

Keywords: Crohn's disease, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, rehabilitation, prevention, employment

Rezumat

Evaluare expertă a determinării gradului de limitare a posibilităților și a capacității de muncă în boala Crohn

Articolul tratează, la un nivel științific contemporan, problemele privind incidența, cauzele, patogeneza, clasificarea, tabloul clinic în funcție de localizarea procesului patologic, diagnosticul, inclusiv diagnosticul diferențiat al bolii Crohn.

Autorii abordează problemele privind măsurile de reabilitare în funcție de gradul de intensitate a procesului inflamator; de dispensarizare activă, cu profilaxia posibilelor acutizări și complicații; de determinare a posibilităților și a capacității de muncă limitate pe perioade scurte sau îndelungate de timp până la determinarea gradului de limitare și a indicațiilor pentru angajare în câmpul muncii cu condiții modificate pentru persoanele cu boala Crohn.

Cuvinte-cheie: boala Crohn, etiologie, patogeneza, tablou clinic, diagnostic, reabilitare, profilaxie, angajare

Введение

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание неизвестной этиологии, основным проявлением которой выступает трансмуральный воспалительный процесс, сегментарно поражающий различные участки пищеварительного тракта (О.С. Шифрин, 2008).

Распространенность

БК широко распространена в странах Северной Европы и Америки.

Например, заболеваемость БК на 100000 населения в Швеции составляет 5,0-6,1%, в США – 5,8% (О.С. Шифрин, 2008). Наиболее часто заболевание выявляют в молодом возрасте (20-30 лет), чаще у женщин.

Этиология. Патогенез

До настоящего времени при БК не выявлено этиологического фактора. Чрезвычайно важна генетическая предрасположенность к данному заболеванию, что подтверждают высокая частота семейного развития, возникновение заболевания у монозиготных близнецов, связи заболевания с антителами главного комплекса гистосовместимости HLA-системой, при семейных вариантах БК на 16 хромосоме установлен специфический ассоциированный с данной формой заболевания соответствующий локус и др. С более высокой частотой заболевание связано с курением, перенесенными в детском возрасте инфекционными заболеваниями – корь, эпидемический паротит и др. В патогенезе присутствует нарушение иммунорегуляции с реализацией выраженного аутоиммунного компонента, однако исходного

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

И. ЦЫБЫРНЭ, В. АНДРЕЕВ, Г. БЕЗУ,

Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану

Summary

Expert assessment of determining the degree of limited potentialities and working capacities in Crohn's disease

This is a survey of literature treating, on a contemporary scientific level, the problems of incidence, causes, pathogenesis, classification, clinical picture depending on the pathological process localization, diagnosis including the differential one.

This work treats the problems of rehabilitation measures depending on the activity degree of the inflammatory process, on an active system of prevention and treatment of the possible exacerbations and complications and of determining the limited potentialities and working capacities for short or long periods before establishing the degree and indications for employment with changed working conditions for the patients with Crohn's disease.

антигена, инициирующего патологический иммунный ответ организма до сих пор не выявлен. Подтверждают существование аутоиммунного компонента и иммунного ответа организма на системные проявления БК – аутоиммунный тиреоидит, узловатая эритема и др., противостокишечные антитела более чем у 2/3 больных, увеличение количества хелперов, повышение уровня провоспалительных цитокинов и эффект от лечения глюкокортикоидами.

Классификация

При болезни Крона выделяют: по локализации процесса – терминальный отдел подвздошной кишки (35%), илеоцекальный отдел (40%), толстой кишки в том числе и прямой (20%), тонкой кишки (5%), пищевода, желудка (5%), ротовой полости, языка, губ в редких случаях; по протяженности воспалительного процесса – локальный и распространенный (более 100 см); по форме заболевания (согласно Венской классификации 1998) – воспалительно-инфильтративная, стриктурообразующая (стенозирующая) и фистулообразующая; по активности воспалительного процесса – легкая, умеренная, высокая-тяжелая (О.С. Шифрин, 2008). Для определения активности воспалительного процесса W.R. Best et al. (1976) предложен индекс активности БК, выраженный в сумме баллов.

Клиническая картина

Клиническая картина больных БК зависит от локализации патологического процесса. Так, поражение терминального отдела подвздошной кишки характеризуется болями в правой подвздошной области, диареей, лихорадкой, потерей массы тела. При изолированном поражении толстой кишки больные жалуются на поносы, боли в нижних отделах живота, лихорадку, нарастающее похудание. При наличии воспаления в дистальных отделах толстой кишки наблюдается выделение крови с калом (до 46% случаев).

При поражении желудка и пищевода присутствуют боли в верхних отделах живота, тошнота, изжога, дисфагия. При образовании абдоминальных инфильтратов или абсцессов в кишке доминируют симптомы интоксикации – лихорадка и др. При пальпации живота – болезненность в месте поражения, потеря массы тела. Могут быть внекишечные проявления заболевания. Они совпадают с таковыми при язвенном колите. Однако есть и различия. Так, гангренозная пиодермия, холангит возникают реже, а поражение кожи лица, суставов выявляют чаще при БК.

Осложнения: глубокие щелевидные язвы проникающие через все слои кишечной стенки и

за её пределы, вызывая абдоминальные инфильтраты трещины, свищи, спаечные процессы, obstructивные поражения кишечника, токсическая дилатация толстой кишки, перфорация кишечника, колоректальные карциномы, лимфомы и др.

Диагноз. Дифференциальный диагноз

Диагноз БК устанавливают на основании анамнестических, физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследования. В анамнезе необходимо выяснить наличие провоцирующих факторов – курения, детских инфекций, особенностей семейного анамнеза, время возникновения основных жалоб, характер проводимого ранее лечения и др. При физикальном обследовании на первом этапе проводят общий осмотр больного – исключение внекишечных проявлений основного заболевания, обследование дыхательной, сердечно-сосудистой систем, а при абдоминальном обследовании оценивают не только состояние толстой и тонкой кишки, но и печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, наличие воспалительных конгломератов, абдоминальных абсцессов, наружных свищей, перфорации кишечника. В лабораторных исследованиях на первом месте определение анализа крови с лейкоцитарной формулой, тромбоцитов, гематокрита, уровень СОЭ, биохимические анализы – С-реактивный белок, сывороточный альбумин, мочевины и креатинина, электролитный состав крови, витамин В₁₂, фолиевая кислота, иммуноглобулины, цитоплазматические антитела и антитела к ASCA, исследование кала – бактериологическое, наличие гематозеи, гельминтов и их яиц и др.

При инструментальном исследовании делают обзорную рентгеноскопию брюшной полости – обязательный инициальный метод – исключение перфорации; обзорную рентгенографию, в том числе и тонкого отдела кишечника; иригоскопию и иригографию толстой кишки, компьютерную томографию; ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию; илеоколоноскопию с биопсией из терминального отдела подвздошной кишки, а также из каждого отдела толстой кишки; эзофагогастродуоденоскопию, морфологическое исследование биоптатов. В дифференциальной диагностике необходимо дифференцировать от широкого круга инфекционных и неинфекционных заболеваний в том числе и от язвенного колита.

Среди инфекционных энтероколитов наиболее часто приходится различать БК с иерсиниозным энтеритом. Ведущее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование кала и обнаружение антител в

сыворотке крови. Также приходится дифференцировать БК с другими заболеваниями вызванными бактериями, вирусами, паразитами, грибами, лучами (лучевой колит) и др.

Необходимо исключить в дифференциальной диагностике туберкулез кишечника (особенности анамнеза, возможные изменения в легком, лабораторные данные – микобактерии туберкулеза).

Реабилитационные мероприятия

Целью лечения является купирование обострения заболевания, профилактика обострений и осложнений. Госпитализация больных показана при первичной постановки диагноза, купировании тяжелых обострений, лечении кишечных и внекишечных проявлений, осложнений заболевания.

Медикаментозное лечение обострений заболевания зависит от степени активности воспалительного процесса. При легкой, умеренной степени активности можно применить препараты 5-АСК в дозе 3-4 г месалазина в сутки. По достижении клинического эффекта дозу препарата снижают. При выраженном обострении используют глюкокортикоиды – преднизолон в дозе 40-60 мг/сутки, высоким (тяжелом) – 240-360 мг/сутки, парентерально.

По достижении клинического эффекта дозу преднизолона снижают до 5 мг/неделю, до суточной дозы 15-20 мг, а дальше уменьшают по 2,5 мг/неделю (О.С. Шифрин, 2008). Из глюкокортикоидных препаратов можно применять и будесонид по 9 мг в день при легких и умеренных обострениях заболевания (вызывает значительно меньше побочных эффектов по сравнению с классическими глюкокортикоидами). При высокой (тяжелой) степени активности применяют и биологический препарат инфликсимаб внутривенно, медленно по 5 мг/кг массы тела, особенно при стероидно-резистентных формах.

Повторное введение биологического препарата только после 2-6 недель первого применения. Особенно хороший эффект, при применении биологических препаратов, получается при фистулообразующей форме БК (закрытие свищей быстрее чем при иных методах консервативной терапии). В состав комплексной терапии входят и антибиотики, особенно в сочетании с глюкокортикоидами. Хороший эффект получен от комбинации преднизолона с ципрофлоксацином при лечении фистулообразующей формы БК. Для поддержания ремиссии в противорецидивной терапии применяют 5-АСК в дозе 2,0-2,5 г/сутки, будесонид. При неэффективности поддерживающей терапии препаратами 5-АСК, будесонидом

назначают азатиоприн в дозе 2 мг/кг массы тела в сутки. Клинический эффект при лечении данным препаратом возникает лишь через 12-16 недель от начала терапии (показано отслеживать показатели клеточного состава крови и печеночных маркеров еженедельно). При неэффективности поддерживающей терапии азатиоприном можно применить метотрексат по 25 мг еженедельно в течение 3-4 мес. с последующим снижением дозы до 7,5-15 мг в неделю. Клинический эффект развивается лишь через 12-16 недель после начала его применения.

В противорецидивной терапии применяют биологический препарат инфликсимаб в дозе 5 мг/кг массы тела, внутривенно, капельно, через каждые 8 недель. Хирургическое лечение применяют только для лечения осложнений (перфорация кишки), кишечное кровотечение, перитонит, абсцесс, кишечная непроходимость и др.

При обострении заболевания показано освобождение больного от трудовой деятельности.

Больные находятся под наблюдением семейного, участкового врача, который проводит плановый осмотр и противорецидивную терапию. Врач должен информировать больного о характере заболевания, соблюдение диеты с ограничением молочных продуктов, алкоголя, экстрактивных веществ, проведение бесед о вреде курения, избегать психоэмоциональных и физических перенапряжений и т.д. Прогноз заболевания неблагоприятный при тяжелом течении и развитии осложнений. Качество жизни при адекватном лечении может быть удовлетворительным.

Профилактика

Поскольку этиология БК неизвестна, то мерами профилактики являются предупреждение повторных обострений и осложнений. Для этого необходимо тщательное врачебное наблюдение за пациентами, выполнение больными указаний врача, проведение противорецидивной терапии, плановых обследований и т.д.

Определение степени ограничения возможностей и трудоспособности

Критерии степени ограничения возможностей и трудоспособности

Для легкой степени люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с легкой степенью активности в ремиссии, включая и стабильную ремиссию, на поддерживающей терапии кортикостероидами, биологическими препаратами, иммуносупрессорами, после хирургического вмешательства характерны следующие признаки: редкие боли в животе минимальной интенсивности, рецидивирующий понос, легкий

дефицит веса (<10%), отсутствие симптомов общего воспалительного интоксикационного синдрома, мальабсорбции, инфильтрата, фистулы, стеноза, с 20-35% функциональными и структурными нарушениями, 80-65% сохраненной трудоспособности.

Для *средней степени* люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с умеренной степенью активности, стенозирующей или пенетрирующей формы, компенсированной с умеренно-выраженной степенью активности характерны следующие признаки: боли в животе частые или хронические (постоянные), хроническая диарея с макроскопической стеатореей, средний дефицит веса (10-15% от общего веса), анемия, мальабсорбция средней степени, общий воспалительный интоксикационный синдром умеренной степени, внекишечные проявления легкой, умеренной степени, частичный ответ на лечение, с 40-55% функциональными и структурными нарушениями, 60-45% сохраненной трудоспособности.

Для *выраженной степени* люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с выраженной степенью активности, стенозирующей или пенетрирующей формы, компенсированной с умеренно-выраженной степенью активности, характерны следующие признаки: частые или постоянные боли в животе, хроническая диарея с макроскопической стеатореей, средний дефицит веса (20-30% от общего веса), общий воспалительный интоксикационный синдром умеренно-выраженной степени, мальабсорбция, анемия выраженной степени, внекишечные проявления умеренной и выраженной степени, минимальный ответ на лечение, с 60-75% функциональными и структурными нарушениями, 40-25% сохраненной трудоспособности.

Для *тяжелой степени* люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с тяжелой степенью активности, стенозирующей или пенетрирующей форм, субкомпенсированной с умеренно-выраженной степенью активности характерны следующие признаки: постоянные боли в животе, хроническая диарея с макроскопической стеатореей, выраженный дефицит веса (>30% общего веса), общий воспалительный интоксикационный синдром умеренно-выраженной степени, анемия средней тяжести, мальабсорбция тяжелой степени, которая нуждается в заместительной терапии, внекишечные проявления выраженной степени, тяжелые осложнения при лечении (остеопороз, сахарный диабет и др.), отсутствие ответа на лечение, с 80-100% функциональными и структурными нарушениями, 20-0% сохраненной трудоспособности.

Реабилитация больных со степенью ограничения возможностей и трудоспособности

Профилактические мероприятия в поликлинических условиях – профорентация, рациональное трудоустройство, создание хороших условий труда, рабочих мест, переобучение непротивопоказанным профессиям и т.д.

Литература

Шифрин О.С. *Болезнь Крона. Гастроэнтерология.* Национальное руководство, с. 475-489, Москва: издательство „Геотар-Медиа“, 2008.