**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №5

на тему: Неспецифический язвенный колит

по дисциплине: **«Внутренние болезни 3»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

Составители: преподаватели кафедры Айтиева Ж.Т.

**Тема практического занятия:**

1. «Неспецифический язвенный колит**»** (50мин) **Актуальность** темы**:** В повседневной практике врача приходится сравнительно часто встречаться с пациентами, предъявляющими жалобы на боли в животе в сочетании с нарушением аппетита, изменением стула (диарея, запор, патологические примеси в кале) и другими диспепсическими явлениями.
Диагностика заболеваний с подобными симптомокомплексом представляет известные трудности, поскольку сходные клинические симптомы хронических заболеваний кишечника могут вызываться совершенно разными причинами и существенно различаться по механизму развития, что требует далеко не равнозначных терапии и профилактики.
Такие тяжелые болезни кишечника, как неспецифический язвенный колит, имеют множество клинических «масок», что также нередко затрудняет своевременную диагностику, обусловливает запоздалое лечение и наносит тем самым непоправимый вред здоровью пациента.

**План занятия:**

1. Макроскопическая и гистологическая характеристика неспецифического язвенного колита.
2. Основные клинические симптомы и синдромы неспецифического язвенного колита.
3. Функциональные тесты и другие биохимические параметры.
4. Выявление осложнений неспецифического язвенного колита.
5. Основные принципы лечения больных неспецифическим язвенным колитом.
6. Лекарственная терапия осложнений неспецифического язвенного колита.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

- Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.

Учебные цели- Уметь заподозрить неспецифический язвенный колит и составить план ведения больного (диагностический поиск, лечение), пользуясь знанием клинических проявлений, методов диагностики, принципов лечения заболевания.

- Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Нормальная анатомия человека- Нормальная физиология- Патанатомия | * анатомия толстого кишечника.
* физиология толстого кишечника.
* изменения органов и тканей при данной патологии
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика внутренних болезней  | * методы обследования больного с данной патлогией
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины - Общая хирургия | * Свищи толстого кишечника, дилатация толстого кишечника
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. энтериты
	2. колиты

 **Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен***

Знать:

этиологию,

патогенез,

клинику,

диагностику,
дифференциальный диагноз,

методы лечения неспецифического язвенного колита.

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

1. Правильно собрать и оценить данные анамнеза, провести объективное обследование больного,
2. Из комплекса полученных данных выделять симптомы, характерные для неспецифического язвенного колита.
3. Анализировать данные лабораторных, рентгенологических, инструментальных методов исследования,
4. Правильно сформулировать диагноз,
5. Назначить лечение больному
6. Выписать рецепты салазосульфаниламидов, биопрепаратов.
7. Составить план диспансеризации больного.

- ***ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:***

-о технике хирургического вмешательства при свищах толстого кишечника, дилатации толстого кишечника

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-12** - способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей; основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для современной диагностики заболеваний и патологических процессов.**ПК-13** – способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом течения патологии по органам, системам организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (осовного, сопутствующего, осложнений) с учетом мкб-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний**ПК-15**- способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом | **РО-5**-Умеет обрабатывать, анализировать и интерпретировать характер патологического процесса и его клинические проявления посредством использования современных методов исследования.**РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-12),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт: умеет**- правильно собрать анамнез заболевания и жизни у больного хроническим лейкозом;- провести объективное исследование больного;- оценить диагностическое значение лабораторных и инструментальных исследований;- назначить индивидуализированное лечение. |

**Ход занятия**

* Проверка присутствующих на занятии студентов -5 мин
* Мотивационная установка на тему занятия (актуальность, практическая значимость) -5 мин
* Контроль исходного уровня знаний темы - 10 минут
* Решение ситуационных задач и их обсуждение - 10 минут
* Клинический разбор по теме занятия (опрос, физикальное обследование с закреплением практических навыков) - 10 мин
* Анализ результатов лабораторных и инструментальных исследований, их увязывание с клинической картиной – 5 мин
* Оценка занятия преподавателем, задание на дом - 5 мин

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

**Основная:**
1.Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. вузов в 2-х томах. Под ред. А.И.Мартынова, Н.А Мухина, В.С. Моисеева. М,2001.

2.Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. вузов. Под ред. С.И.Рябова, В.А.Алмазова, Е.В. Шляхто. М., 2001.

3 Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М., 1999.

4.Методическая разработка кафедры по теме занятия.

**Дополнительная:**

1. Битти А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии. М., 1999.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 2000.
3. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.4, -М., 2001.

4. Калинин А.В., Хазанов А.И. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. – М. 2007.57. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М, ГЭОТАР, 2007.

5.Руководство по первичной медико-санитарной помощи. М, ГЭОТАР, 2007

6.Федеральное руководство по использованию лекарственных препаратов.Выпуск IХ. М., 2009.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тестовые задания:**

|  |
| --- |
| **Выберите один или несколько правильных ответов.**1. В основе развития неспецифического язвенного колита лежат:A. Наследственная ферментопатия. Б. Инфекционное воспаление. B. Неинфекционное воспаление.Г. Структурные аномалии толстого кишечника. Д. Дистрофический процесс.2. Основными факторами риска развития неспецифического язвенного колита являются:A. Курение. Б. Прием оральных контрацептивов. B. Инсоляция. Г. Злоупотребление алкоголем.Д. Переедание. Е. Прием антибиотиков.3. В патогенезе неспецифического язвенного колита наибольшее значение имеют:A. Наследственность. Б. Паразитарные инвазии. B. Нервно-психические нарушения.Г. Изменение иммунологической реактивности. Д. Пищевая аллергия.4. При неспецифическом язвенном колите чаще поражаются:A. Желудок. Б. Пищевод. B. Печень. Г. Тонкая кишка. Д. Толстая кишка.5. Изменения слизистой оболочки толстой кишки при неспецифическом язвенном колите первоначально возникают в:A. В слепой кишке. Б. В поперечно-ободочной кишке. B. В сигмовидной кишке. Г. В прямой кишке. Д. Во всех отделах толстой кишки.6. Перечислите морфологические изменения слизистой оболочки толстой кишки при острой форме неспецифического язвенного колита:А. Отек, гиперемия. Б. Сужение просвета кишки. В. Исчезновение гаустр. Г. Эрозии, язвы. Д. Псевдополипы.7. Перечислите основные жалобы больных с неспецифическим язвенным колитом:А. Частый жидкий стул. Б. Частый жидкий стул с примесью слизи.8. Частый жидкий стул с примесью крови.Г. Боли в животе, связанные с актом дефекации. Д. Боли в животе, связанные с приемом пищи.8. Укажите наиболее информативные инструментальные методы исследования, использующиеся в диагностике неспецифического язвенного колита:A. ЭГДС. Б. УЗИ органов брюшной полости. B. Ректороманоскопия. Г. Компьютерная томография. Д. Колоноскопия.9. Назовите осложнения неспецифического язвенного колита:A. Анемия. Б. Артриты. B. Перфорация кишки. Г. Кровотечение. Д. Блефариты.10. Назовите базисные препараты, применяемые для лечения больных с неспецифическим язвенным колитом:A. Антибиотики. Б. Глюкокортикоиды. B. НПВС. Г. Препараты 5-аминосалициловой кислоты. Д. Антациды. Е. Ферментативные препараты.**Ответы на тестовые задания исходного уровня**1. В. 2. Б, В, Е. 3. А, В, Г, Д 4. Д. 5. Г. 6. А, Г, Д. 7. В, Г. 8. В, Д. 9. А, Б, В, Г, Д. 10. Б, Г. |

**Ситуационные задачи**

**Клиническая задача № 1**

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 нед до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешниех изменения в суставах не определяются.

|  |
| --- |
|  |

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено. 1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Каковы ожидаемые результаты обследования?

4. Какие ошибки были допущены при проведенном лечении?

5. Ваша тактика лечения.

**Клиническая задача №2**

В гастроэнтерологическое отделение больницы поступил больной К., 23 года, с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С.

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал но-шпу\*, лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем был направлен в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела - 37,8 °С, кожа бледная, сухая, периферические л/у не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания - 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 105 в минуту, ритм правильный.

|  |
| --- |
|  |

Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. На голенях и бедрах болезненные плотные ярко-красные отечные узлы, движения конечностей ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Анализ крови: Hb - 93 г/л, эритроциты - 4,2х1012/л, лейкоциты - 8,8х109/л, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %, СОЭ - 30 мм/ч, анизоцитоз.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, билирубин - 18,2 ммоль/л, калий - 3,50 мэкв/л, натрий - 135 мэкв/л.

УЗИ органов брюшной полости: без патологических изменений.

Колоноскопия: слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость.

1. Сформулируйте диагноз.

2. На основании каких данных определяется активность процесса?

3. Какие осложнения развились у больного?

4. Предположите тактику лечения больного.

**Клиническая задача №3**

Больная Н., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и гноя до 15-20 раз в сутки, частые болезненные позывы на дефекацию, схваткообразные боли в животе, тошноту, похудание, нарастающую общую слабость, повышенную раздражительность.

Считает себя больной в течение 3 сут, когда после тяжелой стрессовой ситуации в семье появился жидкий стул с примесью крови и гноя, присоединились вышеописанные жалобы. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания, аппетит отсутствует, настроение подавленное. Кожа бледная, сухая. Температура тела 38,3 °С, число дыханий - 22 в минуту. В легких при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС - 125 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Отмечаются постоянные кровянисто-гнойные выделения из заднего прохода.

|  |
| --- |
|  |

Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, край уплотнен. Селезенка не пальпируется. Отеки голени и стоп.

В анализах крови: Hb - 70 г/л, эритроциты - 2,5х1012/л, лейкоциты - 14х109/л, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 59 %, лимфоциты - 18 %, эозинофилы - 3 %, моноциты - 10 %, СОЭ - 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, общий билирубин - 18,6 ммоль/л, алАТ - 60 ЕД, АСТ - 80 ЕД, К+ - 3,5 мэкв/л, Na+ - 135 мэкв/л.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка резко гиперемирована, диффузно кровоточит, отечна, утолщена, стенки кишки покрыты гнойным налетом, множественные активные сливные язвы, сосудистый рисунок отсутствует, в просвете кишки - гной, кровь.

К концу первых суток пребывания в стационаре на фоне проводимой терапии частота стула значительно уменьшилась, однако общее состояние больной ухудшилось: усилились боли в животе, отмечалась неоднократная рвота, повысилась температура тела до 39,8 °С, участилось ЧСС до 140 в минуту, снизилось АД до 70/40 мм рт.ст. При обследовании лицо бледное, покрытое холодным липким потом, живот резко вздут, болезненный по всей поверхности, симптомов раздражения брюшины не отмечается.

В анализе крови лейкоцитоз - 22x109, со сдвигом формулы влево (15 % палочкоядерных нейтрофилов).

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: в брюшной полости определяется свободный газ, поперечно-ободочная кишка расширена в диаметре до 8-10 см, отмечается отсутствие гаустраций.

1. Определите клиническую форму заболевания.

2. Какие осложнения со стороны толстой кишки развились в данном случае?

3. Укажите на особенности клинических проявлений этих осложнений при неспецифическом язвенном колите.

**Клиническая задача № 1**

|  |
| --- |
|  |

1. Неспецифический язвенный колит, острая форма средней степени тяжести, умеренной активности, с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишки (дистальный колит).

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести эндоскопические методы исследования с биопсией слизистой толстой кишки.

3. При колоноскопии в данном случае отмечается отек, зернистость, гиперемия слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка, эрозии, поверхностные язвы, псевдополипы, выраженная кровоточивость. Гистологическое исследование: отек, полнокровие сосудов, увеличение количества клеток воспаления, целостность эпителия не нарушена.

4. Ошибка заключалась в приеме антибиотиков, антидиарейных средств в связи с их малой эффективностью и возможностью развития на фоне их применения осложнений в виде дилатации кишки.

5. Диета - стол 4в. Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).

**Клиническая задача №2**

1. Неспецифический язвенный колит, острая форма тяжелого течения, высокой степени активности с преимущественным поражением поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки.

2. Активность процесса определяется на основании жалоб, анамнеза, клинических данных частоты стула, симптомов интоксикации, в сочетании с результатами эндоскопического исследования, изменениями общего и биохимического исследований, наличия осложнений.

|  |
| --- |
|  |

3. У данного больного имеются осложнения со стороны опорно-двигательного аппарата - артрит коленного и голеностопного суставов, кожи - узловатая эритема, глаз - конъюнктивит, кератит,

изменения со стороны крови свидетельствуют о наличии железодефицитной анемии.

4. При тяжелом течении неспецифического язвенного колита назначаются глюкокортикоиды, в течение 5-7 дней внутривенно преднизолон 120 мг/сут или гидрокортизон 400 мг/сут, затем дается преднизолон внутрь из расчета 1,0-1,5 мг/кг веса больного.

При резистентности к гормональной терапии назначаются имуннодепрессанты, циклоспорин 2-4 мг/кг на протяжении 7-10 дней, с последующим снижением дозы до 4-8 мг/сут.

Если внутривенная терапия не приносит результатов или состояние больного ухудшается, необходимо проведение хирургического вмешательства.

**Клиническая задача №3**

1. В данном случае наблюдается молниеносная форма заболевания.

2. Со стороны толстой кишки развились осложнения: перфорация и острая дилатация толстой кишки.

3. В тяжелых случаях неспецифического язвенного колита перфорация может протекать со скрытой симптоматикой, признаки острого живота бывают стертыми, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. На это осложнение может указывать тахикардия и падение АД. Подтверждением служит рентгенография брюшной полости: в брюшной полости выявляется свободный газ.

При острой дилатации толстой кишки в связи с изменением перистальтики частота дефекаций значительно уменьшается. Диагноз устанавливается на основании нарастания симптомов интоксикации и рентгенологических признаков - расширения поперечно-ободочной кишки в диаметре более 5-6 см и отсутствием гаустраций.

4. Выявление угрожающих жизни осложнений в виде перфорации и острой дилатации толстой кишки - абсолютное показание для неотложного хирургического вмешательства.

|  |
| --- |
|  |

**Содержание темы.**

Неспецифический язвенный колит - тяжелое хроническое, прогрессирующее заболевание, характеризующееся некротическими изменениями слизистой оболочки толстой кишки с вовлечением в патологический процесс других органов и систем.

|  |
| --- |
|  |

**5.1.** **Этология, факторы риска, патогенез**

*Этиология*неизвестна.

*Факторы риска:*прием оральных контрацептивов, антибиотиков, инсоляция, физические перегрузки, психоэмоциональные стрессы.

В основе *патогенеза*лежат генетические факторы, аллергия на некоторые компоненты пищи, нарушения иммунной реактивности организма, нервно-психические нарушения.

Частое сочетание неспецифического язвенного колита с аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный гастрит) позволяет предполагать аутоиммунную природу заболевания. В пользу этого свидетельствуют:

•  рецидивирующий характер заболевания;

•  системность поражения;

•  положительный эффект гормональной терапии. Обнаружение IgG к эпителиальным клеткам подтверждает данную

гипотезу.

**5.2.** **Морфологические изменения в кишечнике**

В основе неспецифического язвенного колита лежит поражение слизистой оболочки прямой кишки, которое в дальнейшем распространяется на другие отделы толстой кишки.

Острый период характеризуется появлением:

•  воспаления, отека слизистой оболочки;

•  эрозий;

•  язв;

•  псевдополипов.

Степень выраженности этих изменений зависит от степени активности и тяжести воспалительного процесса.

В фазе ремиссии эрозии и язвы эпителизируются, рельеф складок грубый, слизистая оболочка бледная, гладкая, с множественными псевдополипами. Частые обострения сопровождаются исчезновением гаустр, укорочением и сужением просвета кишки.

**5.3.** **Классификация неспецифического язвенного колита**

По клиническому течению:

•  молниеносная форма;

•  острая форма;

•  хроническая форма;

•  рецидивирующая форма;

•  непрерывная форма.

По протяженности процесса:

•  проктит;

•  проктосигмоидит;

•  левосторонний колит;

•  тотальный колит.

|  |
| --- |
|  |

По тяжести клинических проявлений:

•  легкое течение;

•  течение средней тяжести;

•  тяжелое течение.

По степени поражения слизистой оболочки:

•  минимальное;

•  умеренное;

•  тяжелое.

**5.4. Клинические симптомы, осложнения неспецифического язвенного колита**

Клиническая картина разнообразна и зависит от тяжести течения, протяженности процесса и степени поражения слизистой оболочки толстой кишки.

**5.4.1. Кишечные симптомы**

Примеси крови в кале.

Диарея в ночные и ранние утренние часы.

Примесь гноя и слизи (количество слизи зависит от сохранности слизистой оболочки: при глубоком поражении слизь в испражнениях отсутствует).

Тенезмы.

Боли в животе.

В зависимости от продолжительности процесса выделяют дистальный (проктит, протосигмоидит), левосторонний и тотальный колит.

В легких случаях при ограничении процесса в прямой кишке первым симптомом является появление крови на поверхности оформленного кала.

По мере нарастания активности и протяженности процесса в дистальном направлении присоединяется диарея с примесью крови, гноя, слизи, тенезмы; ухудшается функция кишечного держания; при тотальном поражении испражнения теряют каловый характер, выделяются кровь и гной.

Боли не являются ведущим симптомом, они возникают перед актом дефекации и исчезают после него.

**5.4.2.** **Общие симптомы**

Тошнота, анорексия, лихорадка, потеря массы тела, слабость, тахикардия, гипотония; в тяжелых случаях - нарушения водно-электролитного и белкового баланса из-за потери жидкости, солей и экссудации плазменных белков кишечником; вследствие кровопотери развивается анемия, присоединяются симптомы нервно-психической астенизации.

**5.4.3.** **Внекишечные проявления неспецифического язвенного колита**

К классическим внекишечным симптомам относятся поражения:

|  |
| --- |
|  |

•  кожи (узловая эритема, септическая пиодермия);

•  глаз (эписклерит, уевит, конъюнктивит, кератит);

•  ротоглотки (афты);

•  опорно-двигательного аппарата (артриты, анкилозирующий спондилит), остеопороз, остеомаляция, ишемический и асептический некрозы как осложнения кортикостероидной терапии;

•  печени (жировая дистрофия, гепатиты, склерозирующий холангит, циррозы);

•  острый панкреатит;

•  мочекаменная болезнь;

•  нарушение функции дыхания;

•  гиперкоагуляция;

•  амилоидоз.

Васкулиты, гломерулонефриты, миозиты - редкие внекишечные симптомы.

**5.4.4.** **Осложнения со стороны толстой кишки:**

•  кровотечения;

•  перфорация стенки кишки - перитонит;

•  острая дилатация кишки (расширение поперечной ободочной кишки более 5 см в диаметре, выявляемое при обзорной рентгенографии органов брюшной полости).

Эти осложнения возникают в острый период заболевания при тотальном колите.

В дальнейшем могут развиться:

•  стенозы;

**Таблица 15-1.**Критерии степени тяжести и активности неспецифического язвенного колита.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Легкая** | **Средняя** | **Тяжелая** |
| Локализация | Дистальный колит | Левосторонний колит | Субтотальный колит Тотальный колит |
| Частота стула в сутки | Не более 4 раз | 5-6 раз | Более 6 раз (возможно более 30 раз) |
| Ректальное кровотечение | Незначительное | Выражено | Резко выражено |
| Температура тела | Нормальная | Субфебрильная | 38 °С и выше |
| ЧСС | До 80 в мин | До 90 в мин | Более 90 в минуту |
| Hb, г/л | Более ПО | 110-105 | Менее 105 |
| СОЭ | Менее 26 | 26-30 | Более 30 |
| Уменьшение массы тела | Менее 10 % | 10-20% | Более 20% |
| Внекишечные проявления | Нет | Могут быть | Имеются |
| Осложнение толстой кишки | Нет | Нет | Есть |
| Данные колоноскопии и ректороманоскопии | Слизистая оболочка гиперемирована, отечная, зернистая; сосудистый рисунок смазан; контактная кровоточивость | Выраженный отек и набухание слизистой, эрозии, язвы с фибринозно-гнойным налетом; выраженная контактная кровоточивость | Резкий отек слизистой; обширные изъязвления слизистой; псевдополипы; спонтанная кровоточивость; кровянисто-гнойный экссудат в просвете кишки |
| Биопсия слизистой | Отек, полнокровие сосудов, увеличение количества воспалительных клеток, характерное для острого и хронического воспаления; поверхностный эпителий сохранен | Воспалительная клеточная инфильтрация крипт; абсцессы; изъязвление поверхностного эпителия, гнойный экссудат |

•  кишечная непроходимость;

•  малигнизация толстой кишки;

•  аноректальные трещины.

**5.4.5. Оценка тяжести и активности неспецифического язвенного колита**

Для этой цели применяются различные клинические, лабораторные эндоскопические и гистологические показатели (см. табл. 15-1).

Начало заболевания может быть постепенным или острым.

Острые формы характеризуются частым стулом до 20 и более раз в сутки, с примесью крови, гноя, выраженными симптомами интоксикации, присоединением внекишечных и местных (со стороны толстой кишки) осложнений. Среди острых форм выделяют редко встречающуюся молниеносную форму, при которой за 1-2 сут развивается тотальное поражение толстой кишки с максимальной степенью активности процесса и высоким риском возникновения осложнений, требующих хирургического вмешательства. Острые формы переходят в хроническую рецидивирующую форму (рецидивы могут быть различной степени тяжести) и в хроническую форму непрерывного течения.

**5.4.5.** **Методы обследования**

Включают общий анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, биохимическое исследование (холестерин, билирубин, белок и фракции, АСТ, АЛТ, K, Na, Ca), анализ кала общий, на скрытую кровь и бактериальную флору, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости, ректороманоскопию, колоноскопию с биопсией слизистой оболочки, ирригоскопию.

При подозрении на перфорацию и токсическую дилатацию кишки проводится ежедневная обзорная рентгенография брюшной полости.

**5.4.6.** **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика проводится с болезнью Крона с локализацией в толстой кишке, злокачественной опухолью и туберкулезом толстой кишки. При остром начале заболевания необходимо исключить инфекционную и паразитарную причину диареи, синдром раздраженного кишечника.

|  |
| --- |
|  |

**5.5. Принципы лечения**

Объем лечебных мероприятий зависит от тяжести течения, фазы обострения или ремиссии, наличия осложнений.

Диета, замедляющая кишечную моторику, включает столы 4, 4а, 4б, 4в, богатые белком, с ограничением жиров и углеводов.

При молниеносной форме назначается парентеральное питание.

**Лекарственная терапия**

Базисными препаратами являются производные 5-аминосали- циловой кислоты (сульфасалазин, месалазин, сульфак^, пентаса\*), глюкокортикоиды, иммунодепрессанты.

**5.5.1. Схема лечения неспецифического язвенного колита**

**Рис. 15-1.**Схема лечения неспецифического язвенного колита

При развитии осложнений, угрожающих жизни - кровотечения, перфорации или дилатации кишки, - стандартом хирургического лечения являются колэктомия.

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2022 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №5

на тему: Болезнь Крона

по дисциплине: **«Внутренние болезни 3»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

Составители: преподаватели кафедры Айтиева Ж.Т.

**Тема практического занятия:**

«Болезнь Крона**»** (50мин) **Актуальность** темы**:** В повседневной практике врача приходится сравнительно часто встречаться с пациентами, предъявляющими жалобы на боли в животе в сочетании с нарушением аппетита, изменением стула (диарея, запор, патологические примеси в кале) и другими диспепсическими явлениями.
Диагностика заболеваний с подобными симптомокомплексом представляет известные трудности, поскольку сходные клинические симптомы хронических заболеваний кишечника могут вызываться совершенно разными причинами и существенно различаться по механизму развития, что требует далеко не равнозначных терапии и профилактики.
Такие тяжелые болезни кишечника, как неспецифический язвенный колит, имеют множество клинических «масок», что также нередко затрудняет своевременную диагностику, обусловливает запоздалое лечение и наносит тем самым непоправимый вред здоровью пациента.

**План занятия:**

* Макроскопическая и гистологическая характеристика неспецифического язвенного колита.
* Основные клинические симптомы и синдромы неспецифического язвенного колита.
* Функциональные тесты и другие биохимические параметры.
* Выявление осложнений неспецифического язвенного колита.
* Основные принципы лечения больных неспецифическим язвенным колитом.
* Лекарственная терапия осложнений неспецифического язвенного колита.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

- Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.

Учебные цели- Уметь заподозрить неспецифический язвенный колит и составить план ведения больного (диагностический поиск, лечение), пользуясь знанием клинических проявлений, методов диагностики, принципов лечения заболевания.

- Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Нормальная анатомия человека- Нормальная физиология- Патологическая физиология | * анатомия толстого и тонкого кишечника.
* принципы регуляции моторики, секреторной и [инкреторной активности толстого и тонкого кишечника](http://historich.ru/etiologiya-i-epidemiologiya-bryushnogo-tifa/index.html);
* регуляция моторики, секреторной и инкреторной активности при воспалительных заболеваниях кишечника;
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика внутренних болезней  | * рентгенологические методы исследования толстого и тонкого кишечника, колоноскопия, эндоскопические капсулы;
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины - Факультетская терапия | * энтерит, колит.
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. энтериты
	2. колиты

 **Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен***

Знать:

* этиопатогенез, клинику функциональных и воспалительных заболеваний кишечника. Классификацию клинических вариантов течения;
* классификация язвенного колита по течению, протяженности, степени тяжести;
* классификация [болезни Крона по локализации](http://historich.ru/vvedenie-stroenie-kursa/index.html), протяженности, по форме заболевания;
* основные клинические синдромы при воспалительных заболеваниях кишечника: кишечные и внекишечные проявления.
* методы лабораторного и инструментального обследования основные и дополнительные для дифференциального диагноза воспалительных заболеваний кишечника;
* основные группы препаратов для лечения воспалительных заболеваний кишечника, уметь охарактеризовать их;
* показания к оперативному вмешательству воспалительных заболеваний кишечника.
* этиологию, патогенез, клинические варианты синдрома раздраженного кишечника;
* методы лабораторного и инструментального обследования основные и дополнительные для дифференциального диагноза функциональных заболеваний кишечника;

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* по данным анамнеза предположить диагноз и его возможные причины;
* провести физикальное обследование с выявлением характерных симптомов изучаемых заболеваний;
* сформулировать предварительный диагноз, сделать вывод о предположительной причине заболевания, предложить план дополнительного обследования для подтверждения и уточнения диагноза;
* трактовать результаты дополнительного обследования;
* сформулировать клинический диагноз, основываясь на данных анамнеза, результатах физикального и инструментального обследования;
* дать диетические рекомендации по профилактике обострений;
* подобрать терапию с учетом конкретной клинической ситуации и с использованием всего арсенала современных медикаментозных средств;

ВЛАДЕТЬ:

* методом глубокой и поверхностной пальпацией живота;
* интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов обследования больного с воспалительными и [функциональными заболеваниями кишечника](http://historich.ru/osnovnie-sindromi-zabolevanij-kishechnika-1-diskineticheskij/index.html);
* алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) воспалительных и функциональных заболеваний кишечника;
* выполнением основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при кишечном кровотечении.

ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ:

* О хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона: показания, виды оперативной коррекции.
* Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению при воспалительных заболеваниях кишечника.

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-12** - способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей; основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для современной диагностики заболеваний и патологических процессов.**ПК-13** – способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом течения патологии по органам, системам организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (осовного, сопутствующего, осложнений) с учетом мкб-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний**ПК-15**- способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом | **РО-5**-Умеет обрабатывать, анализировать и интерпретировать характер патологического процесса и его клинические проявления посредством использования современных методов исследования.**РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-12),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт: умеет**- правильно собрать анамнез заболевания и жизни у больного хроническим лейкозом;- провести объективное исследование больного;- оценить диагностическое значение лабораторных и инструментальных исследований;- назначить индивидуализированное лечение. |

**Ход занятия**

* Проверка присутствующих на занятии студентов -5 мин
* Мотивационная установка на тему занятия (актуальность, практическая значимость) -5 мин
* Контроль исходного уровня знаний темы - 10 минут
* Решение ситуационных задач и их обсуждение - 10 минут
* Клинический разбор по теме занятия (опрос, физикальное обследование с закреплением практических навыков) - 10 мин
* Анализ результатов лабораторных и инструментальных исследований, их увязывание с клинической картиной – 5 мин
* Оценка занятия преподавателем, задание на дом - 5 мин

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

**Основная:**

1. Внутренние болезни: учебник / Под ред. С.И. Рябова, В.А. Алмазова, Е.В. Шляхтова. – СПб., 2001. [110 экз]
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т / Под ред. Н.Л. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. – 2-е изд., испр. и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2004. [99 экз]
3. Внутренние болезни: учебник: в 2 т / Под ред. Н.Л. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. – 2-е изд., испр. и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2006. [64 экз]
4. Внутренние болезни: учебник: в 2 т / Под ред. А.И. Мартынова, Н.Л. Мухина, В.С. Моисеева. – 1-е изд. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2001. [54 экз]
5. Внутренние болезни: учебник: в 2 т / Под ред. Н.Л. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. – 2-е изд., испр. и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2005. [34 экз]
6. Внутренние болезни: учебник / Под ред. В.И. Маколкина, С.И. Овчаренко. – 5-е изд. – М: Медицина, 2005. [30 экз]

**Дополнительная:**

- 2000 болезней от А до Я / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. – М., 2003. [79 экз]
- Померанцев, В.П. Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней / В. П. Померанцев. – М., 2001. [27 экз]
- Мухин, Н.А. Избранные лекции по внутренним болезням / Н.А. Мухин. – М., 2006. [20 экз]

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тестовые задания:**

|  |
| --- |
| 1. Анальные поражения в виде свищей, трещин и язв, наиболее частовстречаются при:A) Неспецифическом язвенном колите B) Болезни Крона C) Ишемическом колите D) Спастическом колите E) Дизентерийном колите {Правильный ответ} = B2. Наружные и внутренние свищи , затеки , является характерным осложнением:A) Болезни Крона B) НЯК C) Пседомембранозного колита D) Ишемического колита E) Энтероколита{Правильный ответ} = А3. Наиболее типичной локализацией патологического процесса при болезни Крона является:A) Перианальная область B) Поперечно-ободочная кишка C) Пищевод D) Желудок E) Терминальный отсек подвздошной кишки{Правильный ответ} = Е4. Женщину 82 лет беспокоят схваткообразные боли в животе; частый жидкий стул до 6-8 раз в сутки, с примесью слизи и алой крови; слабость, боли в суставах, повышение температуры до 38º. Дважды была госпитализирована по поводу предполагаемой дизентерии с кровянисто-слизистыми поносами. При осмотре десны легко кровоточат. Живот резко болезненный по ходу толстого кишечника. В крови: лейкоциты - 11,8 тыс. При ирригоскопии: толстая кишка сужена, лишена гаустр, контуры неровные, нечеткие. Какой из перечисленных методов исследования НАИБОЛЕЕ информативен? A) ЭРХПГ B) ЭФГДС C) ректороманоскопия D) рентгеноскопия желудка E) колоноскопия с прицельной биопсией {Правильный ответ}=E5. Женщина 21 года жалуется на жидкий зловонного характера стул до 40 раз в сутки с примесью крови, слизи, гноя; боли в животе до акта дефекации; похудание, отсутствие аппетита; головокружение, мелькание «мушек» перед глазами; слабость, недомогание. Общее состояние тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов, на разгибательной поверхности голеней множественные узлы, кожа над ними багрово-фиолетового цвета. Назначение какого из перечисленных методов исследования НАИБОЛЕЕ целесообразно?A) колоноскопии B) контрастной рентгенографии C) эзофагогастродуоденоскопииD) УЗИ органов брюшной полости E) обзорной рентгенографии брюшной полости{Правильный ответ}=A6. В круг дифференциальной диагностики при болезни Крона включают:1. аппендицит; 2. рак прямой кишки; 3. туберкулезный мезоаденит; 4. синдром раздраженной толстой кишки.Дайте правильный ответ, пользуясь схемой:А. – 1,2,3; В. – 1,3; С. – 2,4; D. – 4; Е. – 1,2,3,4. {Правильный ответ} = B7. Для болезни Крона характерны:1. нарастание обтурационной непроходимости; 2. жидкий стул; 3. анемия; 4. ректальное кровотечение;Дайте правильный ответ, пользуясь схемой:А. – 1,2,3; В. – 1,3; С. – 2,4; D. – 4; Е. – 1,2,3,4.{Правильный ответ} = A8. Эндоскопическое исследование при болезни Крона может выявить:1. отсутствие сосудистого рисунка; 2. язвы продолговатой формы; 3. просовидные абсцессы; 4. слизистую оболочку в виде «блужной мостовой».Дайте правильный ответ, пользуясь схемой:А. – 1,2,3; В. – 1,3; С. – 2,4; D. – 4; Е. – 1,2,3,4.{Правильный ответ} = D9. Больной 25 лет обратился с жалобами на ноющие боли в правой половине живота; жидкий стул до 6-8 раз в сутки, похудание на 8 кг за последние 2 года; боли в крупных суставах, длительный субфебрилитет. При обследовании: узловатая эритема на обеих голенях, выраженная болезненность в правой подвздошной области; симптомов раздражения брюшины нет. Нв 84 г/л, цв. показатель 0,8; лейк. – 12,6 тыс. в 1 мкл, СОЭ - 56 мм/ч, общий белок 49 г/л, альбумины 39%, холестерин 2 мкмоль/л, сывороточное железо 7 мкмоль/л. При колоноскопии выявлены щелевидные глубокие язвы слизистой оболочки слепой кишки. Наиболее вероятный диагноз: А. неспецифический язвенный колит; В. лимфома тонкого кишечника; С. болезнь Крона; D. хронический аппендицит; Е. целиакия.{Правильный ответ} = C10. Больная 20 лет обратилась с жалобами на стул с примесью крови до 6 раз в сутки, слабость, похудание. При колоноскопии выявлены поверхностные изъязвления слизистой оболочки прокто-сигмоидального отдела толстой кишки, контактная кровоточивость, лейкоцитарная инфильтрация. Оптимальная терапия данной больной:А. преднизолон + сульфасалазин; В. координакс + сульфасалазин; С. преднизолон + азатиоприн; D. дебридат + эспумизан; Е. сульфасалазин + бускопан.{Правильный ответ} = A |

**Ситуационные задачи**

Больной Э., 34 лет поступил с жалобами на ноющие боли в нижних и боковых отделах живота, усиливающиеся через 7- 8 часов после еды; неустойчивый стул: поносы, чередующиеся с запорами. Поносы возникают после приема молока, при запорах кал фрагментированный, бобовидный. Объективно: болезненность, урчание толстого кишечника. На ирригоскопии –сужение просвета толстой кишки, наличие множественных гаустраций, выступающих за кишечный контур. Каков предварительный диагноз. Обоснуйте его.

|  |
| --- |
|  |

**Содержание темы.**

***Болезнь КРОНА (БК*)** – хроническое гранулематозное воспаление стенки кишки с тенденцией к формированию свищей и стриктур.

Впервые БК была описана в 1913 г., а более подробно изучена и выделена в самостоятельную форму в 1932 г.

Распространненость заболевания составляет 30-35 на 100000 населения. Болезнь встречается в любом возрасте, но чаще выявляется у молодых. У 15% больных БК выявляется наследственная предрасположенность. У курящих БК встречается в 4 раза чаще, чем у некурящих. Отмечена связь с приемом оральных контрацептивов.

**Этиология и патогенез** болезни остаются неизвестными. К предрасполагающим причинам, способствующим возникновению БК, относят: инфекцию (вирусы, атипичные микобактерии), тканевые цитотоксины, слизистые секреты, нарушенный клеточный иммунитет, пищевые аллергены, диету с высоким содержанием рафинированного сахара. Но эти факторы не объясняют волнообразное течение болезни (у половины больных БК возникают ремиссии, продолжающиеся в течение 5 лет). Имеются данные, подтверждающие значение вируса кори и иммунных механизмов в этиологии и патогенезе БК.

 Теория иммунного механизма развития БК базируется на том, что частые внекишечные проявления (например, артрит или перихолангит) могут быть аутоиммунным феноменом и что лечение кортикостероидами и азатиоприном оказывается эффективным благодаря их иммунодеп-рессивному действию. У больных БК могут выявляться гуморальные антитела к клеткам кишки, бактериальным и вирусным антигенам, кишечной палочке и вирусу кори класса IgM, к полисахаридам и чужеродному белку.

 Кроме того, сообщается о сочетании БК с дефицитом IgA. Иммунные комплексы также можно считать входящими в группу факторов, ответственных за внекишечные проявления БК. Многие из иммунных нарушений исчезают в неактивном периоде болезни, что свидетельствует об их вторичности и неспецифичности.

**Патоморфология.**

Патологический процесс при БК может локализоваться в любом отделе (от ротовой полости до анального отверстия) пищеварительного тракта. В большинстве случаев процесс начинается в терминальном отделе подвздошной кишки (терминальный илеит). Протяженность поражения пищеварительного тракта при БК может быть различной: от 3-4 см до 1 мм и более.

 При макроскопическом осмотре стенка кишки отечна, утолщена, с наличием белесоватых бугорков под серозным покровом. Брыжейка кишки утолщена за счет отложения жира и разрастания соединительной ткани. Регионарные лимфатические узлы увеличены. В зоне поражения СО имеет вид “булыжной мостовой”, где участки сохраненной слизистой чередуются с глубокими щелевидными язвами, проникающими в подслизистый и мышечный слои. Здесь же выявляются свищи, абсцессы и стриктуры кишки. Между пораженными и здоровыми отделами кишки имеется четкая граница.

 При микроскопическом исследовании выявляется поражение всех слоев кишечной стенки, при этом на ранних стадиях развития заболевания возникают отек и инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками подслизистого слоя пораженного отдела кишки, гиперплазия лимфатических фолликулов и пейеровых бляшек, формирование гранулем, состоящих из гигантских эпителиоидных клеток. В дальнейшем происходит нагноение и изъязвление измененных лимфоидных фолликулов, распространение инфильтрации на все слои кишечной стенки, гиалиновое перерождение гранулем.

 Таким образом, патологоанатомические изменения при БК включают:

1. Значительное утолщение пораженной стенки кишечника с трансмуральным воспалением.
2. Увеличенные тусклые брыжеечные лимфатические узлы.
3. Очаговые гранулемы
4. Глубокие извитые и линейные изъязвления (придают стенке кишки вид “булыжной мостовой”), иногда с формированием свищей.
5. Вторичные стриктуры при рубцевании.
6. Чередование участков нормальной и пораженной слизистой оболочки.

**Клинические признаки**

Клиническая симптоматика зависит от локализации патологического процесса. Обострение БК сопровождается возникновением характерных симптомов: боль, обычно коликообразная, особенно в нижних отделах живота, часто усиливающаяся после еды, что обусловлено обструктивной природой процесса; лихорадка, похудание, недомогание, анорексия, диарея и др.

 Чаще всего процесс локализуется в дистальной части подвздошной и начальной части толстой кишки (40%), остальные больные обычно имеют либо только тонкокишечную, либо только толстокишечную локализацию.

***Общие симптомы при БК*** (независимо от локализации процесса):

1. У большинства больных имеется 4 основных симптома: лихорадочное состояние, диарея, боли в животе и падение МТ. Боли в животе по локализации и интенсивности могут напоминать аппендицит или иерсиниозный илеит, но внимательное изучение истории развития заболевания позволяет выявить симптомы, предшествующие этому периоду болезни и отдифференцировать их.
2. Лихорадка, анорексия, слабость, вялость и повышенная утомляемость являются типичными для активной стадии болезни.
3. При БК нередко имеет место падение МТ в связи с анорексией без диареи и болей в животе.
4. Клиника тесно связана с анатомической локализацией и активностью процесса, а также с осложнениями.

**Тонкокишечная локализация процесса**

1. Обострение БК часто сопровождается образованием афтозных язв, но они не являются патогномичными для гранулематозного процесса.
2. Трудно поддающиеся заживлению постбульбарные язвы, ассоциированные с увеличенной СОЭ, иногда могут быть связаны с БК.
3. Для БК характерны коликообразные боли в животе с системными проявлениями и локальной пальпаторной болезненности.
4. Мальабсорбция при БК встречается редко, возникает только при распространенном процессе в тонкой кишке или в результате ее резекции.

При локализации процесса в дистальной части подвздошной кишки или при резецировании большей ее части может развиться дефицит витамина В12.

1. При БК часто удается пропальпировать опухолевидное образование в правой подвздошной области, а иногда и в других областях живота в зависимости от локализации патологического процесса.

**БК с локализацией в толстой кишке**

1. Тяжелая диарея при этой локализации встречается чаще, чем при тонкокишечной (мягкий, полужидкий стул до 10-12 раз в сут; кровянистый стул при поражении нисходящей и сигмовидной кишок; резкие позывы к дефекации ночью или под утро.
2. Боли: коликообразные или менее интенсивные, возникающие после еды и перед дефекацией; постоянные, усиливающиеся при движениях, дефекации, очистительной клизме (спаечные боли). Локализуются в нижних и боковых отделах живота.
3. Пальпаторная болезненность пораженных частей толстой кишки, иногда в брюшной полости определяется опухолевидное образование (спаечное сращение петель кишок).
4. Прямая кишка при БК в отличие от перианальной зоны в патологический процесс вовлекается редко.
5. Часто при гранулематозном колите имеют место системные проявления в виде артралгий, артритов, анкилозирующего спондилоартрита, узловатой эритемы, пиодермии, конъюнктивита, эписклерита, увеита и др.
6. При появлении ректальных кровотечений у больных БК следует исключить рак толстой кишки и предпологать тонкокишечную локализацию процесса.
7. В отличие от язвенного колита токсическая дилатация толстой кишки при БК встречается крайне редко.

**Перианальная локализация БК**

1. Патологический процесс в перианальной зоне встречается чаще у больных с первично-сочетанной локализацией БК в дистальном отделе тонкой и проксимальном отделе толстой кишки и почти никогда не наблюдается при изолированном поражении тонкой кишки.
2. Характерно наличие полиповидных кожных образований, а системные проявления БК при этой локализации отсутствуют.
3. Могут возникать анальные и ректальные стенозы, иногда обусловливающие развитие запоров.

***Внекишечные проявления при БК*** встречаются в среднем у 15% боль-

ных, несколько чаще – при толстокишечной локализации процесса. Некоторые из них отражают активность процесса и хорошо поддаются лечению, а часть из них с активностью процесса не связана.

***Внекишечные проявления, связанные с активностью процесса***: афтозные язвы слизистой оболочки ротовой полости и языка, узловатая эритема, “барабанные палочки”, поражение глаз (конъюнктивит, эписклерит, кератит, ирит, увеит), артриты (большие суставы), некротизирующая (гангренозная) пиодермия.

***Внекишечные проявления, не связанные с активностью процесса:*** спондилит (болезнь Бехтерева), холецистолитиаз, анкилозирующий сакроилеит, болезни печени (жировая дистрофия, первичный склерозирующий холангит), поражение почек (камни, стриктуры уретры, гидронефроз, амилоидоз, оксалатная нефропатия), остеомаляция, недостаточность питания, системный амилоидоз.

 Нарушение питания, возникающее у больных тяжелой распространенной формой БК или при резекции тонкой кишки, характеризуется: слабостью, обусловленной дефицитом витамина Д, калия и магния, усталостью и вялостью в связи с дефицитом витамина В12, фолиевой кислоты и железа, дерматитом и извращением вкуса вследствие дефицита цинка и никотиновой кислоты.

**Диагностические исследования**

Диагноз БК основывается на клинических данных и результатах обязательных исследований, включающих:

1.Ректороманоскопию с биопсией. Последняя проводится даже тогда, когда визуально слизистая оболочка не изменена, так как у 20% больных при гистологическом исследовании обнаруживаются гранулемы.

2.Рентгенологическое исследование тонкой кишки. Если у больного имеются диарея, боли в животе и падение МТ, это исследование проводится в срочном порядке. Наиболее информативным рентгеновским исследованием тонкой кишки при подозрении на БК является не прием бария внутрь, а его введение через зонд за связку Трейца. При этом возможно выявление стриктур, свищей, псевдодивертикулов, асимметричности, дилатации, деформации слепой кишки, опухолевых образований (дефектов), язв слизистых различных размеров, сливающихся изъязвлений, между которыми выступают сохранившиеся участки слизистой оболочки (“булыжная мостовая”(, контуров пораженного сегмента кишки в виде щелевидных выступов (щелевидные изъязвления), сужения (симптом “шнура”), укорочения измененных отрезков кишки, утолщения баугиниевой заслонки.

3.Ирригоскопия показана больным при отсутствии ректального кровотечения, но ей должна предшествовать ректосигмоскопия. Ирригоскопия не исключает рентгенологического исследования тонкой кишки, так как при ирригоскопии в результате заброса бария за баугиниевую заслонку удается оценить терминальный отдел подвздошной кишки.

4.Исследование крови. Часто выявляется анемия, обусловленная дефицитом железа и иногда дефицитом витамина В12 и фолиевой кислоты; увеличение СОЭ и тромбоцитов, снижение альбумина сыворотки крови. Исследование антител на иерсиниоз показано при наличии воспалительного процесса в илеоцекальной области, выявленного при лапаротомии, проведение которой было связано с подозрением на аппендицит.

5.Исследование кала. При диарее необходимо провести исследование кала на простейшие и Cl. Difficile токсин.

6.Биопсия. Прицельный биоптат берется из участков воспаления, а из прямой кишки даже при отсутствии эндоскопических признаков воспаления; характерны гранулемы туберкулоидного и саркоидного типа, но наиболее часто выявляются хронические воспалительные инфильтраты.

Колоноскопия с множественной биопсией. Является обязательным исследованием при наличии кровотечения; также показана больным, если результаты рентгенологического исследования тонкой и толстой кишки были неинформативными. При колоноскопии необходимо исследовать также, если это возможно, терминальный отдел подвздошной кишки. Для БК характерны: отечность подслизистого слоя, отсутствие сосудистого рисунка, небольшие афтозные язвы в инфильтративной фазе процесса с последующим образованием глубоких щелевидных трещин, изменяющих рельеф слизистой по типу “булыжной мостовой”, стриктуры кишки.

Лапаротомия редко проводится для диагностики БК, она показана при непроходимости, обусловленной стриктурами. В ранней стадии БК при лапаротомии терминальный отдел подвздошной кишки обычно выглядит гиперемированным и как бы разрыхленным, а брыжейка и брыжеечные лимфатические узлы уплотнены и имеют красноватый оттенок.

**Оценка активности**

При БК важно определить, с чем связана выраженность симптомов болезни: с активностью или осложнениями.

Однако в оценке степени активности болезни возникают затруднения, разрешить которые позволяет комплексный подход к решению этой задачи.

1. Клинические признаки: анорексия, падение веса, слабость, лихорадка и тахикардия – свидетельствуют об активности болезни, но аналогичные симптомы могут присоединиться в результате суперинфекции, и в связи с этим указанные признаки в этой ситуации к активности БК будут иметь лишь косвенное отношение.

2. Лабораторные признаки активности: низкий сывороточный альбумин, выраженная анемия, увеличение СОЭ, наличие С-реактивного протеина, резкое увеличение количества тромбоцитов.

* Рентгенологические признаки активности: язвы (афтоидные, шипоподобные, щелевидные), свищи, слизистая типа “булыжной мостовой”.
* Эндоскопические и гистологические признаки (при исследовании биоптата) активности: видимая язва, гранулемы и другие специфические элементы, но место основного процесса при БК может оказаться недоступным для эндоскопического исследования (терминальный отдел подвздошной кишки).
* УЗИ брюшной полости: утолщение кишечных петель, воспалительный инфильтрат, абсцесс.
* Рецидивы симптомов болезни как проявление активности процесса. БК является хроническим рецидивирующим и прогрессирующим заболеванием, и поэтому некоторые исследования в течение года повторяют, поскольку оценка и систематизация симптомов имеют важное значение. Некоторые из исследований, такие, как рентгенологические, необходимо ограничивать и использовать только по особым показаниям, например при подозрении на подострую интерстинальную обструкцию для решения вопроса о показаниях к хирургической операции.

Колонофиброскопия показана, если присоединяются “толстокишечные”

симптомы, а эзофагогастродуоденоскопия – если появившиеся симптомы предположительно обусловлены поражением верхних отделов пищеварительного тракта.

 Если присоединившиеся симптомы отличаются от прежних , т.е. не являются стереотипными, то необходимо предположить другие причины и провести соответствующие исследования:

1. Исследовать почки и мочевыводящие пути
2. Сделать обзорный снимок брюшной полости для выявления подострой кишечной обструкции и камней.
3. Провести УЗИ для выявления камней в желчном пузыре, нефролитиаза и гидронефроза.
4. Провести лактулозно-водородный дыхательный тест для выявления синдрома избыточного бактериального роста.

При рецидиве симптомов необходимо также определить , с чем они

связаны: с обострением старого процесса или с появлением процесса на новом месте.

**Дифференциальный диагноз**

Диагноз БК не всегда можно определить окончательно, и поэтому в ряде случаев надо иметь в виду другие болезни. Например:

1. при дуоденальной локализации процесса иногда приходится исключать туберкулез и саркоидоз с помощью биопсии из края длительно существующей язвы и рентгеновского исследования грудной клетки.
2. при локализации процесса в тонкой кишке в ряде случаев следует исключить лимфому, аденокарциному, иерсиниозный илеит, целиакию, болезнь Бехчета, стриктуры, обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.
3. При толстокишечной локализации БК необходимо провести в ряде случаев дифференциальную диагностику с язвенным, ишемическим, радиационным и инфекционным колитом, карциномой и доброкачественной язвой и, возможно, с другими заболеваниями. Диагноз обычно основывается на эндоскопическом и гистологическом исследованиях, с учетом анамнестических и других данных.

Падение веса, как единственный симптом:

1. Может быть связан у подростков с нервно-психической анорексией, но наличие анемии, увеличенной СОЭ и тромбоцитоза позволяет заподозрить БК.
2. У пожилых больных следует иметь в виду опухоли органов пищеварения (рак поджелудочной железы, рак желудка или лимфому тонкой кишки). Рентгенологическому исследованию тонкой кишки в этом случае должны предшествовать УЗИ брюшной полости и гастроскопия.
3. Причиной падения веса могут быть сахарный диабет и перианальный сепсис. С целью исключения этих заболеваний необходимо исследовать сахар в крови, провести клинический анализ крови и другие исследования.

При наличии абдоминальных болей необходимо иметь в виду синдром раздраженной толстой кишки, камни в желчном пузыре и некоторые другие заболевания, но для подтверждения того или иного заболевания показано соответствующее исследование.

**Диарея**

1. При наличии диареи необходимо исключить язвенный, псевдомембранозный, инфекционный и ишемический колит, проведя с этой целью соотвествующие исследования (посев кала, эндоскопию с биопсией и др.).
2. Изолированная диарея, причина которой остается не установленной после исследования толстой кишки, является показанием для рентгенологического исследования тонкой кишки, биопсии тонкой кишки и посева аспирата

***Опухолевидные образования в правой подвздошной области***

1. У пожилых больных более часто, чем БК, имеет место опухоль слепой кишки.
2. Аппендикулярный абсцесс или илеоцекальный туберкулез могут быть в любом возрасте. Диагноз основывается на результатах ультразвукового и серологического исследований, но в ряде случаев необходима лапароскопия.

***Ректальные и перинальные изъязвления*** чаще всего являются

проявлением БК, но иногда они могут быть связаны с раком, лимфогранулематозом, болезнью Бехчета, простым герпесом, цитомегаловирусом, туберкулезом, сифилисом и другими венерическими заболеваниями.

***Ведение.***

**Общие принципы.**

Основные принципы ведения больных БК состоят в выполнении рекомендаций по образу жизни, питанию и медикаментозному лечению при обострении заболевания.

**Питание.**

Большинство больных могут не придерживаться специальных диет, исключив из рациона только те продукты, которые усиливают диарею и расстройства пищеварения. Иногда же целесообразно воспользоваться специальными диетами.

Многие больные отмечают, что при ограничении овощей и других продуктов, содержащих грубые пищевые волокна, уменьшаются боли, особенно при тонкокишечной локализации процесса.

Наибольшее значение подбор адекватного по составу питания имеет для детей и подростков, чтобы обеспечить нормальное умственное и физическое развитие.

***Советы к назначению или ограничению диет***

1. Избыточное употребление в рационе сахара может явиться одной из причин, способствующих обострению и возникновению БК.
2. С целью устранения диареи во время проведения адекватной терапии необходимо назначить безлактозную диету.
3. С целью устранения нарушений питания, связанных с проведенной операцией, оправдан перевод больного на парентеральное питание.
4. При синдроме короткой тонкой кишки (менее 100 см), еюно- или илеостоме показаны энтеральные добавки и цитраглюкосолан для восстановления потери жидкости, микроэлементов и минеральных веществ.
5. При стеаторее предписывается диета, бедная жиром.
6. При обострении болезни, не поддающейся лечению стероидами, назначается основная диета с энтеральными добавками (растворы аминокислот могут вводиться через назогастральный зонд, так как их прием внутрь использовать трудно из-за плохой перегосимости).
7. Специфические дефициты (железо, фолиевая кислота, жирорастворимые витамины, цинк и др.) восполняются путем назначения соответствующих препаратов.

**Медикаментозное лечение**

Тяжесть БК оценивать довольно трудно в отличие от язвенного колита. С этой целью необходимо провести соответствующие исследования и проанализировать их результаты.

Для тяжелого обострения характерно наличие следующих симптомов: внешний вид тяжелого больного, рвота, фебрильная лихорадка, тахикардия более 90 уд/мин, выраженность лабораторных признаков (альбумин менее 35 г/л, увеличение С-реактивного белка, СОЭ, лейкоцитов). При наличии таких проявлений БК больные нуждаются в срочной госпитализации для проведения неотложных лечебных мероприятий, включающих:

1. В/в введение жидкости и электролитов, особенно калия, так как больные нередко обезвожены.
2. В/в введение гидрокортизона (начальная доза 100 мг 3 раза в день).
3. Внутрь метронидазол (трихопол и др. син) по 500 мг 3 раза в день. Показанием к назначению препарата является его специфический эффект и необходимость устранения инфицированности кишечника условно-патогенной микрофлорой, присущей этому заболеванию.
4. Гемотрансфузии с целью устранения анемии, которая нередко бывает довольно значительной (уровень гемоглобина следует поднять до 10 г/%).
5. Если у больного имеется анорексия и выраженная диспепсия (тошнота и др.), то от насильственного приема пищи следует воздержаться, но при этом обеспечить прием жидкости.
6. В/в введение гидрокортизона продолжается в течение 5 дней, и, как только прекращается рвота и появляется возможность приема лекарств внутрь, сразу же в/в введение гидрокортизона заменяют на прием внутрь 40 мг преднизолона в день.
7. Результаты лечения оцениваются по срокам исчезновения симптомов (частота стула, боли в животе, анорексия, диспепсия, пальпаторная болезненность живота, лихорадка, тахикардия), данным лабораторных показателей (гемоглобина, эритроцитов, СОЭ, С-реактивного белка, альбумина, электролитов).
8. Если на фоне в/в введения гидрокортизона и других средств не наступает улучшения, то необходимо исключить осложнения и иметь в виду рефрактерность болезни. В этой ситуации, возможно, показано хирургическое лечение.
9. При наступлении клинической ремиссии заболевания рекомендуется провести соответствующие исследования с целью оценки результатов лечения.

***Показаниями к выписке больного являются:*** исчезновение диспепсического и болевого синдромов, восстановление аппетита, стабилизация веса и других субъективных и объективных данных, включая результаты лабораторных исследований. Через 2 недели после выписки целесообразно проанализировать результаты амбулаторного лечения.

Если в амбулаторных условиях сохраняется ремиссия болезни, то через 2 недели дозу преднизолона необходимо уменьшить до 20 мг в день, на фоне продолжающейся ремиссии через 4 недели продолжается дальнейшее уменьшение дозы препарата на 5 мг каждые 2-4 недели до полной отмены его. Более быстрое снижение дозы препарата может быть причиной раннего рецидива. Поддерживающая терапия стероидами при БК, как правило, не проводится, за исключением случаев, когда не стабилизируется ремиссия и сохраняется тенденция к обострению на фоне снижения дозы препарата или при его отмене.

***Ведение больных при легкой форме БК,*** характеризующейся наличием

кишечного дискомфорта, болезненностью при пальпации живота, умеренным увеличением СОЭ и/или появлением С-реактивного белка:

1. Лечение проводится амбулаторно (больные при необходимости могут госпитализироваться в основном для дообследования и начала лечения).
2. Преднизолон внутрь по 30 мг в день в течение недели, далее к 4-й неделе доза снижается до 20 мг в день. Если на этом фоне сохраняются боли в животе, то больному рекомендуется на длительный срок перейти на протертую диету. При наступлении стойкой ремиссии суточная доза преднизолона снижается на 5 мг в день через каждые 2-4 недели. Прием преднизолона прекращается только тогда, когда наступает стойкая клиническая ремиссия и нормализуются лабораторные показатели (анализы крови на гемоглобин, С-реактивный белок и СОЭ). Больные БК в амбулаторных условиях подлежат регулярному врачебному наблюдению и обследованию (каждые 2-4 недели, иногда реже). Поддерживающая терапия длительное время при БК обычно не проводится, но встречаются отдельные больные, у которых при отмене препарата возникает обострение, и поэтому им целесообразно сохранить прием препарата на длительный срок,

**Альтернативное лечение стероидной терапии**

1. Сульфасалазин по 2 г в день (под влиянием кишечной микрофлоры распадается в толстой кишке на сульфонамид и 5-аминосалициловую кислоту, являющуюся действующим компонентом препарата). Препарат можно использовать в сочетании с кортикостероидами, если процесс локализуется в толстой кишке, но преимущество такого сочетанного лечения оценить трудно. Поддерживающая терапия сульфасалазином при БК возможно только тем больным, у которых наступила ремиссия под его влиянием и имеется хорошая переносимость препарата. При локализации процесса в тонкой кишке убедительных доказательств эффективности такого подхода к медикаментозному лечению БК не получено.
2. Месалазин (мезакол, салофальк и другие синонимы) по 1200 мг в день является альтернативным препаратом сульфасалазину, если процесс при БК локализуется в тонкой кишке.
3. Азатиоприн (имуран и другие синонимы) из расчета 2-2,5 мг на 1 кг МТ в сут. Назначается в комбинации со стероидными гормонами и присоединяется главным образом тогда, когда при приеме стероидов не наступает стойкая ремиссия заболевания. Продолжительность приема азатиоприна не менее месяца. Более длительное лечение определяется эмпирически. При длительном применении азатиоприна необходимо каждые 4-6 недель проводить анализ крови с подсчетом количества гранулоцитов и тромбоцитов.
4. Метронидазол (нидазол, трихопол и другие синонимы) по 400-500 мг 3 раза в день используется в комбинации со стероидами при перианальном поражении или когда имеется сопутствующая инфекция (дисбактериоз и др.). Метронидазол по указанным показаниям для улучшения результатов лечения можно комбинировать с другими антибактериальными препаратами, например с ципрофлоксацином (по 500 мг 2 раза в день).
5. Циклоспорин (5-10 мг на 1 кг МТ в день) рекомендуется использовать в комбинации с кортикостероидами, но только в специализированных лечебных учреждениях.

**Диспансерное наблюдение за больными БК**

Длительное наблюдение за больными БК в амбулаторных условиях преследует цель раннего выявления обострений и осложнений болезни и проведения контроля за результатами лечения. На каждого больного, находящегося под диспансерным наблюдением, заводится специальная карта, включающая:

1. Время возникновения симптомов БК (начало болезни).
2. Локализацию и распространенность болезни
3. Гистологические проявления болезни
4. Дату последнего рентгенологического и/или эндоскопического исследования тонкой и толстой кишки.
5. Хронологию результатов лечения.

Рекомендуется при каждом повторном врачебном осмотре выяснить наличие симптомов болезни, определить вес, провести физикальное обследование живота, исследовать кровь, печеночные тесты каждые 6 мес, даже если больной находится в состоянии клинической ремиссии. Следует объяснить пациенту необходимость раннего обращения к врачу, если появляются симптомные проявления болезни.

**Показания к хирургическому лечению больных БК**

Показания к оперативному лечению определяются выраженностью симптомов БК (несмотря на адекватное лечение, 70-80% этих больных оперируется в различные сроки от начала болезни).

**Абсолютные показания**

1. Кишечная обструкция, обусловленная стриктурами, независимо от ее выраженности.
2. Осложнения: свищи (фистулы), абсцессы, перфорация.
3. Неэффективность адекватного медикаментозного лечения.

**Осложнения БК**

1. Тонкокишечная обструкция обычно возникает при наличии стриктуры, обусловленной БК, но может быть также связана с обтурацией кишечным химусом на уровне сужения кишки патологическим процессом. Длительно существующие симптомы тонкокишечной обструкции на фоне слабо выраженной активности БК свидетельствуют о наличии фиброзных изменений с частичной стриктурой просвета кишки. Диаметр тонкой кишки, установленный при рентгенологическом исследовании, обычно не корригирует с симптомами тонкокишечной обструкции.

При подозрении на обструкцию рекомендуется провести: рентгенограмму брюшной полости, определить активность болезни, провести осторожное рентгенологическое исследование тонкой кишки с барием.

1. Токсическая дилатация толстой кишки при БК встречается значительно реже, чем при язвенном колите. Для нее характерно: температура тела выше 380С, диаметр толстой кишки на рентгенограмме брюшной полости более 6 см.

Диагностические исследования включают: посев кала на патогенную флору, исследование токсина к Cl.dificile и культуру крови.

1. Внутрибрюшные и тазовые абсцессы характеризуются ремитирующей лихорадкой, лейкоцитозом и др. Диагностические исследования включают: УЗИ брюшной полости, посев гноя после аспирации и др.

Хирургическое лечение проводится с целью дренирования абсцесса, но ему должно предшествовать назначение антибиотиков (в/в цефуроксим 750 мг и метронидазол 500 мг 3 раза в сут. В течение недели) и стероидов для снижения активности БК (внутрь при тазовых и в/в при внутрибрюшных абсцессах).

4. Свищи. Перинальные свищи нередко соединяются (дренируются) с просветом кишки и субъективно нередко проявляются затруднением акта дефекации. С целью уточнения диагноза проводится рентгеноконтрастное исследование и, по показаниям (перед операцией), исследование венозных синусов.

Свищи между терминальным отделом подвздошной кишки, мочевым пузырем или влагалищем проявляются пневматурией или выделением кала из влагалища. Перед хирургическим лечением показано проведение фистулографии.

Наружные тонкокишечные свищи диагностируются на основании физикального и рентгенологического исследований. Больные с такой патологией подлежат хирургическому лечению, но при этом рекомендуется также проводить консервативную терапию.

Свищи между петлями тонкой кишки, тонкой и толстой кишкой сопровождаются прогрессирующим падением веса и иногда диарей. Перед оперативным лечением назначаются: преднизолон (40 мг в день), метронидазол (400-500 мг 3 раза в день), парентеральное питание с устранением дефицитов сроком на 1 мес.

5. Перфорация стенки кишки при БК редко развивается внезапно с острыми симптомными проявлениями в связи с тем, что этому осложнению часто предшествует образование абсцесса.

Диагностические исследования включают рентгенограмму брюшной полости и грудной клетки в вертикальном положении больного.

1. Массивное ректальное кровотечение при БК встречается редко, особенно при локализации процесса в терминальном отделе подвздошной кишки.

К диагностическим исследованиям относятся: клинические (бледность

кожи и видимых слизистых оболочек, липкий холодный пот, сердцебиение, низкий уровень артериального давления и др.), общий анализ крови, гематокрит и протромбиновое время. Колоноскопия показана только после остановки кровотечения. Перед операцией рекомендуется проведение ангиографии, если источник кровотечения остается не установленным.

Хирургическому лечению подлежат больные, если кровотечение продолжается несмотря на повторные переливания крови и консервативное лечение.

1. Карцинома толстой кишки или тонкой кишки как осложнение БК может быть подозрена при появлении симптомов, характерных для этого заболевания (например, ректальное кровотечение и др.). Диагностируется карцинома в основном при колоноскопии.

**Принципы оперативного лечения БК**

1. Ограниченная резекция патологического очага.
2. Избегать наложения обходных анастомозов
3. При толстокишечной локализации болезни поэтапное хирургическое лечение в настоящее время не используется.
4. В послеоперационном периоде больным показано в/в введение гидрокортизона (по 100 мг 2 раза в сут. В течение 5 дней), в дальнейшем прием преднизолона внутрь (20 мг в день) с постепенным снижением дозы (по 5 мг в неделю). Для профилактики обострений БК в послеоперационном периоде оправдано назначение метронидазола (курс лечения 3 мес из расчета 20 мг/кг в сут).
5. При тонкокишечной локализации процесса во избежание резекции кишки и создания анастомозов предпочтение отдается стриктуропластике, при локализации процесса в терминальном отделе подвздошной кишки или в начальном отделе толстой кишки – экономной резекции, при распространенном процессе в толстой кишке – проктоколэктомии.
6. При локализации процесса в толстой кишке и перианальной области иногда оправдано наложение илеостомы с введением через нее гидрокортизона (100 мг в день). Илеостома устраняется через 18 мес с момента ее создания.,
7. Оперативное вмешательство противопоказано при наличии язв и свищей в перианальной зоне и в области геморроидальных вен.

**Проблемы ведения больных БК**

Рецидив симптомов не всегда связан с активностью болезни. Об активности процесса свидетельствуют: высокое СОЭ, наличие С-реактивного белка, увеличение тромбоцитов и снижение содержания альбумина в сыворотке крови.

1. При наличии боли в животе и отсутствии данных, подтверждающих активность основного процесса, следует исключить осложнения БК (тонко- и толстокишечные стриктуры идр.), билиарную и почечную колики, стероидную язву желудка, аднесит и др.

С целью выявления причин абдоминальной боли необходимы дополнительные исследования, включающие: исследование мочи для выявления гематурии (мочекаменная болезнь), протеинурии (инфекция, воспаление) и бактериурии (посев мочи); рентгенограмму брюшной полости (уровень жидкости, дилатация кишки, изменение топографии кишечных петель и др.); УЗИ воспалительных инфильтратов (абсцесс), кишечника (утолщение стенок кишки), желчного пузыря и почек (камни). УЗИ рекомендуется проводить до рентгенологического исследования брюшной полости.

1. При наличии постоянной диареи у больных БК с дистальной и тонкокишечной локализацией процесса и при резекции тонкой кишки следует исключить из рациона питания молоко, внутрь назначить холестирамин (4 г 1- раза в день). Такая терапия может оказаться эффективной при диарее, связанной с дефицитом лактазы.

Если в основе диареи лежит избыточный микробный рост в тонкой кишке, который диагностируется с помощью водородного дыхательного теста или аспирата кишки на бактериальную флору (при резекции кишки и при наличии свищей), то лечение постоянной диареи состоит в назначении тетрациклина по 250 мг 4 раза в день в течение 2 недель.

При возобновлении диареи проводятся повторные курсы антибактериальной терапии. Симптоматическое лечение диареи состоит в назначении лоперамида (имодиума) до 12 мг в день. Этот препарат назначается только в том случае, если другое лечение не оказало эффекта.

1. Обострение, возникшее вскоре после отмены стероидной терапии.

Если обострение БК наступило после отмены преднизолона или снижения его дозы, то лечение состоит в назначении преднизолона по 30 мг в день в сочетании с азатиоприном из расчета 2-2,5 мг на 1 кг МТ (обычно 100-150 мг в день). При наступлении стойкой ремиссии отмена преднизолона и азатиоприна проводится в медленном темпе в течение 6 мес, и если на этом фоне рецидивируют клинические симптомы, то необходимо подобрать такие суточные дозы, которые бы контролировали течение заболевания и поддерживали его ремиссию.

Контрольные исследования крови на фоне приема преднизолона и азатиоприна проводятся ежемесячно.

Однако во избежание риска развития лимфомы продолжать лечение азатиоприном более 2 лет не рекомендуется.

Некоторым больным БК с локализацией процесса в толстой кишке для поддержания ремиссии возможно назначение сульфасалазина по 2,0 г в день или месалазина по 1,2 г в день.

1. Обострение БК у беременных с трудом купируется из-за имеющихся противопоказаний в применению всего комплекса медикаментозных средств. В связи с этим необходимо советовать больным избегать зачатия, даже если имеется ремиссия БК.
2. БК у подростков может сопровождаться задержкой роста и полового созревания. Важно в динамике оценивать рост и вес больного, вносить по показаниям соответствующие коррективы в питание. Если выявляется отставание в увеличении веса и роста, то с целью выявления возможных причин больному следует провести и дообследование (общий анализ кроки, сывороточное железо, кальций, витамин В12) оценить адекватность лечения (БК у подростков лечиться так же, как и у взрослых).

Наряду с коррекцией питания (пищевые добавки, увеличение

калорийности и др.), рекомендуется перейти на энтеральное питание через зонд.

Быстрое купирование активности процесса стероиодами в сочетании с пищевыми добавками или энтеральным питанием дает основание перейти на поддерживающую терапию преднизолоном, который назначается через день в двойной дозе.

**Прогноз и риск обострения БК.**

Предсказать течение БК довольно трудно, но у большинства больных прогноз благоприятный, хотя у некоторых больных болезнь может быстро прогрессировать.

БК не излечима, и частота обострений составляет 10% в год. Больные с локализацией процесса в тонкой кишке дают более частые обострения, чем с толстокишечной локализацией. Половина больных БК оперируются в связи с осложнениями. Общая смертность больных БК в 2 раза выше, чем в общей популяции. БК, возникшая в молодом возрасте, сопровождается более высокой летальностью.