



СНК кафедры факультетской терапии ПФ

ВЗК: ДИАЛОГ ТЕРАПЕВТА И МОРФОЛОГА

Выполнила: студентка 6 курса Савина Д.В.

Руководитель: врач-терапевт, кардиолог, ассистент кафедры Каминер Д.Д.

Москва, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

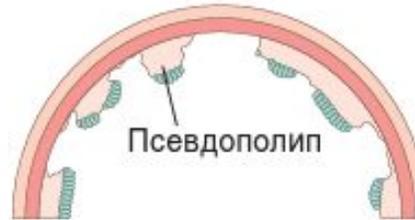
1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ
2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ
3. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ
4. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
5. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
6. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ



Болезнь Крона

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.



Язвенный колит

Язвенный колит – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.

ЭТИОЛОГИЯ + ПАТОГЕНЕЗ

Генетическая
предрасположенность



Иммунологические
факторы



Микробные факторы

Активация Th1- и Th17-
клеток, гиперэкспрессия
провоспалительных
цитокинов

Активация Th2-клеток,
гиперэкспрессия
провоспалительных
цитокинов

Трансмуральное воспаление кишечной
стенки с образованием характерных для БК
саркоидных гранулем

Лимфоплазмочитарная инфильтрация
слизистой оболочки толстой кишки с
развитием характерных макроскопических
изменений и симптомов ЯК

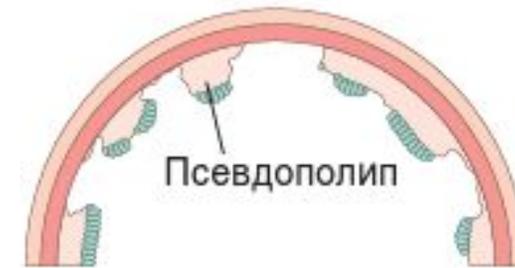
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



Распространенность - 322 на 100 000 человек.

Пик заболеваемости – 20-30 лет и 60-70 лет.

Заболеваемость М Ж



Распространенность – 505 на 100 000 человек.

Пик заболеваемости – 20-30 лет и 60-70 лет.

Заболеваемость М Ж

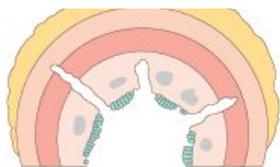
КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ПРОТЯЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ



Проктит	Поражение ограничено прямой кишкой
Левосторонний колит	Поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
Тотальный колит	Поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом)



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ПОРАЖЕНИЮ:



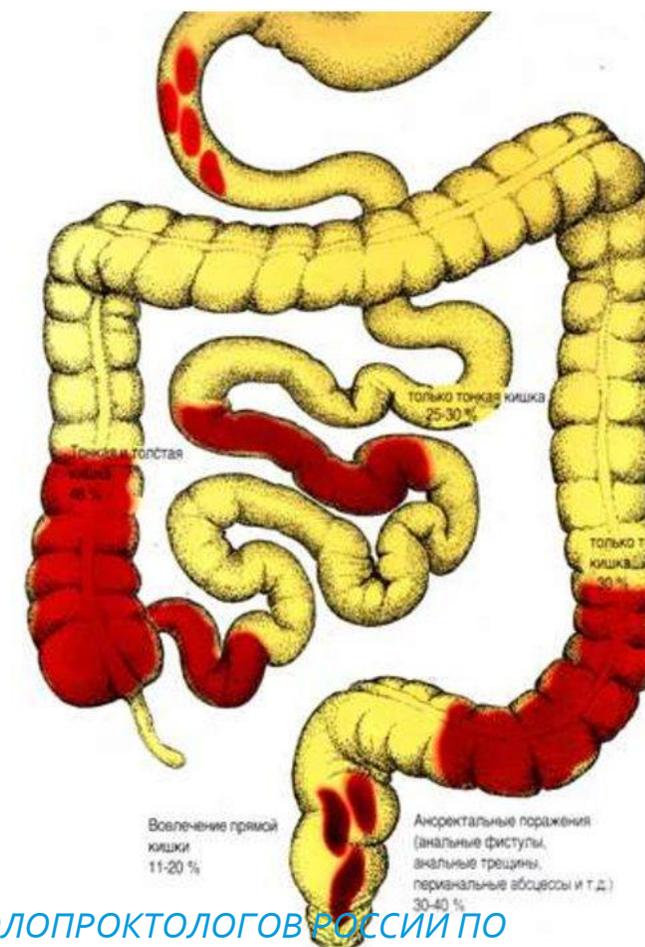
Трансмуральное воспаление

1. Локализованная БК:

- Поражение протяженностью менее 30 см (изолированное поражение илеоцекальной зоны)
- Изолированное поражение небольшого участка толстой кишки

2. Распространенную БК:

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



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ

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

КЛАССИФИКАЦИЯ БК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПИЧЕСКОГО ВАРИАНТА

1. Нестриктурирующая, непенетрирующая (аналоги в русскоязычной литературе - просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная, в англоязычной литературе -luminal);
2. Стриктурирующая (стенозирующая);
3. Пенетрирующая (свищевая)

КЛАССИФИКАЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТВЕТА НА ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

1. Гормональная резистентность:

- В случае тяжелой атаки – отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных ГКС в дозе, эквивалентной 75 мг преднизолона или 60 мг метилпреднизолона в сутки, в течение более чем 7 дней; или
- В случае среднетяжелой атаки – сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, в течение 2 недель.

2. Гормональная зависимость:

- Увеличение активности болезни, возникшее при уменьшении дозы ГКС после достижения исходного улучшения в течение 3 месяцев от начала лечения; или
- Возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.

ДИАГНОСТИКА

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

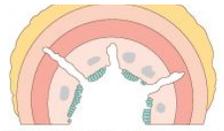
**Критерии достоверного
диагноза БК по Lennard-Jones**

КРИТЕРИИ ДОСТОВЕРНОГО ДИАГНОЗА БК ПО LENNARD-JONES

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

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

ЖАЛОБЫ



Трансмуральное воспаление

- Диарея (более 6 недель)
- Боль в животе
- Лихорадка
- Анемия неясного генеза
- Потеря массы тела
- Хронические анальные трещины, парокротит, свищи прямой кишки



- Диарея/ложные позывы с кровью
- Боли в животе
- Лихорадка
- Анемия неясного генеза
- Потеря массы тела
- Кровь в кале
- Тенезмы и императивные позывы на дефекацию
- Ночная дефекация

Для ЯК боль менее характерна и носит спастический характер, чаще перед стулом. Частые и ложные позывы могут сочетаться с запорами.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БК И ЯК

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:
Артропатии (артралгии, артриты) Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) Поражение слизистых (афтозный стоматит) Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)	Анкилозирующий спондилит (сакроилеит) Первичный склерозирующий холангит Остеопороз, остеомалация Псориаз	Холелитиаз Стеатоз печени, стеатогепатит Тромбоз периферических вен, тромбоз эмболия легочной артерии Амилоидоз

АТАКА ЯК

Обострение (рецидив, атака) ЯК – появление типичных симптомов заболевания у больных ЯК в стадии клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой.

На практике признаками клинического обострения являются увеличение частоты дефекаций с выделением крови и/или характерные изменения, обнаруживаемые при эндоскопическом исследовании толстой кишки.



КРИТЕРИИ TRUELOVE-WITTS



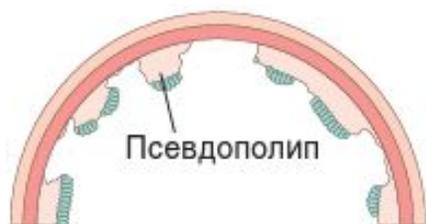
	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота дефекаций с кровью	<4	≥4, если:	≥6, если:
Пульс	Нормальные значения	≤90 уд/мин	>90 уд/мин или
Температура		≤37,5°C	>37,5°C или
Гемоглобин		≥105 г/л	<105 г/л или
СОЭ		≤30 мм/ч	>30 мм/ч
Контактная ранимость слизистой оболочки толстой кишки	Нет	Есть	Есть

ИНДЕКС МЕЙО



Значение индекса	0	1	2	3
Частота стула	Обычная	на 1–2/день больше обычной	На 3–4/день больше обычной	на 5/день больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Состояние слизистой оболочки	Норма	Минимальная активность (1 балл по шкале Schroeder)	Умеренная активность (2 балла по шкале Schroeder)	Выраженная активность (3 балла по шкале Schroeder)
Общая оценка состояния врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние
Среднетяжелая и тяжелая атака констатируются при значении индекса (сумма оценок по 4 параметрам) от 6 и выше.				

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ SCHROEDER



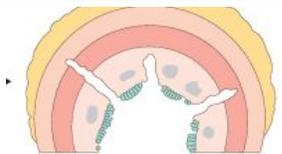
0	1 (минимальная активность)	2 (умеренная активность)	3 (выраженная активность)
Норма или неактивное заболевание	Легкая гиперемия, смазанный сосудистый рисунок. Легкая контактная ранимость.	Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, умеренная контактная ранимость, эрозии).	Спонтанная ранимость, изъязвления.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Минимум:

1. ОАК, СОЭ
2. Биохимические анализ крови: СРБ, общий белок, альбумины, печеночные ферменты, электролиты
3. Гемокоагулограмма
4. Анализ кала на яйца глистов и паразитов
5. Фекальный кальпротектин

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



Трансмуральное воспаление

- Обзорная рентгенография брюшной полости (при симптомах кишечной непроходимости)
- Эзофагогастродуоденоскопия
- Колоноскопия с илеоскопией
- Биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения



- Обзорная рентгенография брюшной полости (при тяжелой атаке)
- Колоноскопия с илеоскопией
- Биопсия слизистой оболочки толстой кишки
- Ирригоскопия с двойным контрастированием

- **МРТ, КТ с контрастированием кишечника (диагностика свищей, абсцессов, инфильтратов);**

ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА

Диагноз должен быть подтвержден:
эндоскопическим и морфологическим методом и/или
эндоскопическим и рентгенологическим методом.

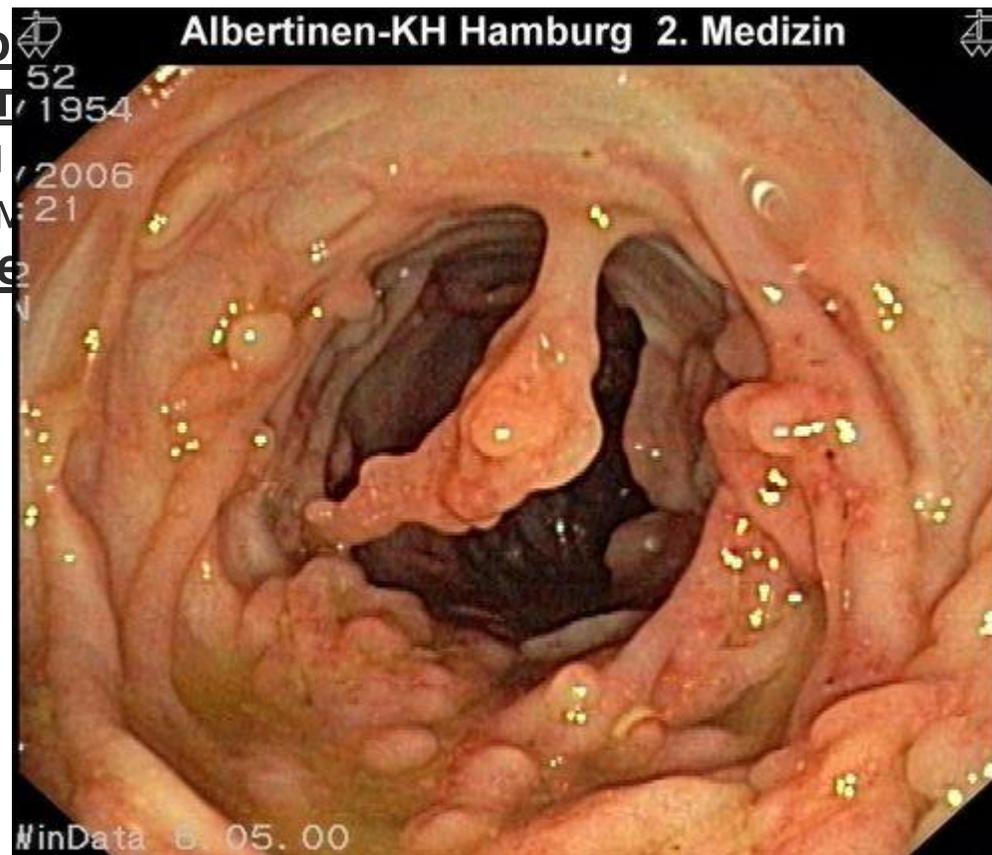
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ



Колоноскопия при НЯК

Izmed.ru

Непрер
слизист
прямой
проксим
воспале

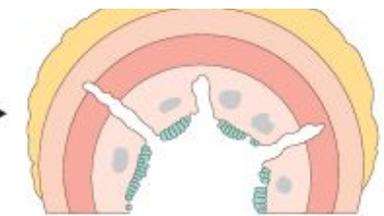


WinData 8.05.00

Albertinen-KH Hamburg 2. Medizin

52
1954
2006
21

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

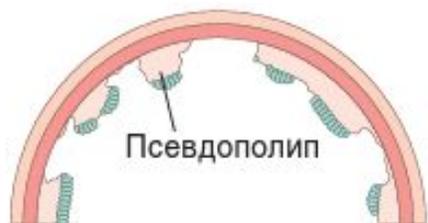


Трансмуральное воспаление

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



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ



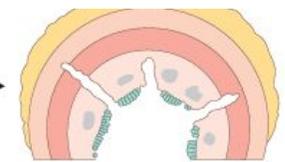
1. Смазанность контура кишечной стенки, так называемый вельвето-подобный контур.
2. Изменения, напоминающие бульжную мостовую
3. Изъязвления, наполненные контрастным веществом (так называемые язвы-запонки), изолированные или на протяжении всей стенки
4. Атоничные участки кишки со сморщенным просветом, без гаустрации



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ОКИ (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз, амебиаз, паразитозы)
- Антибиотико-ассоциированные поражения кишечника
- Туберкулез кишечника
- Системные васкулиты
- Неоплазии толстой и тонкой кишки
- Дивертикулит, аппендицит
- Ишемический колит
- Синдром раздраженного кишечника.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА



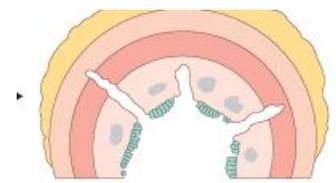
Трансмуральное воспаление

1. Фенотипический вариант
2. Локализацию поражения с перечислением пораженных сегментов ЖКТ
3. Характер течения заболевания
4. Фазу течения (ремиссия или обострение)
5. Тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии
6. Наличие гормональной зависимости или резистентности
7. Наличие внекишечных или кишечных и перианальных осложнений.



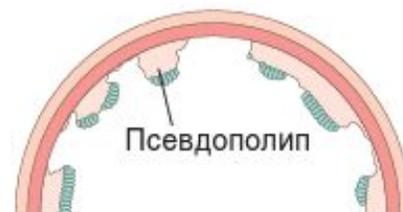
1. Характер течения заболевания
2. Протяженность поражения
3. Тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии
4. Наличие гормональной зависимости или резистентности
5. Наличие внекишечных или кишечных осложнений ЖК.

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ



Трансмуральное воспаление

«Болезнь Крона: илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей ободочной кишки, пенетрирующая форма, осложненная инфильтратом брюшной полости, наружным кишечным свищом и перианальными поражениями (передняя и задняя анальные трещины), среднетяжелая атака, хроническое рецидивирующее течение».



«Язвенный колит, хроническое непрерывное течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака. Гормональная зависимость. Внекишечные проявления (периферическая артропатия)».

ЛЕЧЕНИЕ



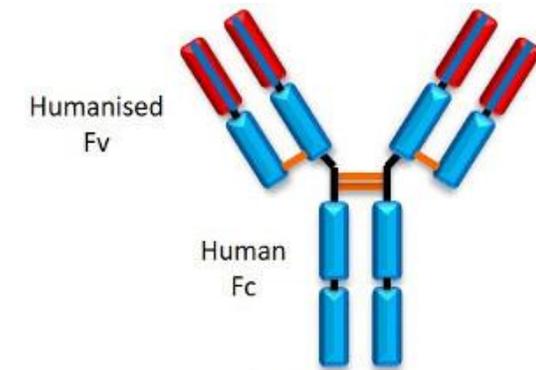
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Группы препаратов:

1. Средства для индукции ремиссии: системные ГКС и топические, иммуносупрессивные препараты, антибиотики
2. Средства для поддержания ремиссии (системные средства): иммуносупрессивные препараты и ее производные, метотрексат, азатиоприн, циклоспорин, такролимус, инфlixимаб, адалимумаб, вестигалимаб, устекинумаб, салициловая кислота
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

ВЕДОЛИЗУМАБ

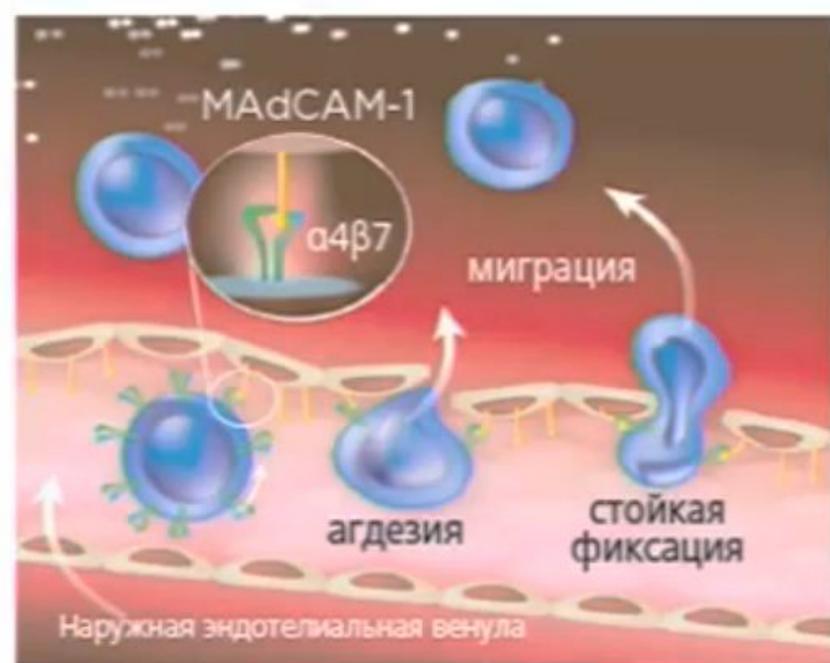


ЭНТИВИО® – единственный биологический препарат с селективным воздействием на кишечник для лечения БК и ЯК*

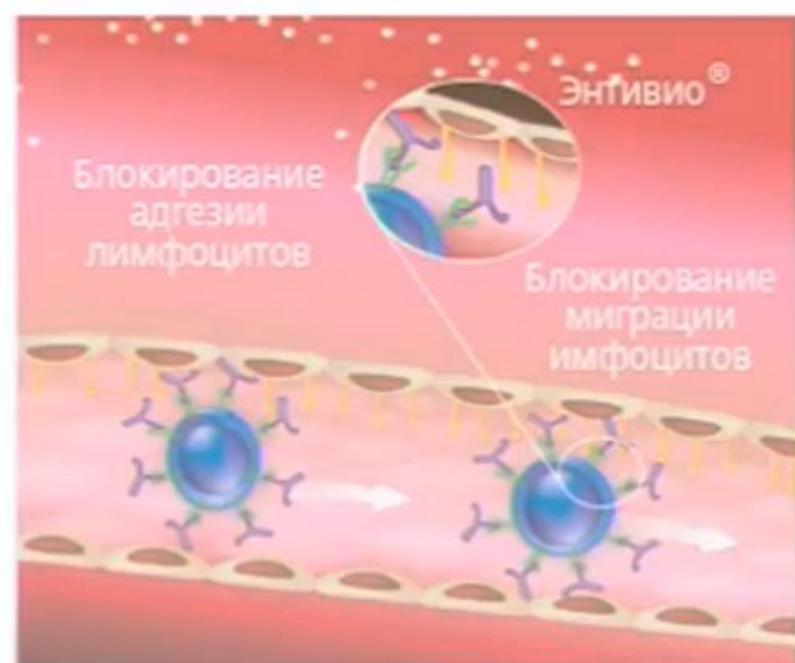
ФАКТОРЫ СЕЛЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ЭНТИВИО®:

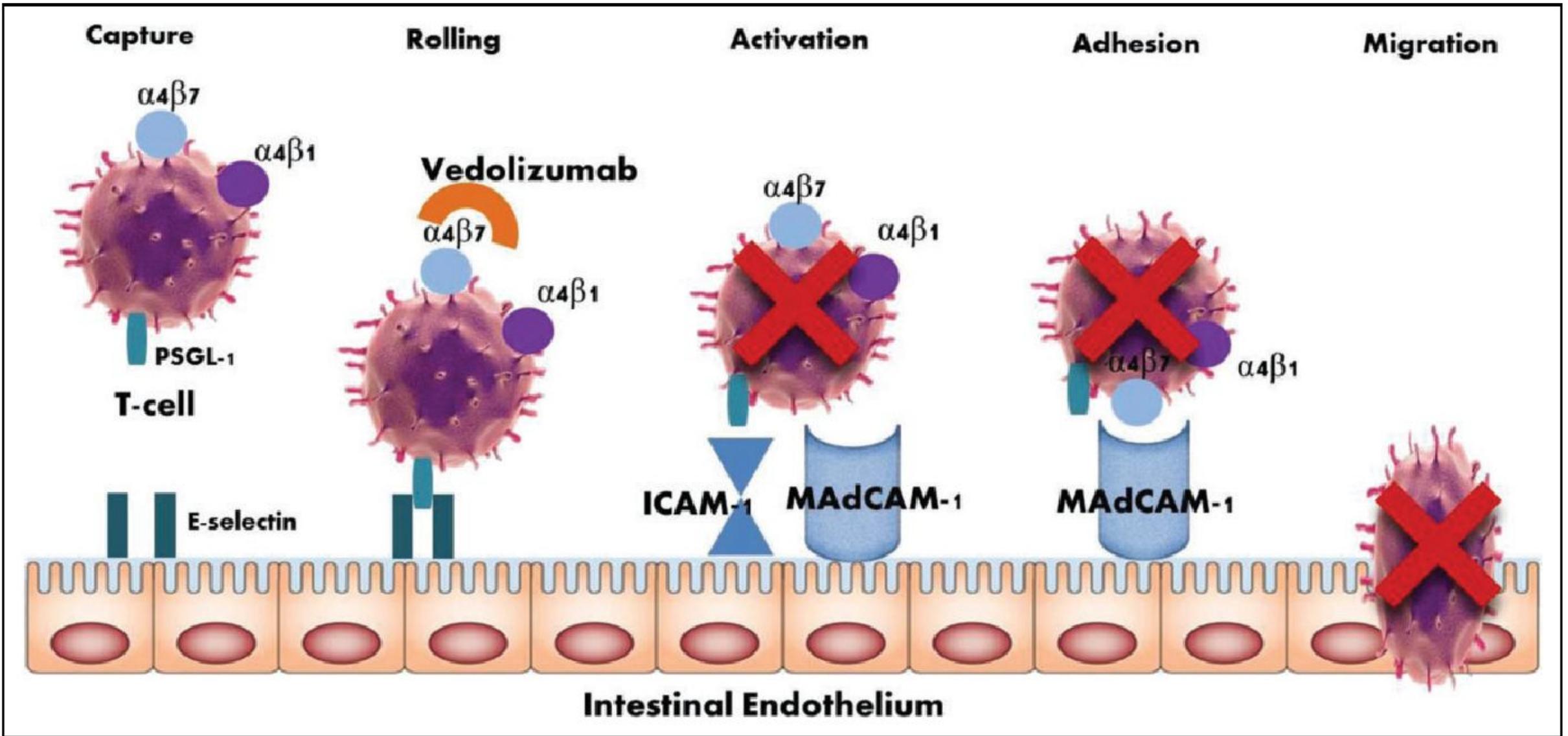
- Блокирует только $\alpha 4\beta 7$ -интегрин¹
- $\alpha 4\beta 7$ – интегрин находится главным образом на поверхности лимфоцитов ЖКТ
- $\alpha 4\beta 7$ – интегрин взаимодействует только с MAdCAM-1, который находится преимущественно в тканях кишечника¹⁻³

Воспаление в стенке кишечника



Уменьшение воспаления в кишечнике





Спасибо за внимание!