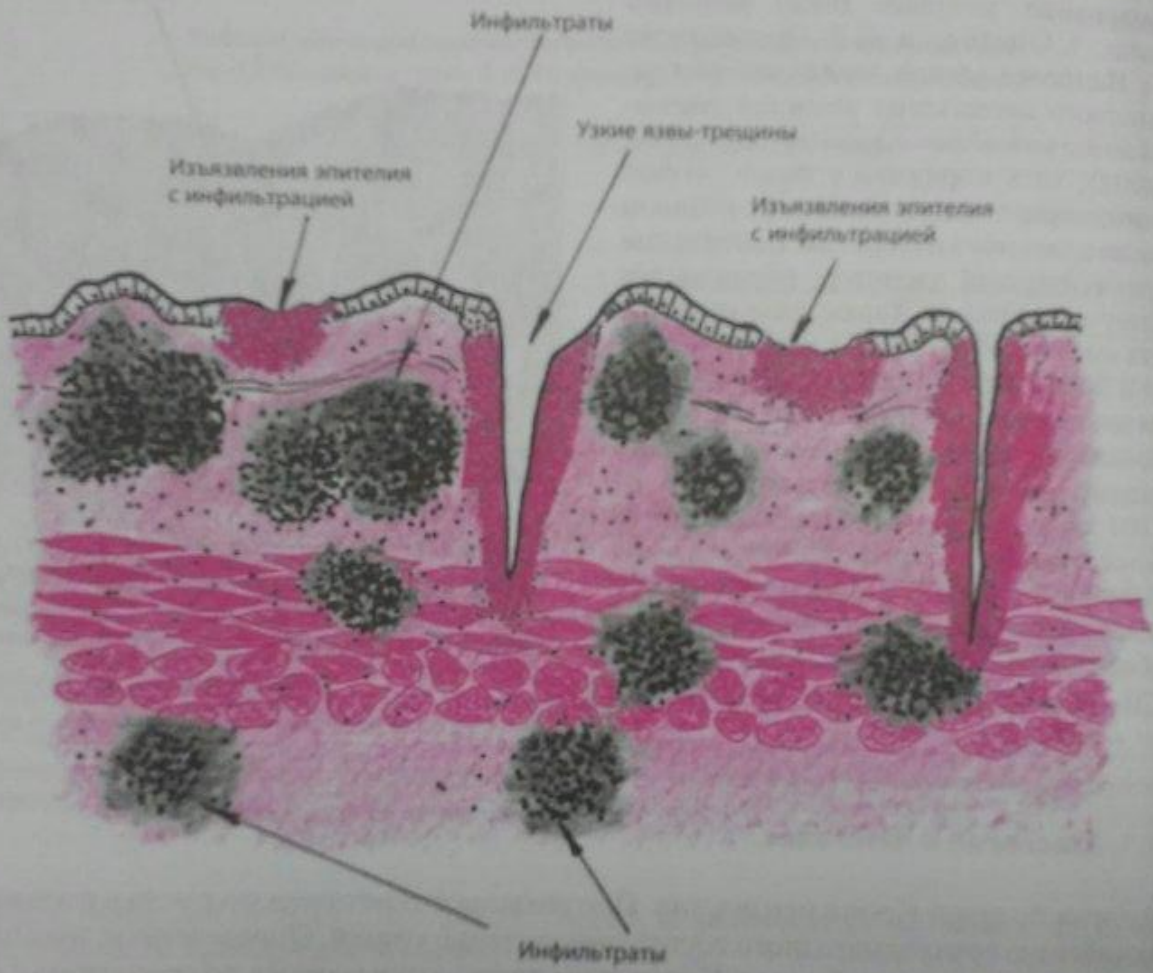
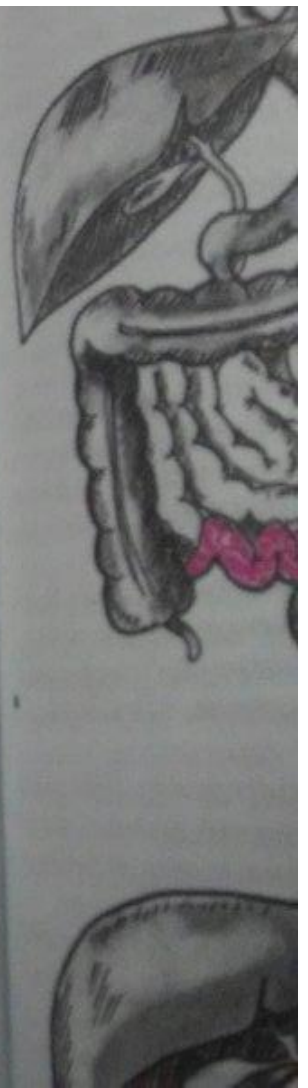
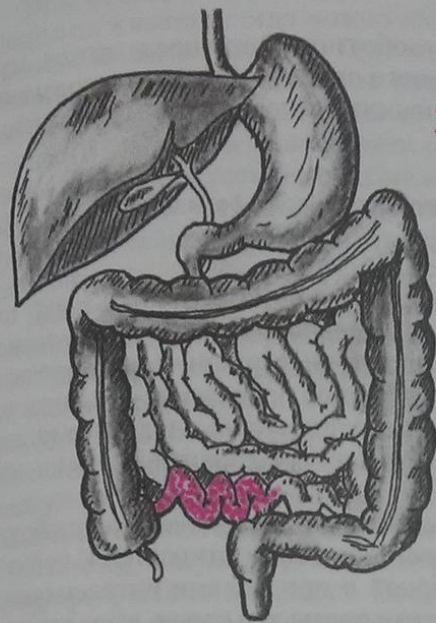


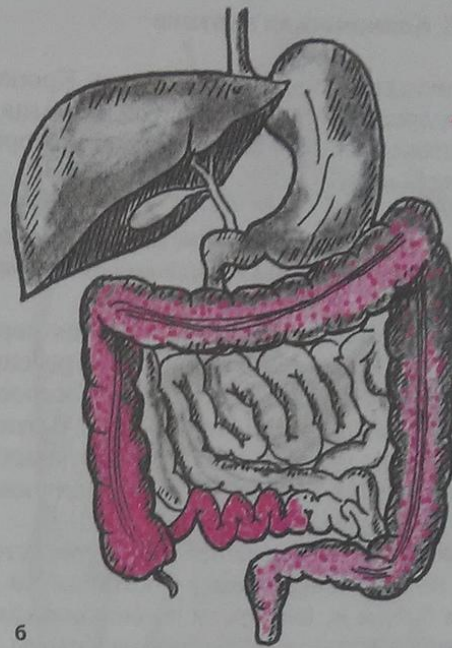
Рис. 16.2. Схематическое изображение воспалительных изменений в стенке кишки при болезни Крона.
Объяснение в тексте.





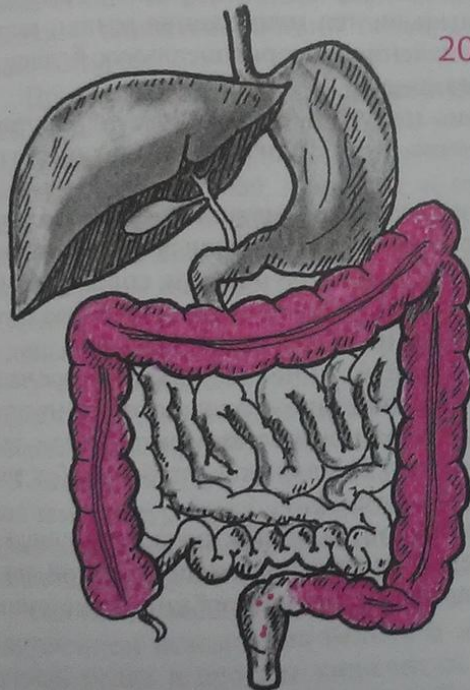
35%

a



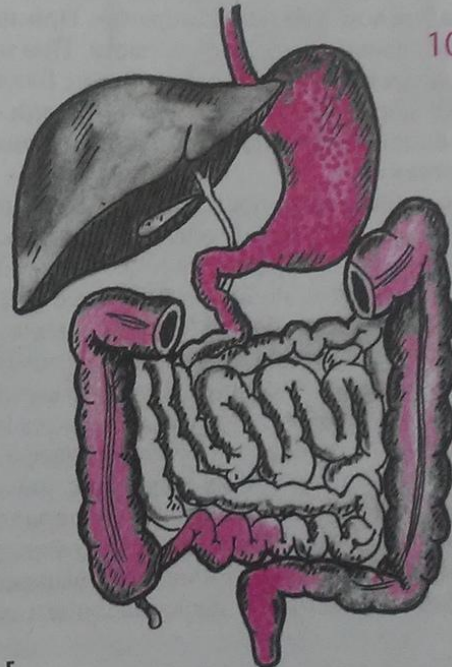
45%

б



20%

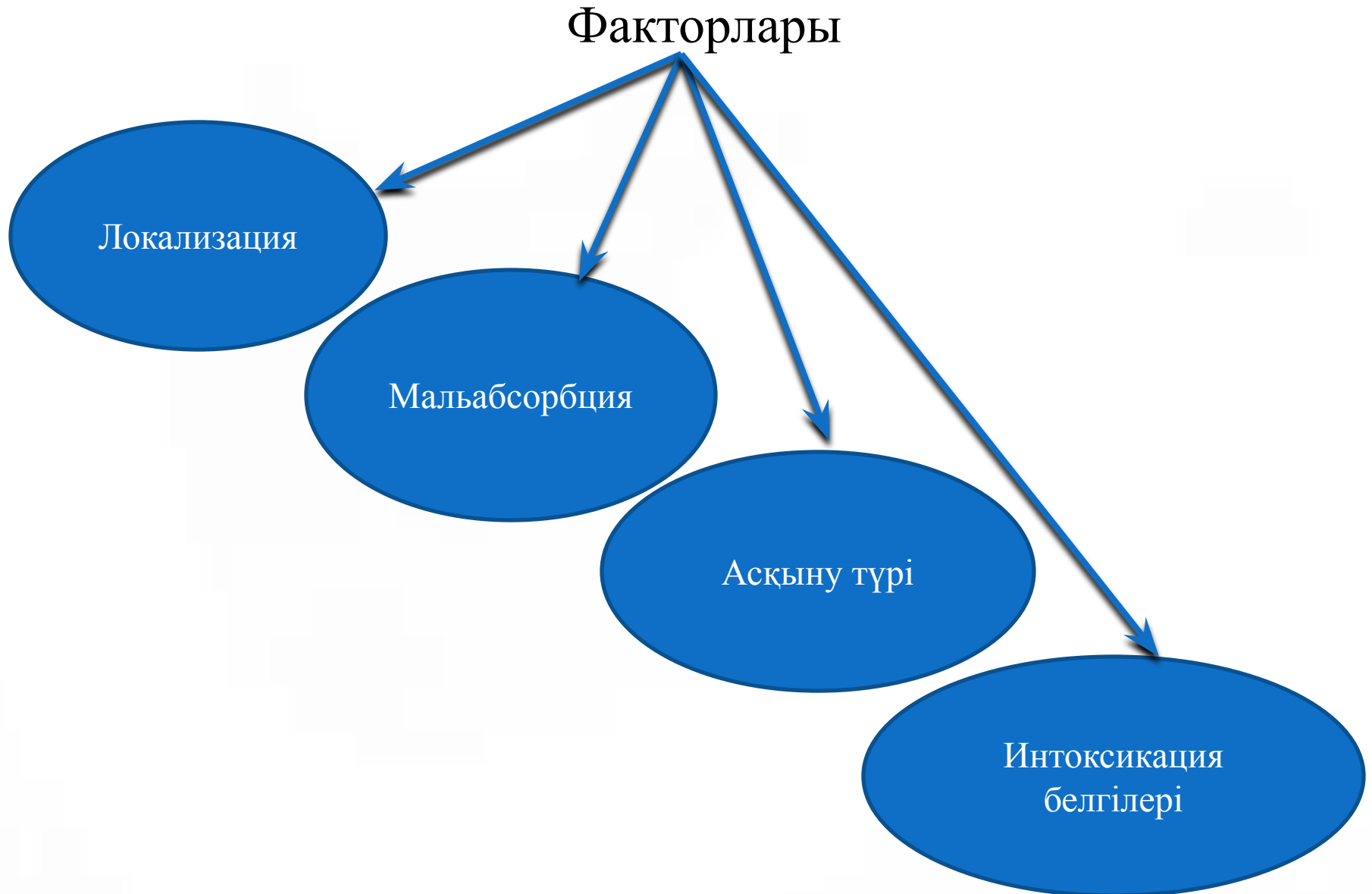
в



10%

г

Клиникасы



Клиникасы

- Диарея;
- Іштегі ауырсыну;
- Қызба;
- Дене салмағын жоғалту;
- Ішектен тыс белгілер (анемия, авитаминоз, гиповитаминоз және т.б.);
 - Ішек өтімсіздігі;
 - Мелена және т.б.

Диагностика

□ Шағымы мен анамнез



□ Физикалық тексеру



□ Лабораториялық



□ Аспаптық

Шағымы

- Іштің өтуі;
- Ауырсыну;
- Температурасының жоғарылауы;
 - Дискомфорт;
 - Нәжістегі өзгерістер;
 - Салмақ жоғалту;
- “ішектен тыс белгілер”.

Анамнез

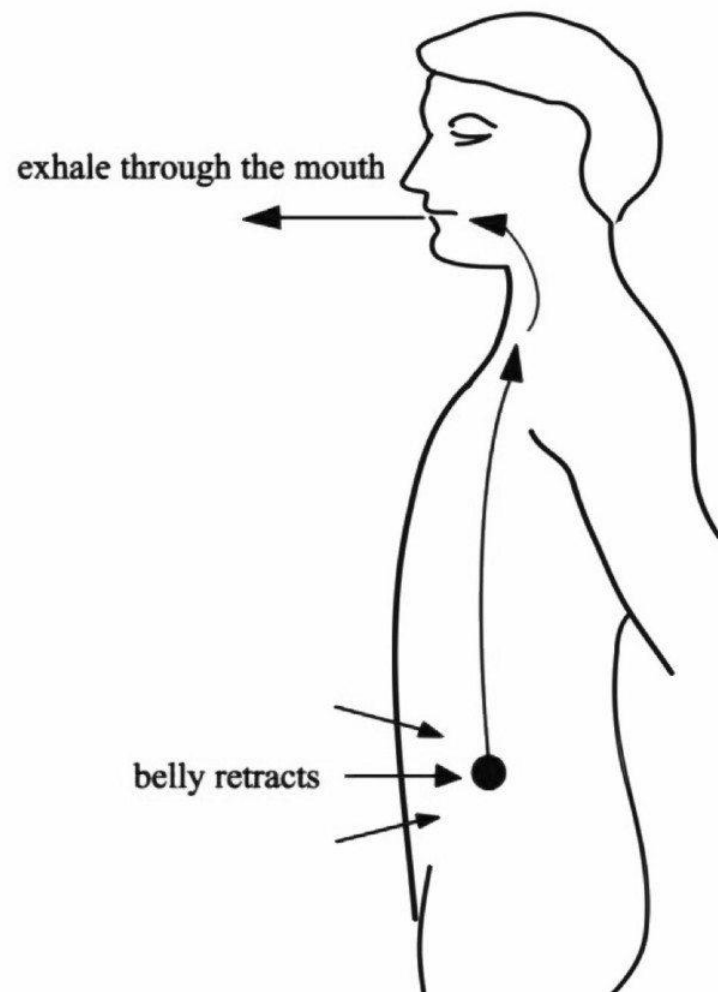
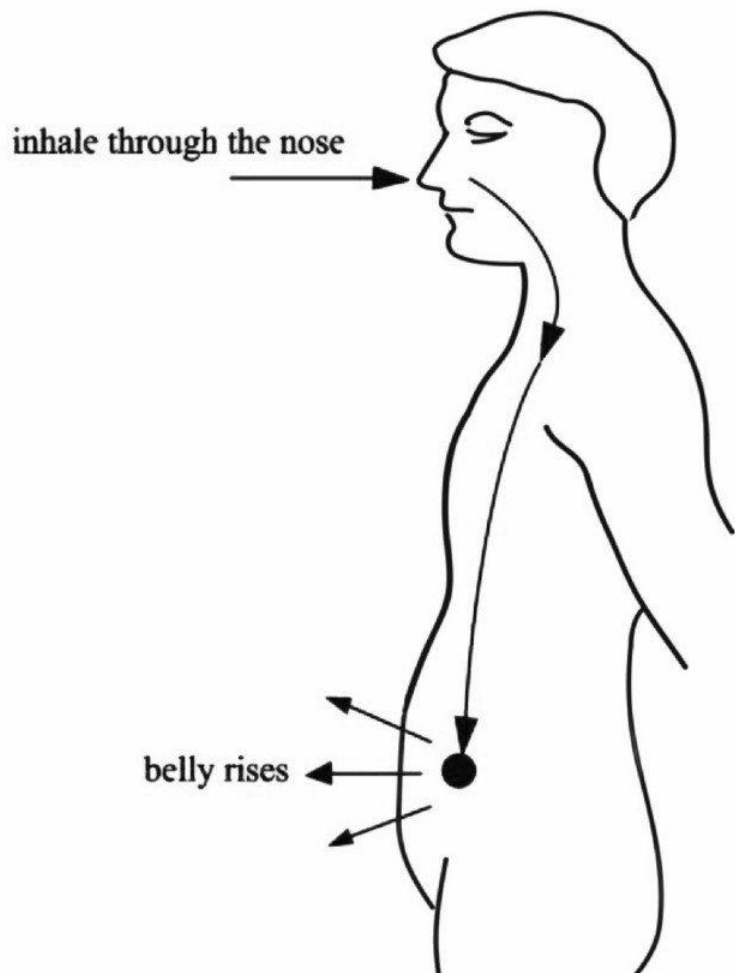
- Осы белгілер қашан басталды?
 - Немен байланыстырады?
 - “Жаман бірнәрсе” жеп қойған жоқсыз ба?
- Жақын туыстарыңызда осындай белгілер болған жоқ па?
- Дәрі-дәрімек қолданған жоқсыз ба? Және т.с.с.

Таблица 1. Индекс активности БК CDAI (индекс Беста)

Показатель	Классификация баллов	Коэффициент
Частота жидкого или мягкого стула за последние 7 дней		x 2
Интенсивность болей в животе (за 7 дней)	Отсутствуют (0)	x 5
	Слабые (1)	
	Средние (2)	
	Выраженные (3)	
Общее самочувствие (за 7 дней)	Хорошее (0)	x 7
	Нарушенное (не очень хорошее) (1)	
	Плохое (2)	
	Очень плохое (3)	
	Ужасное (4)	
Внекишечные проявления и осложнения	Артрит или артралгии	x 20
	Ирит или увеит	
	Узловатая эритема, или гангренозная пиодермия, или афтозный стоматит	
	Анальная трещина или фистула, или абсцесс	
	Другие свищи	
	Лихорадка более 37,8 °С	
Прием антидиарейных препаратов	Нет (0)	x 30
	Да (1)	
Инфильтрат в брюшной полости	Отсутствует (0)	x 10
	Сомнительный (2)	
	Определяется (5)	
47 минус показатель гематокрита для мужчин 42 минус показатель гематокрита для женщин		x 6
(1 – фактическая масса тела/идеальная масса тела) x 100		x 1
		Сумма

0-700;
150↓;
150-300;
300-450;
450 ↑

Физикалық тексеру



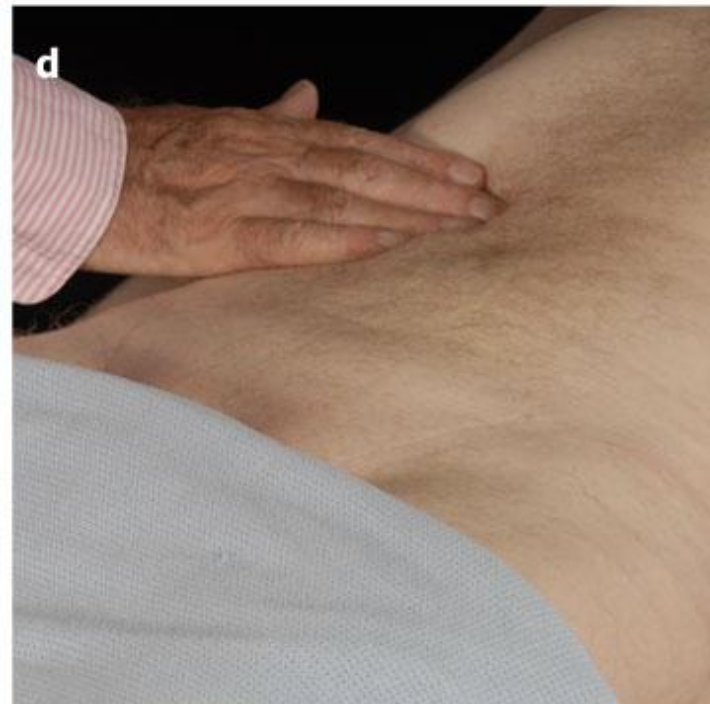


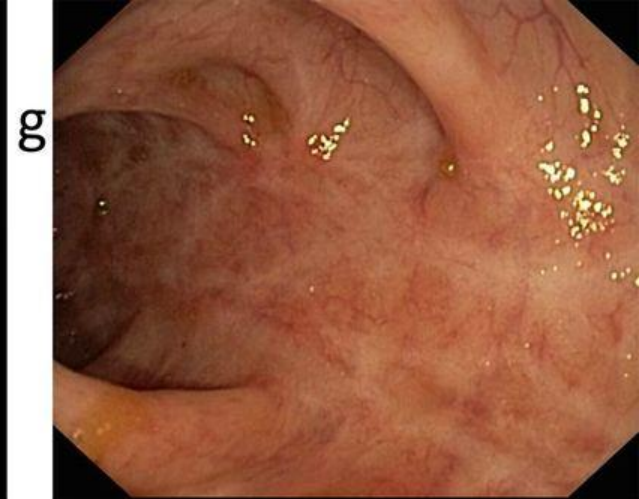
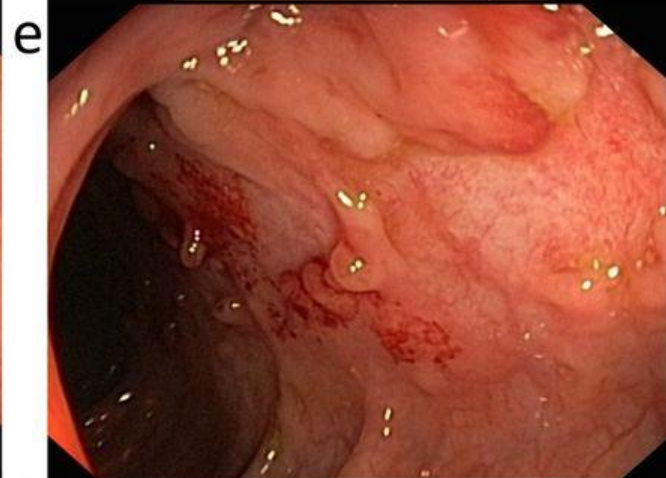
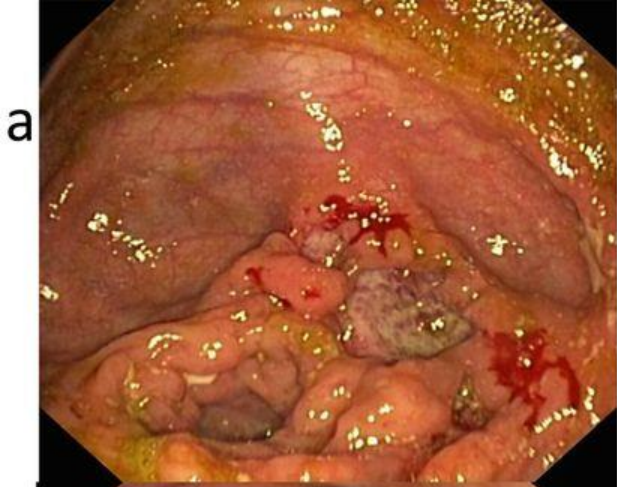
Figure 28 a,b,c,d. Superficial abdominal palpation.

Лабораториялық тексеру

- ЖҚА(лейкоцитоз, лимфоцитоз, бірі қалыпты келесісі жоғары, ЭТЖ жоғарылауы, эритроцитопения, гемоглобиннің азаюы және т.б.);
- ҚанБХА(АлАТ, АсАТ, мальабсорбция белгілері, креатинин, мочевина);
- СРБ жоғарылауы;
- Копрограмма;
- Жасырын қанға анализ;
- Биологиялық маркерлер(лизоцим, фекальды кальпротектин);

Аспаптық тексеру

- ЭФГДС;
- Колоноскопия(перфорацияны ұмытпау!!!);
 - МРТ;
 - КТ;
 - Биопсия;
- Магнитті резонансты энтерография;
 - УДЗ;
 - Фистулография.



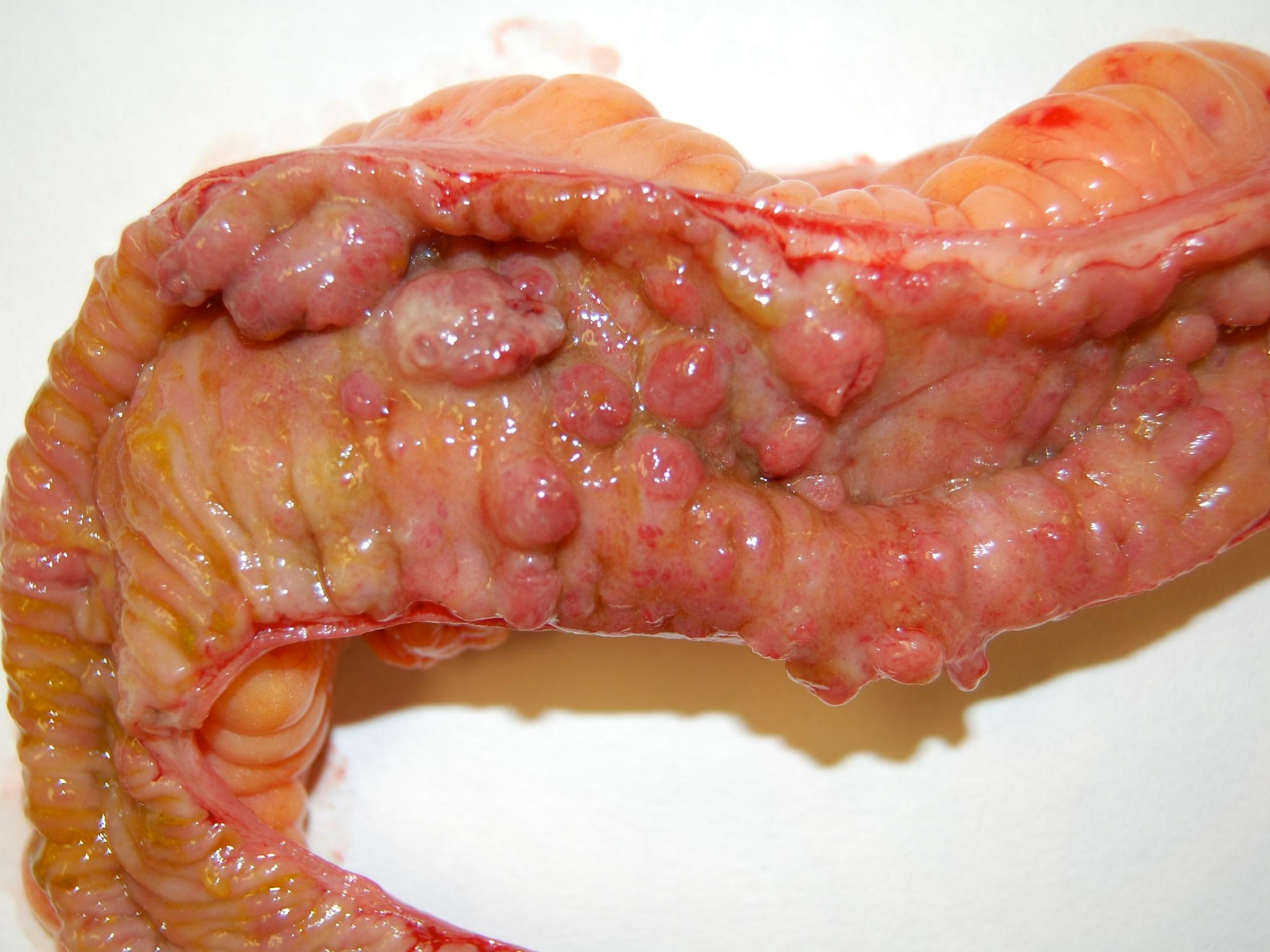


Таблица 3. Простая эндоскопическая шкала болезни Крона (SES-CD)

Критерии	0	1	2	3
Размер язв (см)	–	Афты (0,1-0,5)	язвы (0,5-2,0)	Большие язвы
Протяженность язвенных поражений	–	<10%	10-30%	>30%
Воспаление	Невоспаленные сегменты	<50%	50-75%	>75%
Стенозирование	Нет	Единичное, проходимо	Множественное, проходимо	Нет проходимости

Таблица 4. Оценка простой эндоскопической шкалы болезни Крона

	Подвздошная кишка	Восходящая ободочная	Поперечная ободочная	Нисходящая ободочная	Прямая кишка	Итого
Размер язв	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	+
Протяженность язвенных поражений	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	+
Воспаление	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	+
Стенозирование	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	+
						=Σ

Емі

- Режим;
- Диета;

Тамақтану ерекшеліктері

Көп мөлшерде майды, ПҚМҚ, омега-6, май қышқылдарын қолдану.

Күнделікті өмірде жемістер мен клетчатканы көп қолдану(22,1 г/тәу)

Көмірсуды пайдалану

Витамин Д

Цинк

Қалыпты көлемде жеміс-жидектерді жемеумен қатар қантты және алкогольды сусұндарды көп қолдану

Риск развития ВЗК

ЖК пен КА даму жоғары

73-80% КА ауруын төмендетеді

Дәлелденбеген

ЖК пен КА дамуын аз болса да төмендетеді

ЖК дамуы төмен

ЯК дамуы жоғары

Таблица 14. Перечень лекарственных средств, используемых на амбулаторном уровне

МНН	Показания	Вероятность применения	УД	Код АТХ
Сульфасалазин, Месалазин (таблетки, гранулы, суппозитории, клизмы)	Язвенный колит в фазе обострения и ремиссии; болезнь Крона, илеоколит	80%	A (62)	A07EC01A 07EC02
Преднизолон, метилпреднизолон (таблетки), гидрокортизон, будесонид (таблетки)	Язвенный колит, болезнь Крона в обострении	60%	A (62)	S01BA04 H02AB04 H02AB09 R01AD05
Азатиоприн, б-меркаптопурин (таблетки)	Язвенный колит, болезнь Крона - поддержание ремиссии	40%	A (62)	L04AX01 L01BB02
Метотрексат (раствор для инъекций)	Язвенный колит, болезнь Крона в обострении, поддержание ремиссии	30%	A (62)	L01BA01
Адалимумаб		20%	A (62)	L04AB04
Препараты железа (раствор для инъекций, таб.)	Железодефицитная анемия	70%	A (63)	B03AE10
Метронидазол, ципрофлоксацин (таблетки)	Лечение инфекций	40-50%	A (64)	A01AB17 S01AX13
Микроэлементы и витамины, витамин Д	Заместительная терапия	70-90%	C	A11AA04 A12AA
Антидепрессанты и психотропные	Депрессия, невроз	30-50%	A	N06A
Лиофилизированные дрожжи сахаромикцетов буларди	Диарея любой этиологии	30-50%	D	A07FA02

NB! Препараты азатиоприн, б-меркаптопурин применять после регистрации на территории РК.

Таблица 13. Алгоритм терапии болезни Крона в зависимости от локализации и активности

Локализация	Активность	Препарат, схема
Болезнь Крона пищевода или гастро-дуоденальной зоны	Минимальная – умеренная	Системные стероиды, тиопурины или метотрексат. Для уменьшения диспепсических явлений - ингибиторы протонной помпы
	Высокая активность	Биологическая терапия
Терминальный илеит или илео-колит	Минимальная - умеренная	Будесонид 9 мг/сут терапию продолжают в течение 6 недель, со снижением дозы на 3 мг каждые 2-3 недели
	Высокая активность	Системные стероиды перорально в течение 2 недель* + Цитостатики (азатиоприн 2-2,5 мг/кг или 6-меркаптопурин 1-1,5 мг/кг) до 2 лет для поддержания ремиссии
Колит	Минимальная – умеренная	Сульфасалазин 3-6 г/сут, месалазин 4-4,8 г/сут
		При левосторонней и дистальной локализации топические формы месалазина (клизмы, суппозитории)
	Умеренная - высокая	Преднизолон 40-60 мг/сут или гидрокортизон 300-400 мг/сут внутривенно продолжить 8 недель
		метотрексат 25 мг внутримышечно еженедельно в течение 4 мес, далее для поддержания ремиссии 15 мг/нед 1. Биологическая терапия - анти-ФНО: инфликсимаб 5 мг/кг 0, 2 и 6 нед внутривенно - адалимумаб 160мг - 80мг п/к на 0, 2 нед подкожно 2. антиадгезивные препараты - ведолизумаб 300 мг в/в на 0, 2, 6 нед внутривенно 3. анти ИЛ 12,23 – устекинумаб** согласно инструкции
Рефрактерная болезнь Крона.		Биологическая терапия (анти-ФНО, антиадгезивные препараты, анти-ИЛ 12, 23)
Стриктурирующая форма БК		При стриктуре, сопровождающейся выраженным воспалением

Қорытынды

- Қорытынды, егер де туыстар араңызда Крон ауруы болып, асқазан ішек жолдарында себепсіз қайталамалы диарея, салмақ жоғалту не қоса алмау секілді болса, жылдам учаскелік терапевтке бару керек.

Пайдаланылған әдебиеттер

- Сайттар:

- <http://www.mif-ua.com/archive/article/11929> ;
- <https://www.youtube.com/watch?v=thzOJV-CHRo>;
- <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C-%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0/15032>

- Әдебиеттер:

- Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский, Внутренние болезни, система органов пищеварения, МЕДпресс-информ, Москва, 2011.