

# Запальні захворювання кишечника

# Симптоми ВЗК

- Більше 2 випорожнень на добу
- Рідкі випорожнення
- Кров та слиз у випорожненнях
- Діарея більше чотирьох останніх тижнів
- Переймоподібний біль
- Рецидивуючі епізоди симптомів (у тому числі біль)
- Імперативні позиви до випорожнення
- Дефекація вночі
- Відчуття неповного спорожнення кишківника
- Мальнутриція/зниження ваги/затримка росту у дітей

# Диференціальний діагноз

- Інфекції (Yersinia, Campylobacter jejuni, Clostridium difficile, Chlamydia, amoebae, tuberculosis, opportunistic infections in AIDS)
- Псевдомембранозний коліт
- Ішемічний коліт
- Мікроскопічні коліти (колагенозний та лімфоцитарний)
- Радіаційний коліт
- Медикаментозний коліт
- Целіакія
- Дивертикуліт
- Хвороба «Трансплантат проти хазяїна»

# **НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ :**

## **діагностика і сучасна фармакотерапія**



# НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

хронічне запальне  
захворювання нез'ясованої  
етіології з ураженням СО  
товстої кишки, яке  
характеризується  
чергуванням загострень та  
ремісій.



# ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ:

**4-11** випадків на 100 000 тис. населення

## ПОШИРЕНІСТЬ:

**25-100** випадків на 100 000 тис. населення

## ВІКОВИЙ ПІК:

**15-30** та **60-80** років

## ЧОЛОВІКИ / ЖІНКИ :

**1,39 : 1**

# ЕТІОЛОГІЯ

- генетичні фактори
- інфекційні агенти
- фактори навколишнього середовища (психологічний стрес) *S. Levenstein et al., 2000*
- лікарські препарати *L. Biancone et al., 2004*

**! Паління та апендектомія покращують перебіг НВК !**

# ПАТОГЕНЕЗ

- Стимуляція Ig G-продуцентів → активація вторинних факторів запалення → деструкція СО
- IgA – N

**! Надмірна та тривала активація імунної системи кишечника (GALT) !**



# ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ

80%

кишкові кровотечі

50-55%

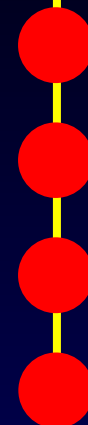
діарея

45-50%

болі в животі

4%

анальні тріщини



## ПОЗАКИШКОВІ СИМПТОМИ

лихоманка

анемія

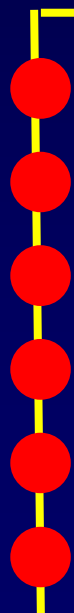
артралгія, артрит

↓ т тіла

увеїт, іридоцикліт

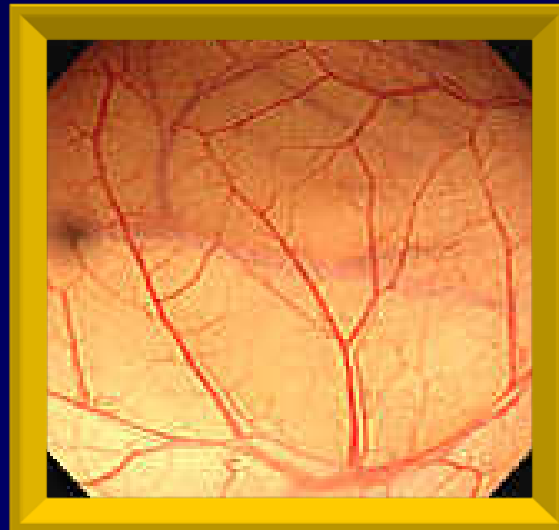
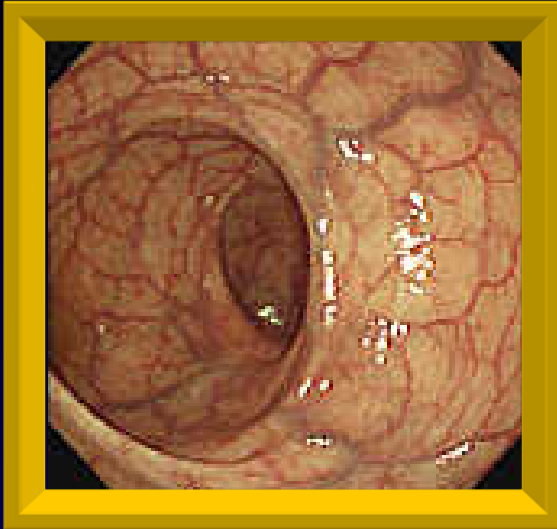
вузлувата еритема, гангренозна

підермія



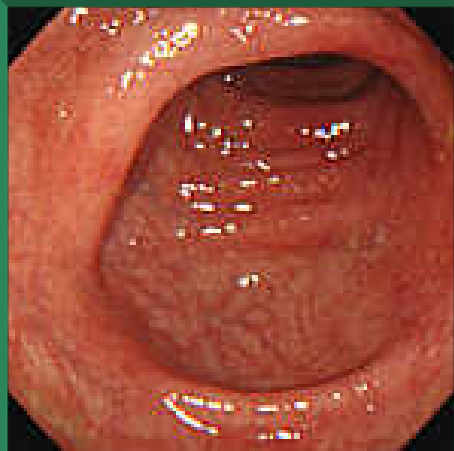


# ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ В НОРМІ





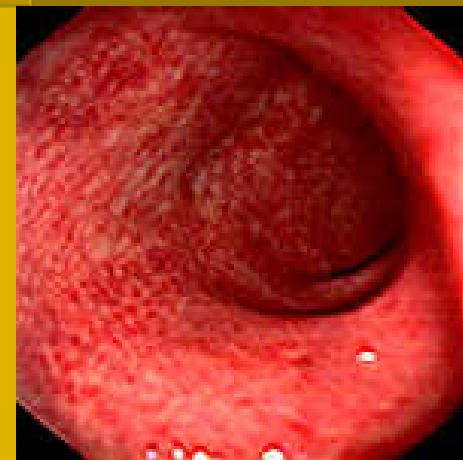
# ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ HBK



Дифузна  
еритема,  
зменшення і  
деформація  
судинного  
малюнку,  
справа - наліт  
фібрину



Дифузна еритема  
зі зміною  
судинного  
малюнку  
(мінімальна  
активність HBK)

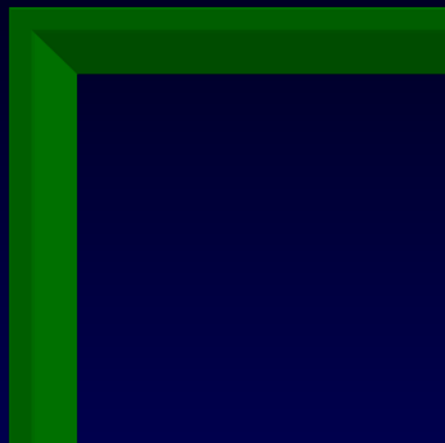




## ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ HBK



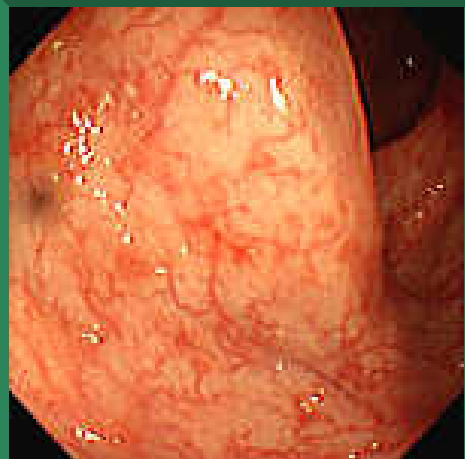
Невеликі ерозії, оточені  
зернистою слизовою  
(помірна активність HBK)



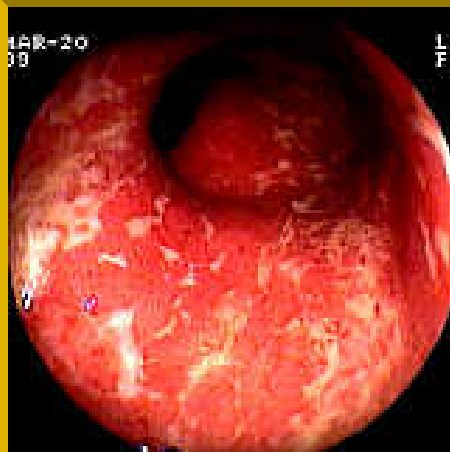
Дифузне  
ослаблення  
судинного  
малюнку,  
поодинокі  
геморагії



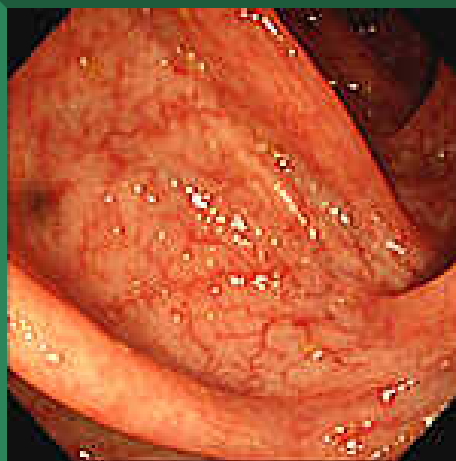
# ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ НВК



Дифузні зміни  
судинного  
малюнку

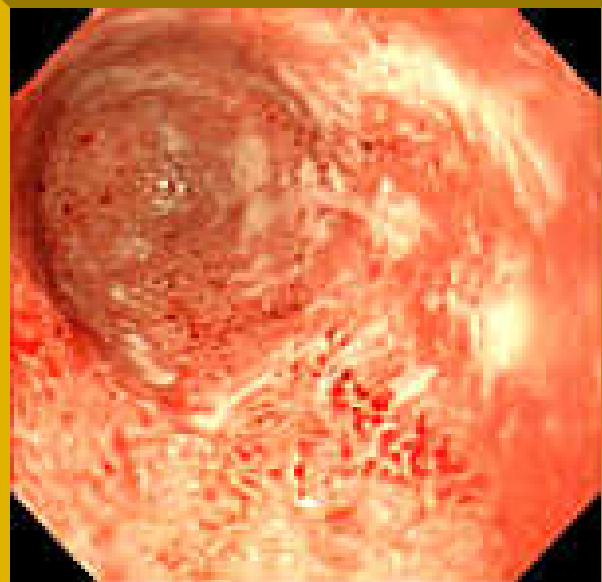
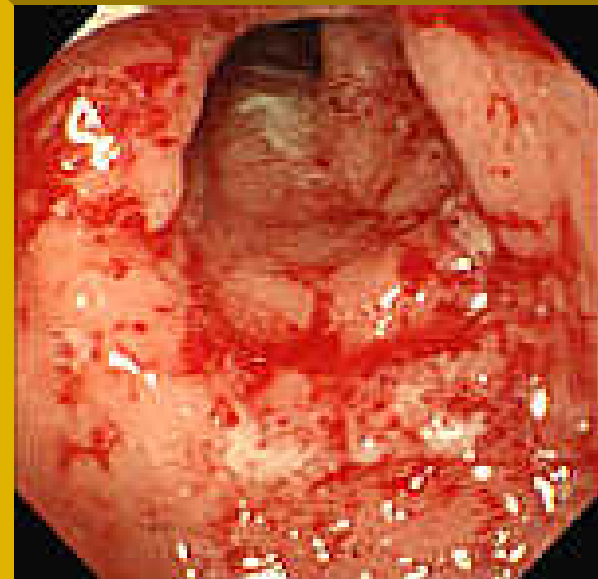


Дифузна  
еритема,  
фібринозний  
наліт





## ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ НВК



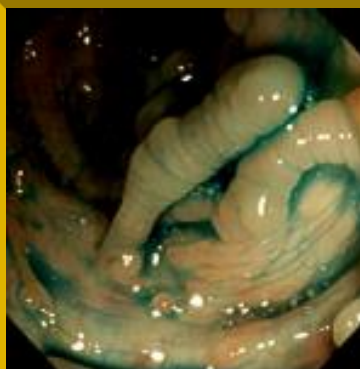
Кукса прямої кишки зі  
спонтанною кровоточивістю  
та слизовим ексудатом  
(виражена активність НВК)

# ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ НВК



Дифузні зміни судинного  
малюнку, рубцеві зміни  
(стадія ремісії НВК)

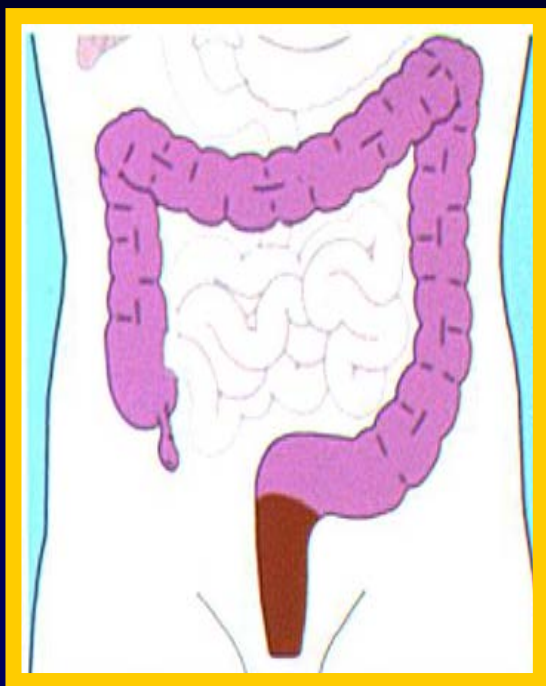
# ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ НВК



**Множинні запальні поліпи**

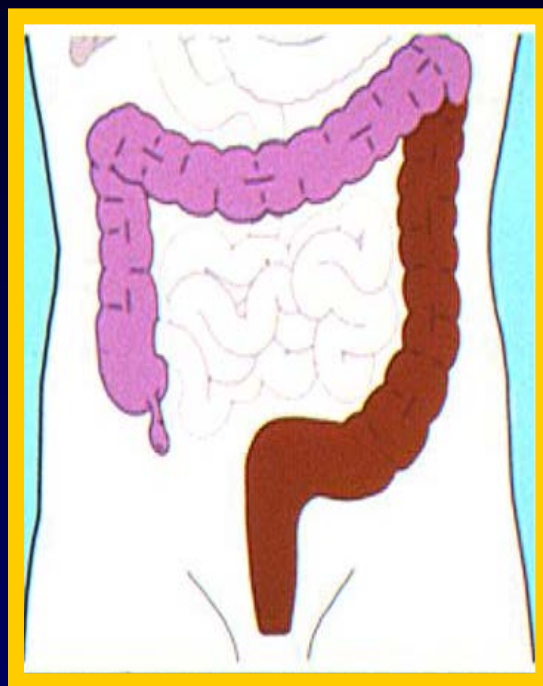


# ЛОКАЛІЗАЦІЯ УРАЖЕННЯ



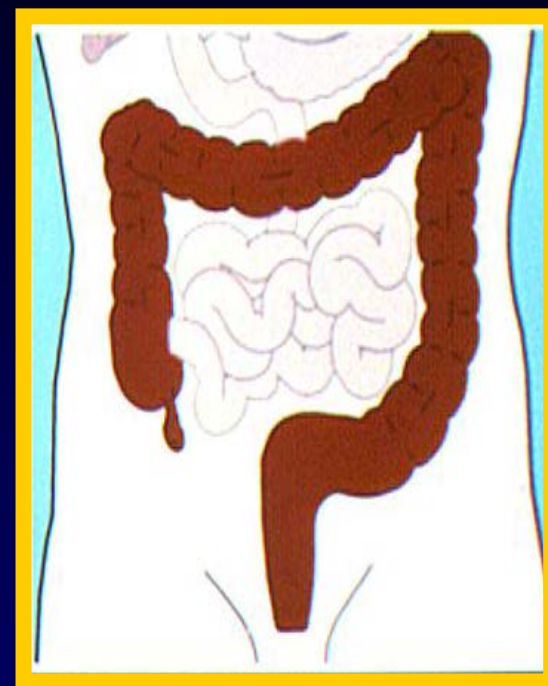
ПРОКТИТ

**46-54%**



ЛІВОСТОРОННІЙ  
КОЛІТ

**28%**



ПАНКОЛІТ

**18-26%**



# ТЯЖКІСТЬ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ (рекомендації ACG)

|                               |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Легкий<br/>перебіг</b>     | частота випорожнень < 4 рази на день<br>кров у калі (+/-)<br>немає ознак інтоксикації, Hb > 100 г/л<br>нормальна ШОЕ                                       |
| <b>Середньої<br/>тяжкості</b> | частота випорожнень 4-8 разів на день, крові<br>в калі помірно, t <38C, пульс <90 в 1 хв.,<br>↓ m тіла до 10%, Hb 90-100 г/л,<br>ШОЕ <30 мм/год            |
| <b>Тяжкий<br/>перебіг</b>     | частота випорожнень > 9 разів на день<br>лихоманка (t >38 C), ↓ m тіла ≥ 10%,<br>тахікардія (пульс > 90 в 1 хв)<br>анемія (Hb >90 г/л)<br>↑ШОЕ > 30 мм/год |

# Індекс Mayo

## (оцінка активності)

### ЧАСТОТА ВИПОРОЖНЕНЬ

- 0 = нормальна частота випорожнень
- 1 = на 1-2 дефекації більше, ніж у нормі
- 2 = на 3-4 дефекації більше, ніж в нормі
- 3 = на 5 та > дефекації більше, ніж в нормі

### ДАНІ ЕНДОСКОПІЇ

- 0 = нормальна слизова (ст. ремісії)
- 1 = мінімальне запалення (еритема, зменшення судинного малюнку, незначна рихлість СО)
- 2 = помірне запалення (виражена еритема, відсутність судинного малюнку, рихлість, ерозії СО)
- 3 = виражене запалення (спонтанна кровоточивість, виразкування СО)

### РЕКТАЛЬНА КРОВОТЕЧА

- 0 = відсутність крові в калі
- 1 = прожилки крові менше, ніж у половині дефекацій
- 2 = видима кров в калі в більшості випадків
- 3 = випорожнення однією кров'ю

### ЗАГАЛЬНА ТЕРАПЕВТИЧНА ОЦІНКА

- 0 = неактивне захворювання (ремісія)
- 1 = мінімальна активність захворювання
- 2 = помірна активність захворювання
- 3 = виражена активність захворювання

# Ускладнення НВК

## Місцеві:

- перфорація товстої кишки;
- токсичний мегаколон;
- масивні кишкові кровотечі;
- рак товстої кишки

## Системні:

- вузлувата еритема (2-4%); гангренозна піодермія (1-2%);
- захворювання очей: іридоцикліти, увеїти, склерити, епісклерити (4-10%);
- гостра артропатія (1-2%);
- анкілозуючий спондиліт (1-2%);
- ↑ трансаміназ або гепатомегалія (33,3%), ПСХ

**ДО ПОЧАТКУ  
ЛІКУВАННЯ!**



**Оцінити можливості  
терапії з урахуванням:**

- протяжності ураження товстої кишки;
- активності захворювання;
- тяжкості захворювання;
- наявності ускладнень;
- відповіді на попередню терапію.

**Надати індивідуальну схему лікування пацієнта:**

- 1-а лінія терапії
- 2-а лінія терапії

**Заирнути у майбутнє: оцінити перспективу  
терапії, що проводиться.**

**НЕ МОЖНА ВТРАЧАТИ ЧАС,  
ЯКЩО ТЕРАПІЯ НЕ ЕФЕКТИВНА!!!**



# ТЕРАПІЯ



Операція

Біологічна  
терапія (IFX)

Імуносупресори  
(AZA/MTX)

Кортикостероїди

Аміносаліцилати (5-ASA/SPS)

II лінія

I лінія



# ХАРАКТЕРИСТИКА АМІНОСАЛІЦИЛАТІВ

Sulfasalazine  
(sulfapyridine/  
5-ASA)

5-ASA-  
кон'югати

Olsalazine  
(5-ASA  
Dimer)

Balsalazine  
(5-ASA-inert  
carrier)

pH-Release  
(Asacol,  
Salofalk)

Mesalazine

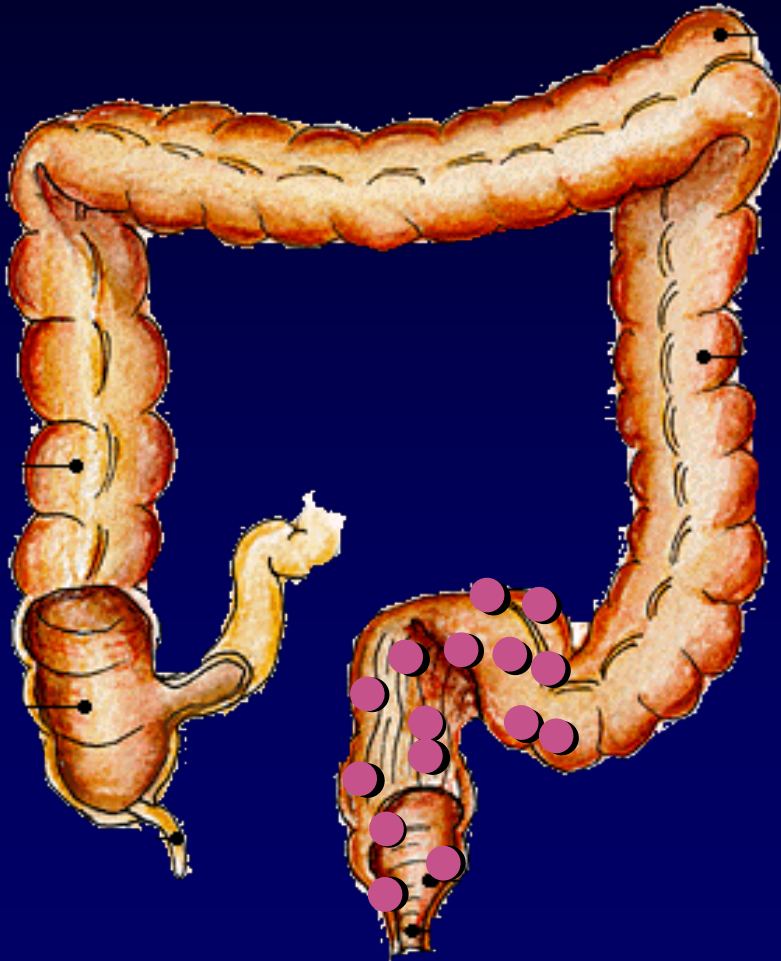
time-  
Release  
(Pentasa)

Rectal  
(Suppository,  
Foam, Enema)

# Види таблеток месалазину

- З оболонкою із еудрагіту L: вивільнення месалазину при  $\text{pH} > 6$  (салофальк)
- Мікросфери з оболонкою із етилцелюлози: вивільнення месалазину вже при  $\text{pH} = 1$  (пентаса)
- Інші оболонки: акрилова кишково-розчинна оболонка (месакол, асакол)

# СВІЧКИ МЕСАЛАЗИНУ



- Забезпечують зменшення клінічних проявів проктиту та проктосигмоїдиту протягом декількох днів
- Добра переносимість при тривалому безперервному лікуванні (18-24 міс.)



# клізми МЕСАЛАЗИНУ



- Забезпечує високу концентрацію месалазину в дистальних відділах товстої кишки
- Можливе гнучке дозування для профілактики рецидивів

# **МЕСАЛАЗИН**

**комбіноване використання  
пероральних та ректальних форм :**

- ефективність вища,  
ніж при ізольованому застосуванні
- у випадках, коли від ізольованого  
використання немає ефекту
- висока концентрація препарату  
в зоні ураження
- краща переносимість

# БУДЕСОНІД

## Особливості лікарської форми:

- Мікросферична структура капсули (кожна містить 350 гранул);
- Мікросфери вкриті еудрагітом L, стійким до дії шлункового соку;
- рН залежне вивільнення будесоніду з мікросфер (< 6.2);
- «Тотальне» покриття СО кишечника від термінального відділу клубової кишки до сигмовидної.

## ПЕРЕВАГИ БУДЕСОНІДУ

- Початок терапевтичного ефекту в термінальному відділі клубової кишки.
- Успішно замінює системні стероїди.
- Низький рівень побічних ефектів.
- Препарат вибору для тривалої терапії підтримки ремісії.

# Аффінітет до рецепторів різних глюкокортикоїдів

| Субстанція         | Аффінітет до рецепторів |
|--------------------|-------------------------|
| гідрокортизон      | 9                       |
| преднізолон        | 16                      |
| 6-метилпреднізолон | 42                      |
| дексаметазон       | 100                     |
| будесонід          | 935                     |

**НВК**

ДІАГНОЗ

АКТИВНІСТЬ  
ЗАХВОРЮВАННЯ

# АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ

5-ASA  
(легкого  
ст.тяжкості)

відсутність  
ефекту

КС

відсутність ефекту,  
збільшення  
активності

КС + імуно-  
коректори  
(середнього та  
тяжкого  
ступеню)

Підтримуюча  
терапія

Більш агресивна  
терапія КС з або без  
імунокоректорів  
(тяжкий перебіг)

Лікування  
імуно-  
коректорами

АКТИВНІСТЬ  
ЗАХВОРЮВАННЯ

Оперативне  
лікування

Kornbluth A, et al. *Am J Gastroenterol*.2004;1371-1385.  
Xu C-T, et al. *World J Gastroenterol*.2004;10:1416-1421.  
Becker JM. *Gastroenterol Clinics North Am*.1999;28:371-390.

# Лікування НВК

## Імунодепресанти

- **азатиоприн** 1,5-2,5 мг/кг – 4-5 мг/кг/добу.  
Ефект – через 3-4 міс. 60-80%
- **циклоспорин А** 4 мг/кг/добу.  
Ефект – 80%  
Віддалені ефекти (ускладнення)
- **Метотрексат**

*K.Fellerman, 1998*

## Біологічна терапія

– моноклональні антитіла (при рефрактерності до терапії ГК)

- **інфліксимаб** 5-20 мг/кг  
як альтернатива циклоспорину і колектомії
- **наталізумаб** – рекомбінантні АТ до  $\alpha 4$ -інтегрину
- **алемтузумаб**
- **адалімумаб**

**Рекомбінантні IFN – неефективні**

*H.Tilg et al., 2003*

# Лікування НВК

## Корекція мікробіоценозу:

- пребіотики
- пробіотики (*B. bifidum*, *B. longum*, *B. adolescentis*)
- еубіотики
- антибіотики (*рифаксимін*, *ципрофлоксацин*) – при токсичному мегаколоні та високодозовій кортикостероїдній терапії),
- Метронідазол (емпірично доведено)

**Антидіарейні** – якщо випорожнення > 4 раз на добу

- *лоперамід* – 2 мг після кожної дефекації (до 5 раз на добу)

## Спазмолітики



# Фармакотерапія НВК

## Легкий перебіг

- месалазин (5-АСК)  
0,5-1 г 3-4 рази per os або місцево
- **проктит:** месалазин або сульфасалазин у свічках  
і / або ГК ректально (піна)
- **лівосторонній коліт:** месалазин – клізми,  
і / або будесонід 2 мг – клізми

## Середньої тяжкості перебіг

- **Преднізолон 1 мг/кг + буденофальк** –  
9 мг per os (повільна відміна) WGOC, 2002

## Тяжкий перебіг

- ГК – 100-160 мг преднізолон в/в 4-6 введень 5-7 днів → 1,5-2 мг/кг per os (10-14 днів) → ↓ добової дози на 5 мг/тиж
- парентеральне харчування, кровозамінники
- антибіотики (сепсис)

# Тактика переходу із системних кортикостероїдів на будесонід (легка форма)

|             | Преднізолон<br>мг/день | Буденофальк<br>мг/день |
|-------------|------------------------|------------------------|
| До переходу | <b>30 мг</b>           | <b>0 мг</b>            |
| 1-й тиждень | <b>20 мг</b>           | <b>9 мг</b>            |
| 2-й тиждень | <b>10 мг</b>           | <b>9 мг</b>            |
| 3-й тиждень | <b>0/10 мг</b>         | <b>9 мг</b>            |
| 4-й тиждень | <b>0 мг</b>            | <b>9 мг</b>            |

**Відміна буденосоніду поступова:**  
добова доза 6 мг в 1-2 останніх тижні  
(в заключній фазі)

# Фармакотерапія НВК

M.Roth, V.Bernhardt, 2004

## Ускладнений перебіг

- **азатиоприн** – 2-3 мг/кг (при стероїд-залежних і стероїд-рефрактерних формах)
- **циклоспорин** – при фулмінантному коліті (4 мг/кг/добу 1 тиждень)

## Фаза ремісії

- месалазин – 1,5-2 г/добу  
або сульфасалазин 1 г 2 р. на добу
- дієта
- вітаміни, мікроелементи (Fe)
- антидіарейні

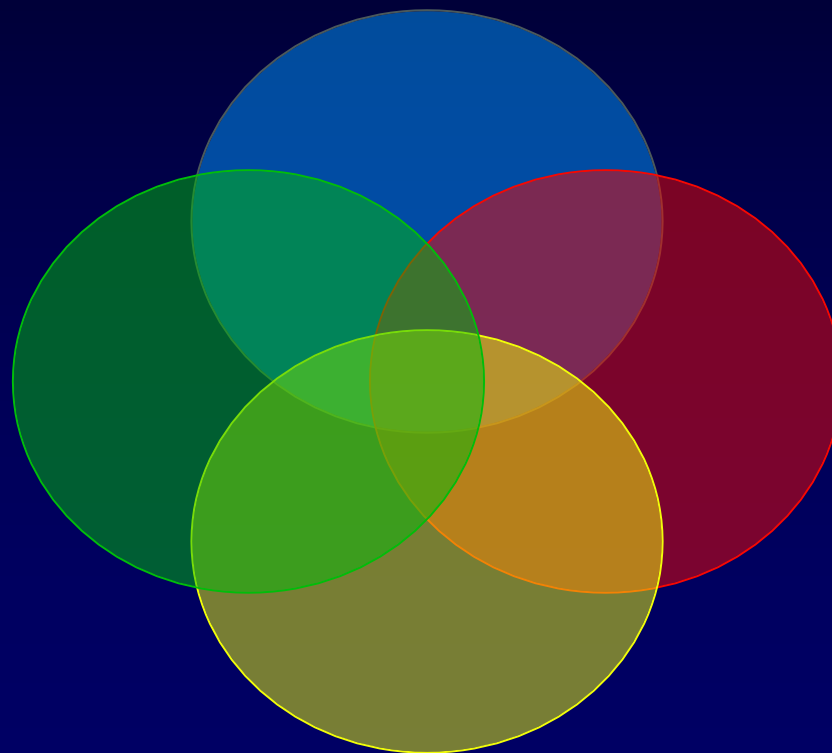


# ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

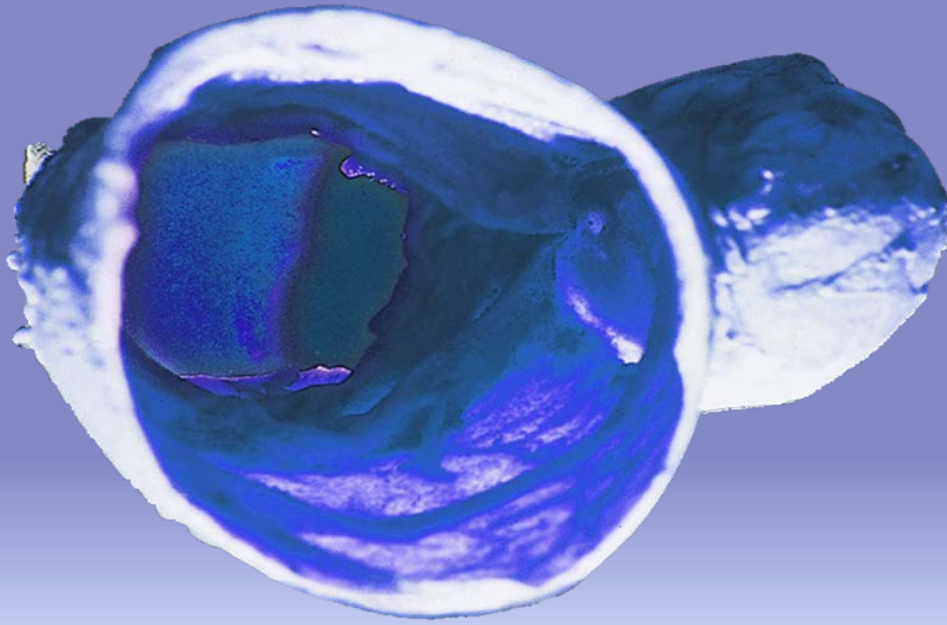
ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТУ  
ВІД КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ

СТЕНОЗ

НОРИЦІ



ТЯЖКА ДИСПЛАЗІЯ



# Хвороба Крона

діагностика, лікування

# Визначення

- **Хвороба Крона (ХК)** – хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується трансмуральним гранульоматозним запаленням із сегментарним ураженням різних відділів ШКТ

# Клінічна картина ХК

- Перебіг хвилеподібний (ремісія, загострення)
- **Кишкові прояви** залежать від локалізації ураження:
  - ✓ больовий синдром
  - ✓ диспепсичний синдром
  - ✓ синдром порушення всмоктування

# Кишкові прояви ХК

- ❑ діарея (у 70-80% хворих)
- ❑ кал напівоформлений, м'якої консистенції (рідкі випорожнення частіше при НВК)
- ❑ закрепи – при стенозуючій формі ХК
- ❑ кров у випорожненні – при ураженні товстої кишки (більш характерно для НВК) – маркер коліту (до 25% пацієнтів)
- ❑ тенезми – рідко (10-15% пацієнтів)
- ❑ формування нориць, абсцесів – домішки гною у випорожненнях



## **Ураження верхніх відділів ШКТ**

- Епігастральний біль
- Нудота
- Блювота

## **Порушення всмоктування при ХК – корелюють з поширеністю запального процесу**

- Електролітні порушення
- Дефіцит заліза, альбуміну, вітаміну B12, фолієвої кислоти
- Немотивована втрата ваги



# Системні ураження при ХК

Причини виникнення – імунні механізми,  
ендотоксемія

- **Ураження печінки до 33,3%** (Воробьев Г.И., Халиф И.Л., 2008)
- Ураження слизової рота, шкіри: **вузлувата еритема 2-4%, гангренозна піодермія 1-2%**
- Суглобів – **гостра артропатія 10-15%, анкілозуючий спондиліт 1-2%**
- Ураження очей (ірит, увеїт)
- Фебрильна лихоманка ( $t \uparrow 37,8^{\circ}\text{C}$ )



# Ураження печінки при НЗЗК

- Частота виявлення - у 32-33% хворих
- При секції ураження печінки - у 92,8%

## Види уражень печінки при НЗЗК

- Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) ↑ 50%
- Аутоімунний гепатит (АІГ)
- Первинний біліарний цироз (ПБЦ)
- Первинний склерозуючий холангіт (ПСХ)

**АІГ+ПБЦ+ПСХ - до 10-12 % пацієнтів з НЗЗК**

- ЖКХ

# Ступені тяжкості ХК – індекс активності CDAI

| Показник                                                | Класифікація балів                                                             | Кое-фіцієнт |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Частота рідких або м'яких випорожнень за останні 7 днів |                                                                                | ×2          |
| Інтенсивність болю за 7 днів                            | Відсутній (0)<br>Слабкий (1)<br>Середній (2)<br>Виражений (3)                  | ×5          |
| Загальне самопочуття за 7 днів                          | Добре (0)<br>Не дуже добре (1)<br>Погане (2)<br>Дуже погане (3)<br>Жахливе (4) | ×7          |

| Показник                                | Класифікація балів                                                                                                                                                                                                                                    | Коеф. |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Позакишкові прояви                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Артрит, артралгія</li> <li>- Ірит або увеїт</li> <li>- Вузлувата еритема або гангренозна піодермія, або афтозний стоматит</li> <li>- Анальна тріщина, фістула, абсцес</li> <li>- Лихоманка 37,8 С</li> </ul> | ×20   |
| Прийом лопераміду                       | Ні (0)<br>Так (1)                                                                                                                                                                                                                                     | ×30   |
| Інфільтрат в черевній порожнині         | Відсутній (0)<br>Сумнівний (2)<br>Визначається (5)                                                                                                                                                                                                    | ×10   |
| 47 – гематокрит для чоловіків           |                                                                                                                                                                                                                                                       | ×6    |
| 42 – гематокрит для жінок               |                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
| (1 – фактична вага/ідеальна вага) × 100 |                                                                                                                                                                                                                                                       | ×1    |

# Оцінка ступеню активності CDAI – індекс Беста

- Підраховують суму балів (0 – 700 балів)



- Менше 150 балів – **стадія ремісії**
- 150-300 балів – **легкий перебіг**, мінімальна активність
- 301-450 балів – **середньої тяжкості**
- Більше 450 балів – **тяжкий перебіг**, висока активність

# Класифікація ХК (Монреаль, 2005)

## ❑ **За віком:** (вік встановлення діагнозу)

- A1 – до 16 років
- A2 – 17-40 років
- A3 – старше

## ❑ **За локалізацією запального процесу**

- L1 – термінальний ілеїт
- L2 – ізольовано товста кишка
- L3 – тонка + товста кишка
- L4 – верхні відділи ШКТ
- Можливе поєднання L1+L4, L2+L4, L3+L4

## ❑ Особливості перебігу

- B1 – нестенозуючий, непенетруючий
- B2 – стенозуючий
- B3 – пенетруючий
- p – наявність перианальних змін

## ❑ Приклад формулювання діагнозу:

- Хвороба Крона A3, L1, B2 – з ураженням термінального відділу тонкої кишки, стенозуюча форма



## Шкала оцінки активності ХК

|        |                   |                                                      |                                                                                                                                                 |
|--------|-------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SES-CD | Кишкові прояви ХК | Виразки (в усіх досліджених сегментах)               | Немає (0 балів)<br>Афтозні виразки, 0.1 -0.5 см (1 бал)<br>Великі виразки, 0.5-2 см (2 бали)<br>Дуже великі виразки, >2 см (3 бали)             |
|        |                   | Звиразкована поверхня (в усіх досліджених сегментах) | Немає (0 балів)<br>< 10% сегменту (1 бал)<br>10-30% сегменту (2 бали)<br>> 30% сегменту (3 бали)                                                |
|        |                   | Уражена поверхня (в усіх досліджених сегментах)      | Немає (0 балів)<br>< 50% сегменту (1 бал)<br>50-75% сегменту (2 бали)<br>> 75% сегменту (3 бали)                                                |
|        |                   | Звуження (в усіх досліджених сегментах)              | Немає (0 балів)<br>Одиничне, прохідне для ендоскопу (1 бал)<br>Множинні, прохідні для ендоскопу (2 бали)<br>Не прохідне, повний стеноз (3 бали) |

# Діагностика ХК

☐ Основний метод діагностики – ФКС

☐ Особливість ендоскопічної картини –  
**переривчастий характер поширення ерозивно-  
виразкових змін**

☐ Поліморфізм запальних змін:

- ✓ афти і афтоподібні зміни
- ✓ «штамповані» виразки та виразки-тріщини
- ✓ «бруківка»
- ✓ псевдополіпи і слизові перетяжки
- ✓ нориці, стриктури

# Ендоскопічні фази загострення при ХК

- ☐ **Афтоїдна фаза – «афти»** - гіперемовані ділянки, які здіймаються над СО 2-3 мм з білястою окрасою в центрі
- ☐ при біопсії в ділянці «афт» висока частота виявлення гранульом – маркера ХК
- ☐ **Фаза виразок** – поверхневі або глибокі виразки на фоні незміненої або мало зміненої СО без поздовжньої спрямованості

- ❑ **Фаза виразок-тріщин** – глибокі, поздовжньо орієнтовані, протяжні виразки, що деформують кишкову стінку
- ❑ При наявності поперечних виразок – «бруківка»
- ❑ **Фаза рубцювання** – грубі, поздовжньо направлені рубці, слизові перетяжки, з нерівномірним звуженням просвіту кишки, з формуванням стриктур
- ❑ **Фаза ремісії** – відсутність афтоїдних та ерозивно-виразкових змін на фоні **наслідків перенесеного запалення:**  
перебудований судинний малюнок, рубці, стриктури, псевдополіпи, слизові перетяжки

# Лікування

- Аміносаліцилати (месалазин – в залежності від протяжності ураження);
- Кортикостероїди (системні - преднізолон 40-60 мг 2-3 міс. і топічні - будесонід);
- Імунодепресанти:
  - 6-МП 1-1,5 мг/кг,
  - азатіоприн 2-2,5 мг/кг;
  - метотрексат 20-35 мг/тиждень;
  - циклоспорин 4-5 мг/кг перорально або 4 мг/кг в/в

# Лікування

- Антибактеріальна терапія:
  - метронідазол 0,25 г 4 рази на добу 1-3 міс;
  - ципрофлоксацин (0,5 г 2 рази на добу до 6 тиж)

Імунокоригуюча терапія:

- інфліксимаб 5 мг/кг (середньо-тяжка і тяжка форми в/в однократно, а при норицевій формі – на 0, 2 і 6-й тиж)





**Дякую  
за увагу!**