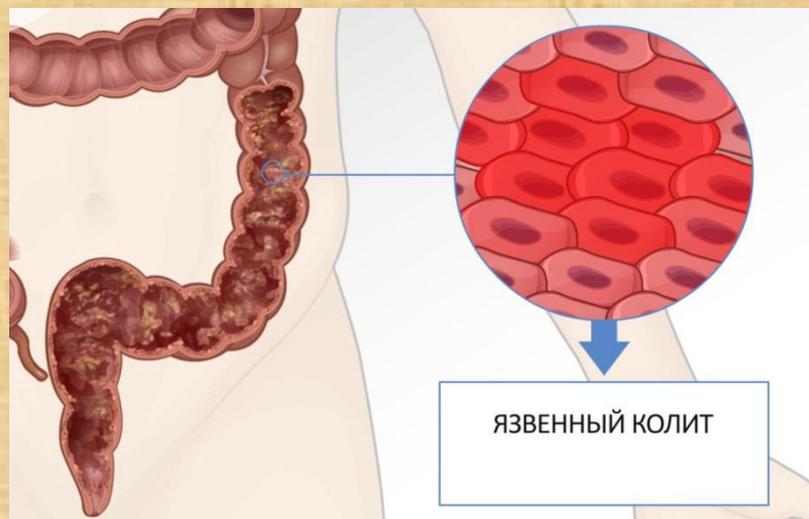


АО «Медицинский Университет Астана»

# Неспецифический язвенный колит: клиническая картина, диф. диагностика

Выполнила: студентка 444гр. ОМ  
Маликова Т.



Астана, 2016

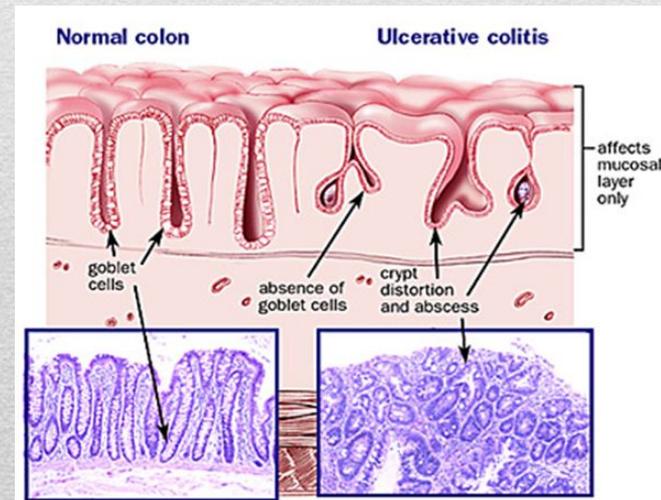
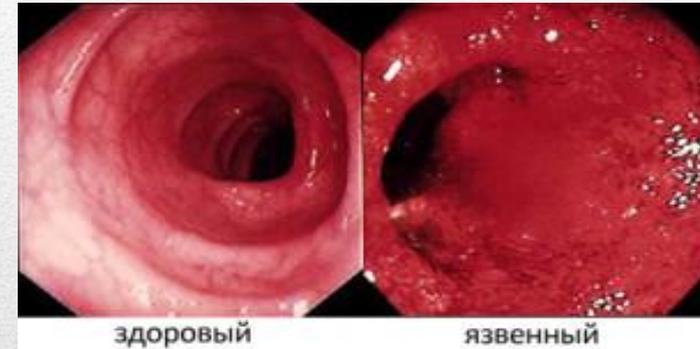
# Клиническая

## Триада основных признаков

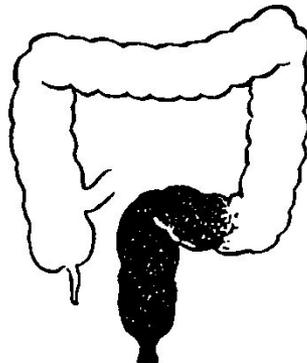
Периодическая  
диарея (до  
20 раз за  
сутки).

Выделение с  
каловыми  
массами  
крови, слизи  
и гноя.

Боли в  
животе (чаще  
в левом боку)



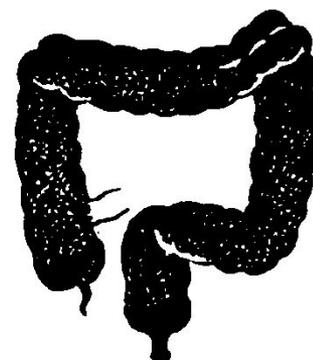
- А) При преимущественном поражении прямой кишки (**язвенном проктите**) могут отмечаться **кровотечения** из заднего прохода, болезненные тенезмы, боли в низу живота. Иногда кровотечения являются единственным клиническим проявлением проктита.
- Б) При **левостороннем язвенном колите**, когда поражена нисходящая ободочная кишка, обычно возникает диарея, каловые массы содержат кровь. Боли в животе могут быть довольно выраженные, схваткообразные, преимущественно в левой стороне и (при сигмоидите) в левой подвздошной области. Снижение аппетита, продолжительная диарея и нарушение пищеварения часто приводят к снижению массы тела.
- В) **Тотальный колит** проявляется интенсивными болями в животе, постоянной обильной диареей, выраженным кровотечением. Тотальный язвенный колит является опасным для жизни состоянием, поскольку грозит развитием обезвоживания, коллапсами вследствие значительного падения артериального давления, геморрагическим и ортостатическим шоком.



а



б



в



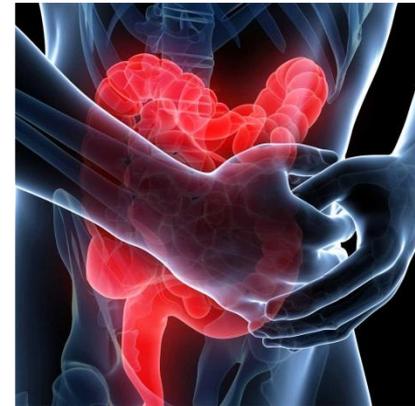
Кашицеобразный стул с примесью крови (этот симптом встречается у 9 из 10 больных и может иметь вид как кровавого пятна на туалетной бумаге, так и массивного кровавого стула), иногда в сочетании с тенезмами. Каловые массы содержат большее количество гноя и имеют зловонный запах.

Учащение стула до 6 и более раз в день; дефекация по ночам (больной просыпается ночью из-за неудержимого желания испражниться).

Боль в животе постоянный симптом НЯК, схваткообразная преимущественно в области сигмовидной, поперечно-ободочной, прямой кишки.

Боли усиливаются перед дефекацией и успокаиваются или ослабевают после стула. Прием пищи также усиливает боль и диарею, так что иногда больные отказываются от еды.

После приступа схваткообразной боли наступает опорожнение кишечника



частые ложные позывы к испражнению — «ректальный плевок» (когда вместо кала из прямой кишки выходит гной и слизь);

**Интоксикация организма:** Многократная рвота, обезвоживание, повышение температуры тела до 40°C (в периоды обострения), слабость, адинамия, тахикардия, потеря аппетита, снижение массы тела (из-за постоянной диареи).

**Дистрофические изменения:** Полигиповитаминоз, бледность, изменение ногтей, выпадение волос, сухость кожи.

**Кровотечения** из прямой кишки, в сопровождении боли, диареи; (вследствие этого, снижение уровня гемоглобина в крови ).

**Метеоризм.**

**Запор** (бывает очень редко, обычно наблюдается понос).

**Нарушения электролитного состава крови.** Соответственно остроте и фазе заболевания повышаются СОЭ и концентрация С-реактивного белка.

- У 20—25% больных поражаются крупные суставы. Возможны моноартриты. Тенденция к миграции воспаления в суставах. Спондилит и изолированный сакроилеит. Артриты возникают при обострениях неспецифического язвенного

## Суставы



- Частота 5—10%. Преимущественно увеит, возможны кератит, эписклерит, ретробульбарный неврит, конъюнктивит. Сочетание с поражениями кожи и суставов.

## Глаза



- Узловатая эритема (1—3%) чаще на предплечьях и голенях. Гангренозная пиодермия (1—4%) при тяжелых формах заболевания с поражением всей толстой кишки. Афтозный и язвенный стоматит, глоссит, гингивит (15—24%) при тяжелых атаках. (необходимо искл. лекарственный дерматит)

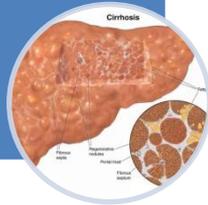
## Кожа и слизистые оболочки



# Синдром системных проявлений

- У 25% больных жировая инфильтрация, хронический активный гепатит, цирроз, перихолангит, ПСХ, холангиокарцинома и

## Печень



- Камни почек 2,2%
- Амилоидоз почек
- Пиелонефрит
- Нефролитиаз
- Нефротический синдром

## Почки

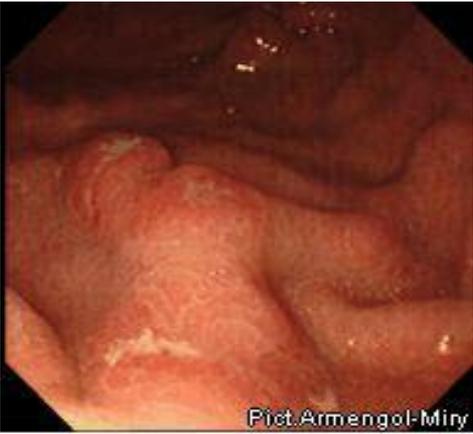
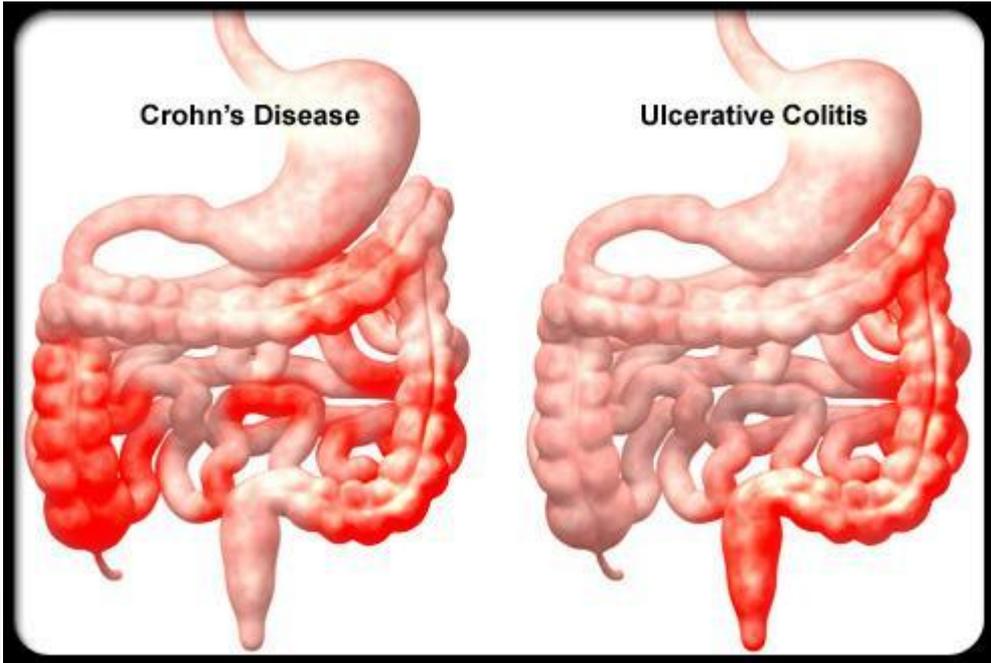


- Аутоиммунный тиреоидит
- Аутоиммунная гемолитическая анемия
- Панкреатит
- Тромбоэмболическая болезнь
- Гиперкоагуляционные синдромы
- Перикардит.

## Другие



# ДИФ. ДИАГНОСТИКА НЯК И БК



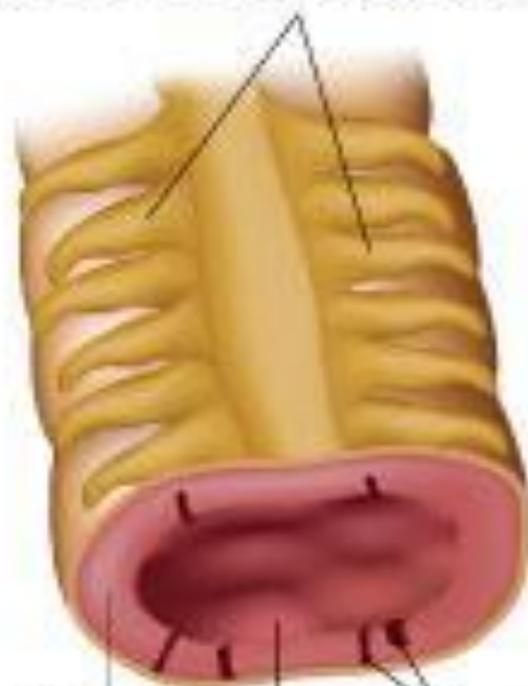
# Воспалительные заболевания кишечника

НОРМА

БОЛЕЗНЬ КРОНА

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ  
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

жировое окутывание



гипертрофия  
мышц

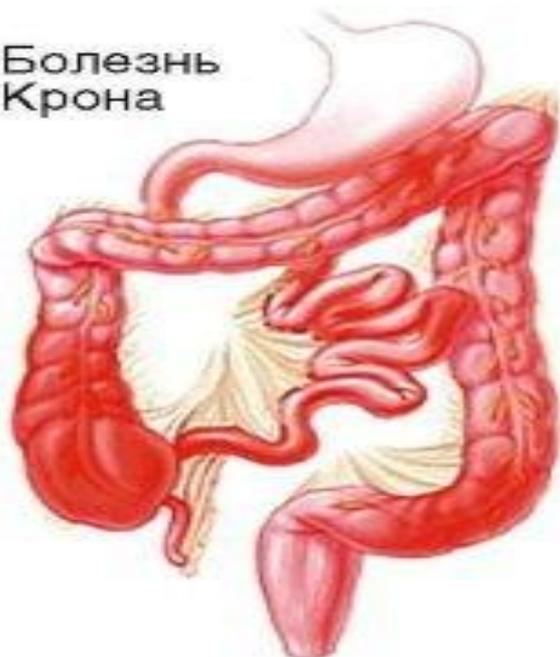
симптом  
«булыжной мостовой»

трещины

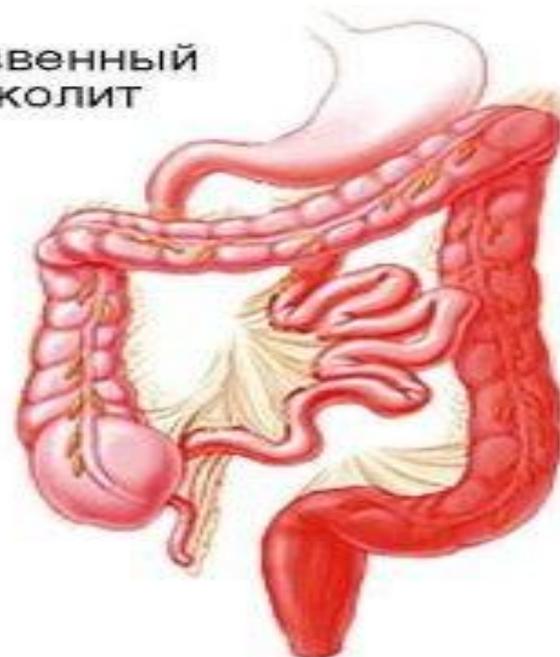
изъязвления в пределах  
слизистой оболочки

НАПОПРАВКУ

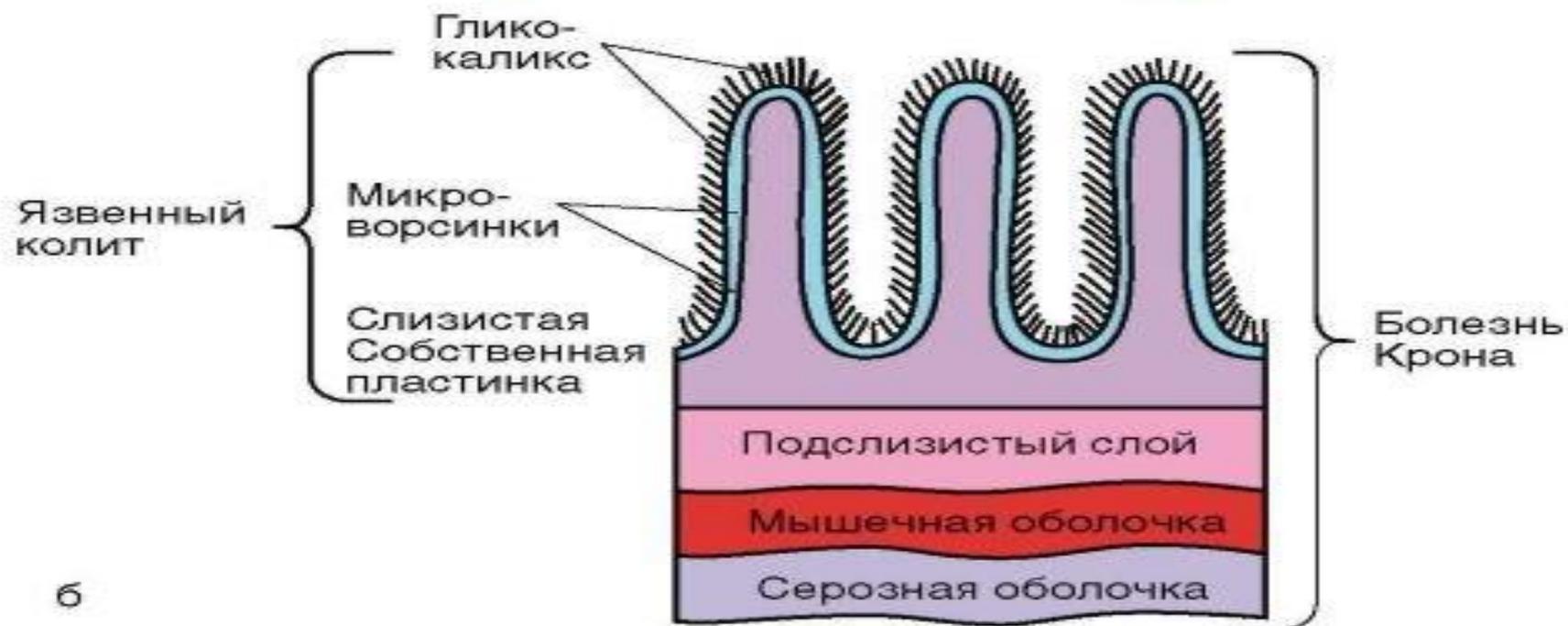
Болезнь  
Крона



Язвенный  
колит



а



б

## НЯК

Увеит  
Артрит  
Холангит  
Кожные проявления



? Иммунное повреждение

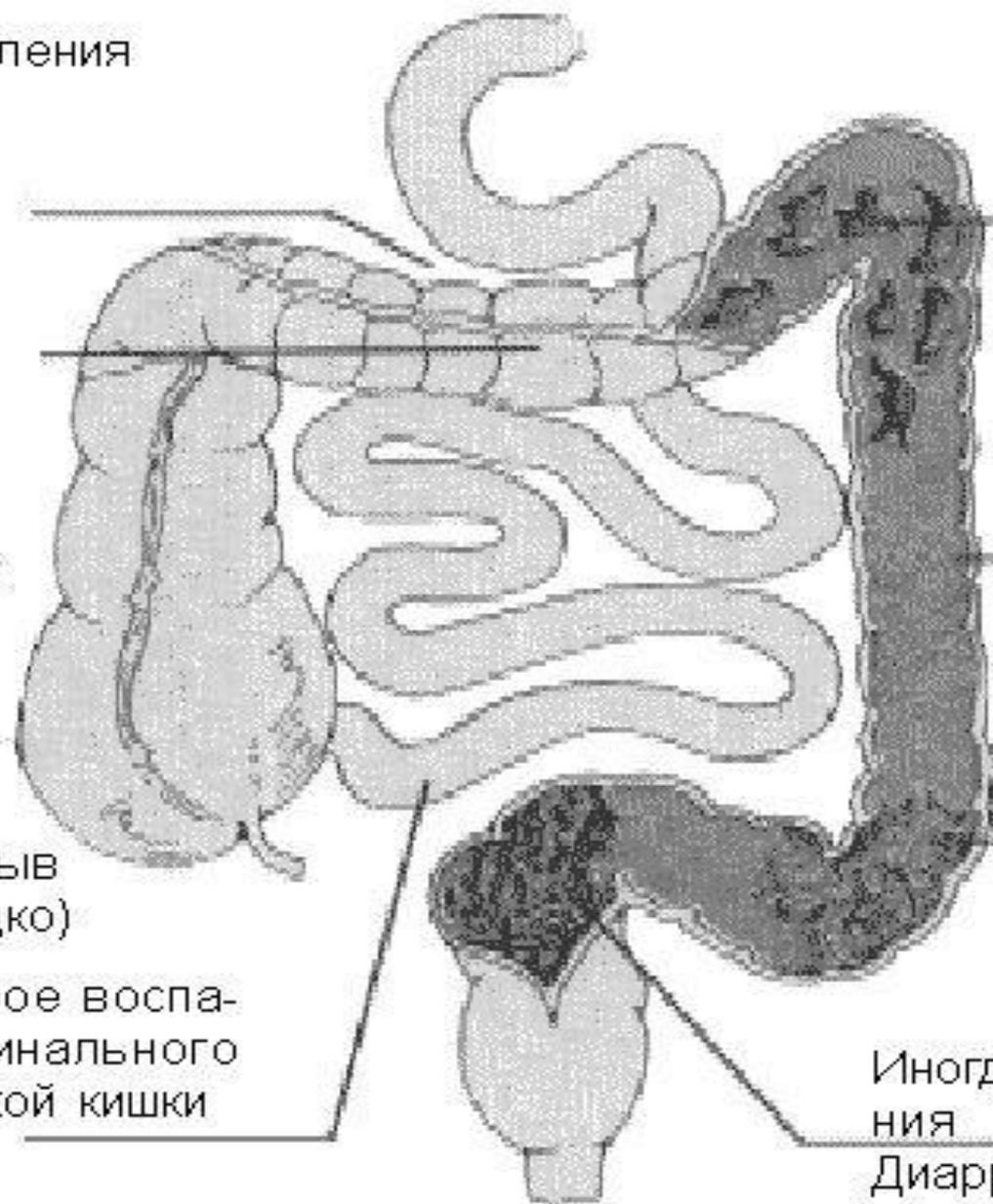
Колики

Острая дилатация при остром процессе  
Токсический мегаколон



Возможен разрыв  
Перитонит (редко)

Иногда слабое воспаление терминального отрезка тонкой кишки



Многочисленные поверхностные язвы

Поверхностное воспаление слизистой оболочки толстой и прямой кишки

Избыточная регенерация эпителия:  
— образование псевдополипов;  
— дисплазия;  
— высокий риск развития рака

Иногда острые кровотечения

Диаррея (иногда тяжелая) с примесью слизи и крови

**БК**

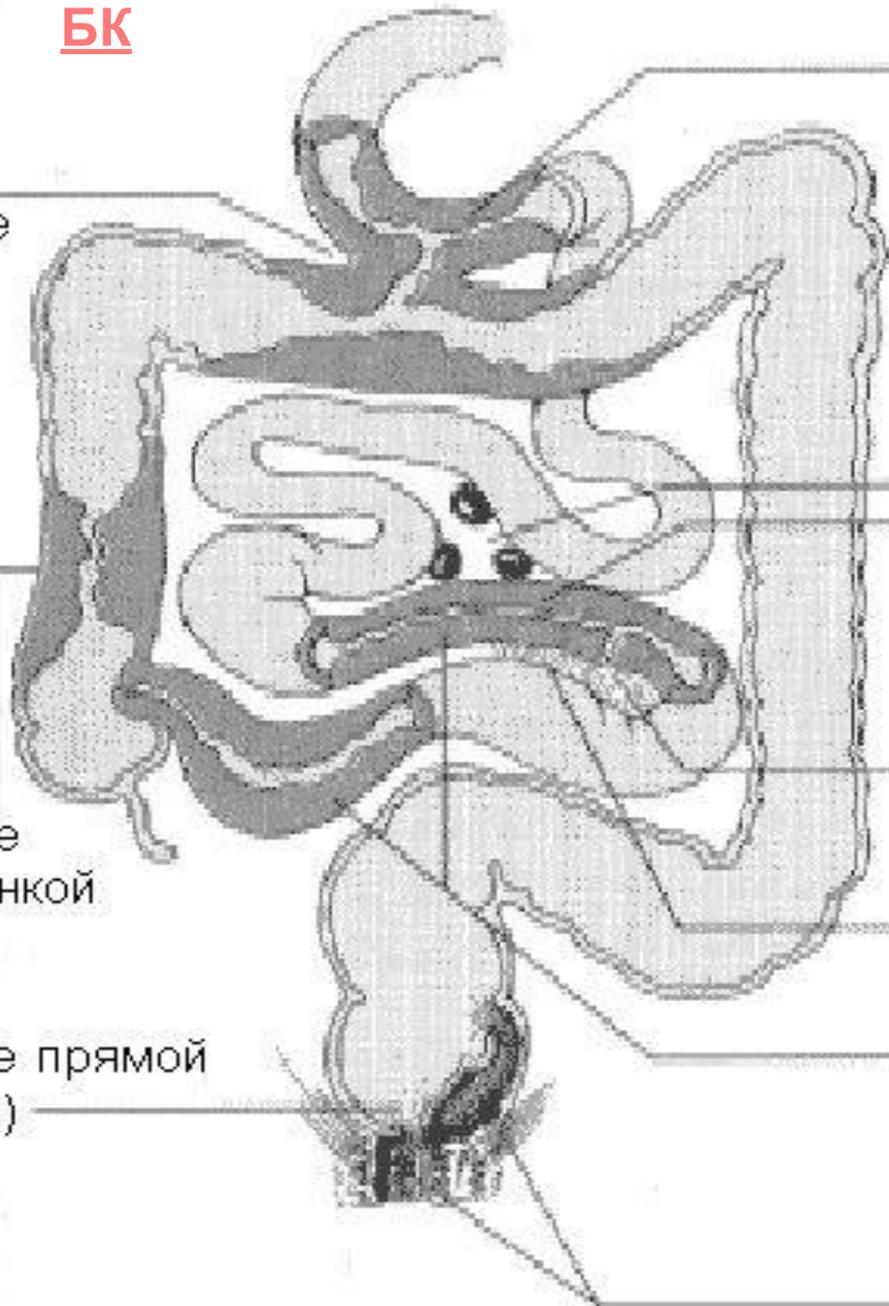
Увеит  
Артрит



? Иммунное повреждение

Повреждение толстой и тонкой кишки

Повреждение прямой кишки (<50%)



Формирование фистул между двумя рядом расположенными органами —Мальабсорбция

Увеличение лимфоузлов  
Воспаление всех стенок кишки  
Сужение просвета кишки

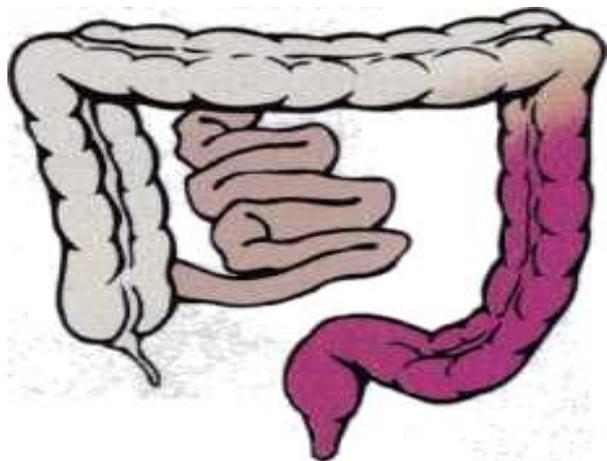
Глубокие щели, иногда на всю толщину стенки —Перитонит  
Ограниченный перитонит —Боли

Терминальный илеит

Перианальные абсцессы и фистулы

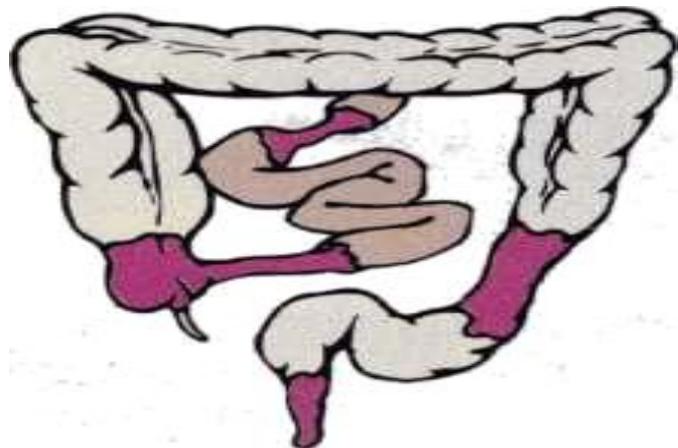
# НЯК

- Тяжесть нарастает к анусу,
- Воспаление в пределах слизистой

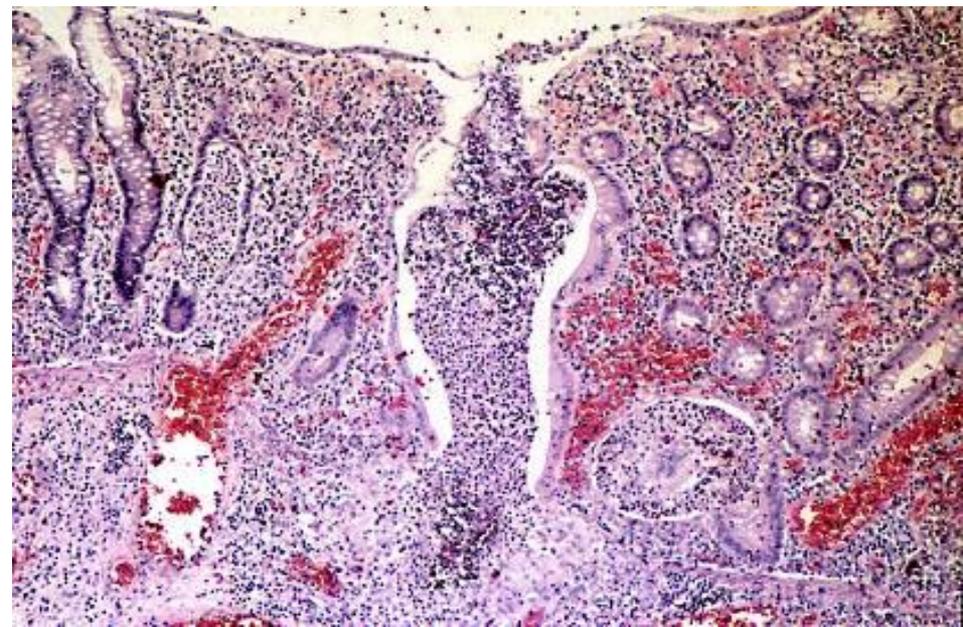
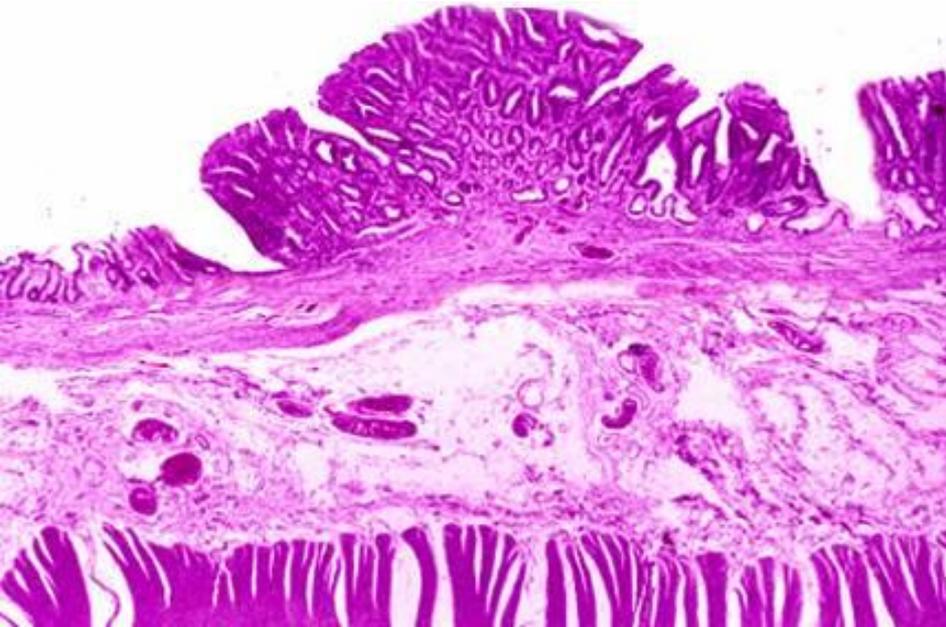
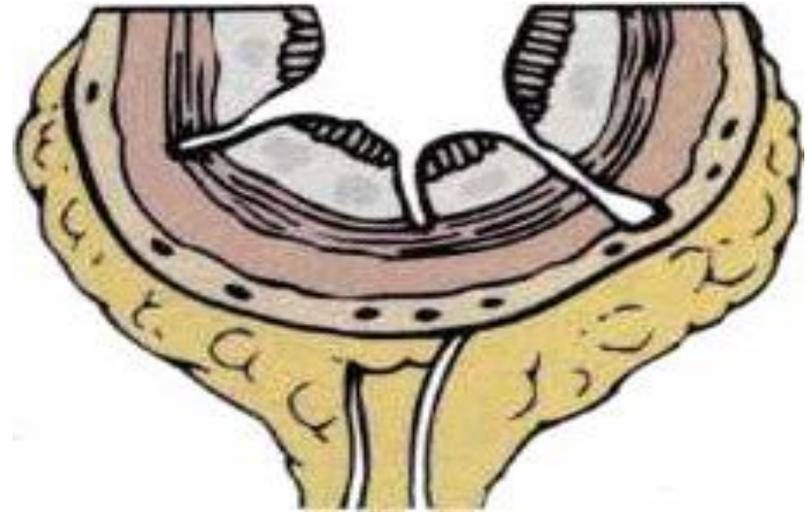
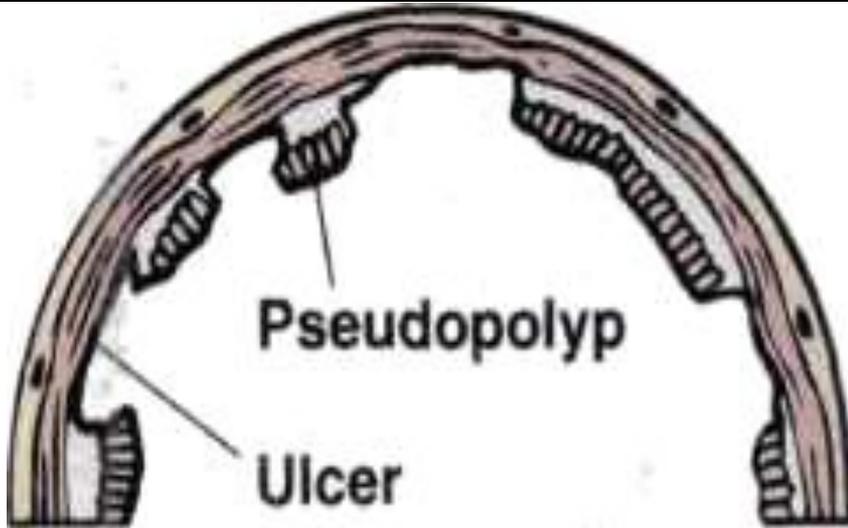


# БК

- Воспаление глубокое, мульти-фокальное ("скачки"). Поражается преимущественно правая сторона



Признаки	НЯК	Болезнь Крона
	Обширные, плоские язвы, разделенные псевдополипами	Щелевидные, продольные и поперечные, слизистая в виде "булыжной мостовой"



**Воспалительные  
полипы**

**НЯК - Часто**

**БК - Редко**



Сероза - Не изменена  
Анальные  
изменения-Редко, в  
основном острые  
фиссуры.



Локальный перитонит,  
спайки  
Множественные  
изъязвления, хр.  
фиссуры - часто (75%).

## Макроскопическая картина при НЯК

- с/о толстой кишки отечна
- гиперемирована, покрыта большим количеством слизи
- имеются точечные кровоизлияния.
- отмечается рыхлость слизистой, она легко кровоточит при дотрагивании, после появляются единичные, множественные эрозии, мелкие изъязвления, язвы увеличиваются, слизистая и даже глубже лежащие слои разрушаются почти полностью; перфорации кишечной стенки; разрушение мышечного слоя на большом протяжении ведет к дилатации кишки
- интактные участки отсутствуют

## Макроскопическая картина при БК

- наличие толстостенных сегментов кишки в жировой оболочке
- фибринозный экссудат и спайки на серозной оболочке
- Узкие линейные изъязвления с включениями отечной слизистой формируют классическую картину **«булыжной мостовой»**
- В иссеченной брыжейке часто можно обнаружить увеличенные лимфатические узлы, неспаянные друг с другом и без очагов казеозного некроза. Возможно наличие стриктур от 1 до 30 см длиной.
- чередование дилатированных участков и множественных плотных стриктур

# МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ

**НЯК** Воспаление СО  
Отсутствие гранулем

---

Абсцессы крипт обычная находка  
Уменьшение бокаловидных клеток  
СО истончена

---

Поверхностный эпителий утолщен  
Псевдополипы слизистой  
Фиброза подслизистой, как  
правило, нет

---

**БК** Трансмуральное воспаление  
(на всем протяжении)  
Гранулемы в ст. кишки и ЛУ  
(75%)

---

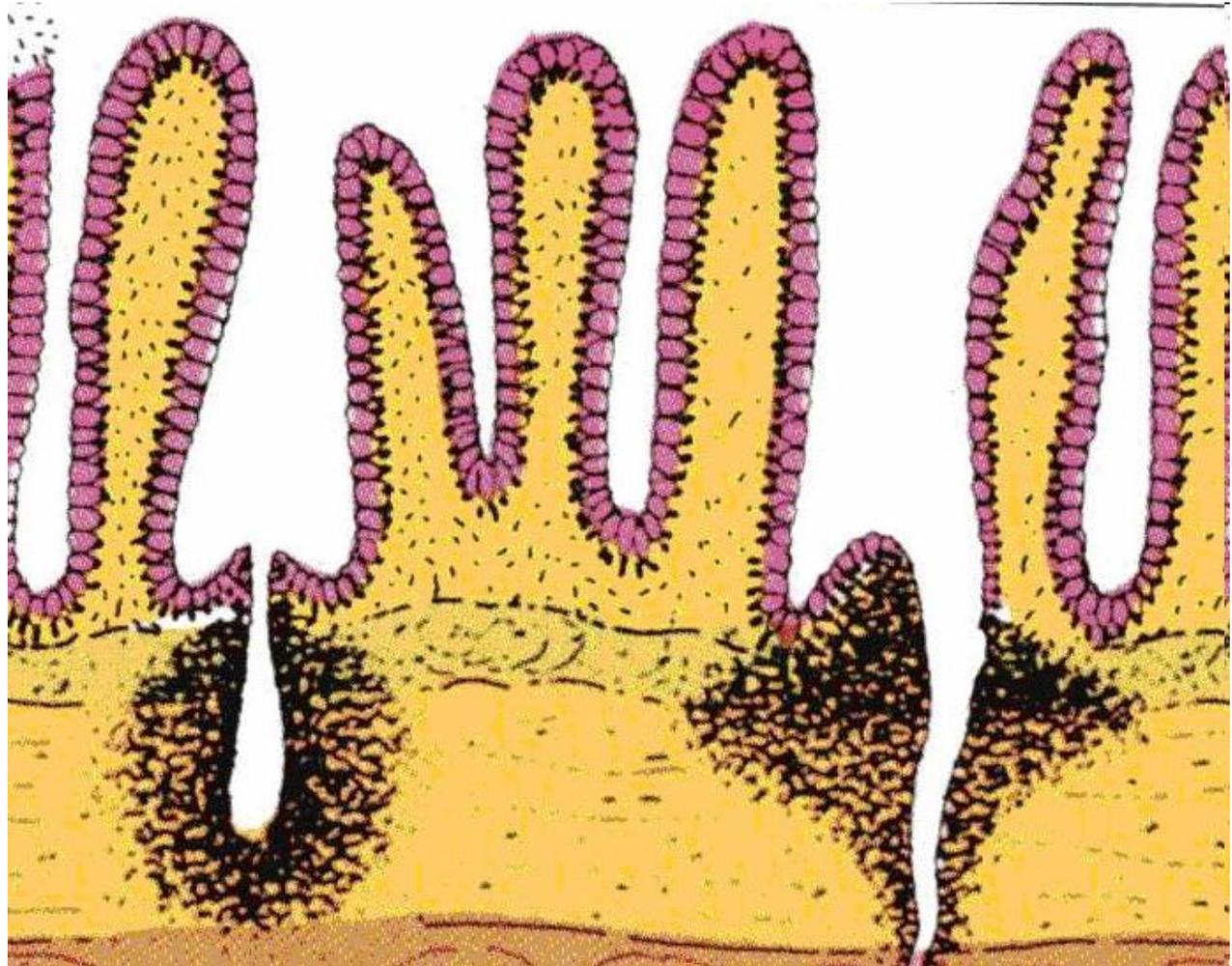
Абсцессы крипт встречаются  
редко  
Число бокаловидных клеток N  
СО утолщена /N

---

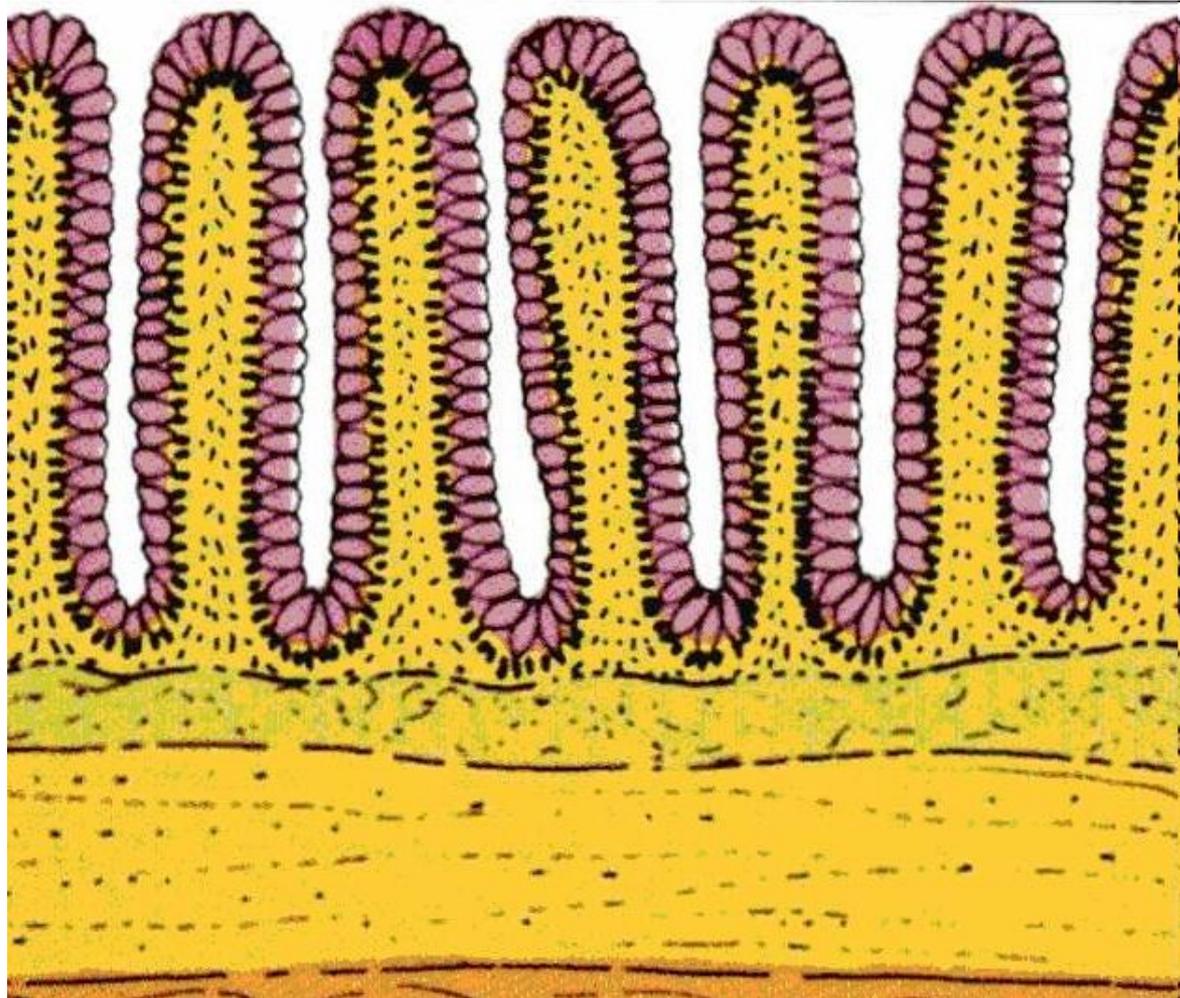
Поверхностный эпителий N  
Псевдополипы отсутствуют  
Фиброз подслизистой довольно  
часто

---

Для болезни Крона характерно воспаление кишечной стенки на всю толщину: ассиметричное, прерывистое с наличием гранулем.



Для неспецифического язвенного колита - воспаление только слизистой оболочки кишечника - равномерное, непрерывное



- Крипт-абсцессы характерные для **НЯК**
- Для БК не характерны

- Гранулем при НЯК нет
- БК: Саркоидные гранулемы

# Анализ крови

## НЯК

## БК

- **Снижение эритроцитов,**
  - **гемоглобина,**
  - **сывороточного железа,**
  - **общего белка**
    - **лейкоцитоз с нейтрофилёзом и**
    - **сдвигом лейкоцитарной формулы влево**
  
  - **повышение**
  - **СОЭ, СРБ**
  
  - **нормохромная/ гипохромная**
  - **нормоцитарная анемия**
    - **Лейкоцитоз, снижение железа, фолиевой кислоты,**
    - **гипоальбуминемия**
  
  - **ускоренное**
  - **СОЭ, повышение С-реактивного белка, кальпротектина**
-

Признаки	ЯНК	б.Крона
I . Клинические:		
- крованистая диарея	90-100%	50%
- опухолевидные образования в брюшной полости	Очень редко	Часто
- перианальная локализация	Не бывает	30-50
II. Рентгенологические:		
- распространение	Выражено	Локализованны
- симметрия	Имеется	Отсутствует
- язвы	Поверхностные	Глубокие
- стриктуры	Очень редко	Часто

Продолжение

Признаки	ЯНК	б.Крона
<b>III. Сигмоскопия:</b>		
- наличие проктита	В 100%	В 50%
<b>IV. Гистология:</b>		
- распространение	Слизистая	Трансмуральное
- клеточные инфильтраты	Полиморфно-ядерные	Лимфоцитарные
- уменьшение бокаловидных клеток	Часто при активности процесса	Отсутствуют
- гранулемы	Отсутствуют	Имеют диагностическое значение

**Таблица 1. Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона по данным эндоскопии**

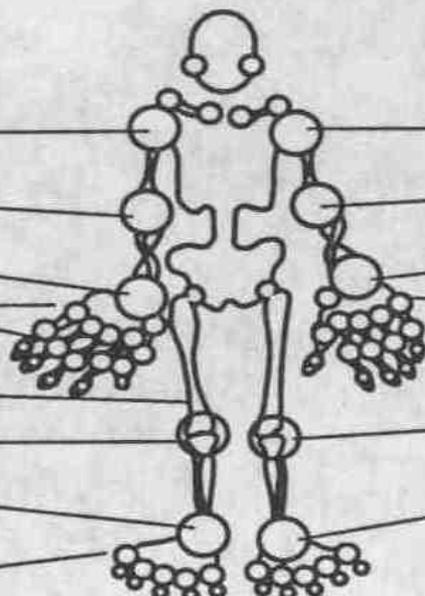
<b>Эндоскопический признак</b>	<b>Неспецифический язвенный колит</b>	<b>Болезнь Крона</b>
Наружный осмотр перианальной области	Кожа не изменена или раздражена из-за частого жидкого стула	Часто воспаление, свищи, рубцы после заживших свищей
Поражение слизистой	Диффузное	Сегментарное
Поражение прямой кишки	Около 100 %	Менее 50 %
Сосудистый рисунок	Стерт или отсутствует	Часто без изменений
Контактная диффузная кровоточивость	Характерна	Редко
Рыхлость	Часто	Не характерна
Отек	Характерен	Характерен
Зернистость	Характерна	Менее характерна
«Булыжная мостовая»	Отсутствует	Характерна
Гиперемия (эритема)	Всегда	Менее характерна
Сглаженность гаустр	Присутствует	Присутствует
Точечные кровоизлияния (петехии)	Характерно	Редко
Характер язвенных дефектов	Поверхностные изъязвления без четких границ, при тяжелом течении — крупные, более 1 см	Афты (начальная стадия), глубокие продольные или циркулярные язвы с четкими краями
Афтоидные язвы	Нет	Характерны
Крупные язвы > 1 см	В тяжелых случаях	Часто
Продолговатые глубокие язвы	Редко	Часто
Линейные язвы	Редко	Часто
Змеевидные язвы	Редко	Часто
Слизистая вокруг язв	Изменена	Как правило, не изменена
Псевдополипы	Характерны	Менее характерны
Четкое циркулярное разграничение между пораженной и нормальной СО	Есть	Нет
Стриктуры (стенозы)	Редко	Часто
Фистулы (свищи)	Редко	Часто

**Таблица 1. Критерии морфологической дифференциальной диагностики НЯК и БК**

Признак	НЯК	БК
Общая структура СОТК	Значительно нарушена — крипты извитые, распределены неравномерно, укорочены, недостаточно <i>muscularis mucosa</i> , расширены, нарушена непрерывность перикрипальных МФБ	В основном хорошо сохранена, включая перикрипальные МФБ, однако в крае язв, на месте заживших язв общее строение слизистой оболочки может быть нарушено
Воспалительный процесс в СОТК	Обычно диффузный, равномерный	Часто отмечается разная степень выраженности воспалительной инфильтрации в разных участках ткани, даже в пределах одного образца, состав клеточного инфильтрата, его распределение в слизистой оболочке также отличаются
Глубина поражения	Поражается преимущественно СОТК	Поражаются все слои кишечной стенки
Эпителиоидно-клеточные гранулемы	Не характерны	Характерны; в слизистой оболочке встречаются также микрогранулемы, гранулемоподобные образования, т.е. разных размеров и формы скопления макрофагов, включающие иногда и крупные эпителиоидные клетки
Васкулиты	Менее характерны	Васкулиты, различные по степени выраженности, характеру воспаления и степени остроты, иногда склероз стенки сосуда
Продукция муцина	Характерно снижение продукции муцина в виде уменьшения количества бокаловидных клеток в криптах, уменьшения размеров вакуолей, содержащих муцин, изменения состава муцина	Секреция муцина сохранена, может быть уменьшена только в крае язв
PAS-реакция	Снижение интенсивности окраски муцина при PAS-реакции, иногда сохранении окраски только ободка вокруг вакуоли муцина	Сохранение интенсивной PAS-реакции
Нейтрофильная инфильтрация	Характерна	Не характерна
Крипт-абсцессы	Характерно перикрипальное скопление нейтрофилов, их лейкопедез с формированием крипт-абсцессов, т.е. скопления лейкоцитов в крипте при сохранении ее эпителия	Крипт-абсцессы встречаются редко и сопровождаются гибелью эпителия крипт

## Язвенный колит

- Плечевой (20 %)
- Локтевой (30 %)
- Запястный (15 %)
- Межпястный и фаланговые (25 %)
- Тазобедренный (80 %)
- Коленный (70 %)
- Голеностопный (50 %)
- Плюсневые и пальцев стоп (10 %)



## Болезнь Крона

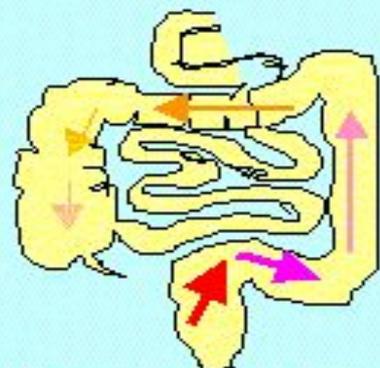
- Плечевой (20 %)
- Локтевой (10 %)
- Запястный (15 %)
- Межпястные (10 %)
- Коленный (80 %)
- Голеностопный (40 %)

## ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛИТОВ

рис. 2

( по зонам поражения)

**неспецифический  
язвенный колит**



Прогрессирующее  
изъязвление слизистой  
снизу – вверх

**болезнь Крона**



сегментарное  
поражение ЖКТ

✱ - спайки

**ишемический колит**



основные изменения  
у слезеночного изгиба.

⊗ - сужение просвета  
кишки

В дифференциальной диагностике язвенного неспецифического колита и хронического неязвенного колита существенную роль играет планиметрическая характеристика рентгеновского силуэта толстой кишки

# Сравнительная характеристика средних рентгенопланметрических показателей толстой кишки в норме, при язвенном неспецифическом колите (ЯНК) и хроническом неязвенном колите (ХНК)

Показатель	Тугое бариевое заполнение			Двойное контрастирование		
	норма	ЯНК	ХНК	норма	ЯНК	ХНК
Длина, см	122,8 (100%)	117,3 (95,5%)	128,6 (104,7%)	146,7 (100%)	116,5 (79,4%)	126,1 (85,9%)
Диаметр, см	5,68 (100%)	4,48 (78,9%)	4,7 (82,7%)	5,64 (100%)	4,0 (70,9%)	4,3 (76,2%)
Периметр, см	258,6 (100%)	246,3 (95,2%)	290,8 (112,4%)	291,0 (100%)	236,6 (81,3%)	285,5 (98,1%)
Площадь, см <sup>2</sup>	601,2 (100%)	468,8 (78%)	524,4 (87,2%)	703,8 (100%)	456,6 (64,9%)	507,0 (72,0%)
Объем, усл. ед	472,8 (100%)	365,7 (77,3%)	415,4 (87,8%)	665,0 (100%)	362,0 (54,4%)	402,0 (60,4%)

Претерпевают изменения по сравнению с нормой и площади рентгеновского силуэта при ТБЗ и ДК, а именно они уменьшаются в 1,29 и 1,54 раза за счет всех сегментов, особенно пятого. Соответственно также уменьшается и объем кишки. При сопоставлении объема при ТБЗ и ДК получен характерный ЦДП для ЯНК, а именно 0,96-1,04 (в среднем 1,01). В норме он не выходит из интервала 0,69-0,95, а при ХНК составляет 1,05-1,1 (в среднем 1,03) (А.С. N1777828, МКИ А61В6/00).

Способ дифференциальной диагностики хронического и язвенного неспецифического колитов осуществляется на основе цифрового диагностического показателя (ЦДП), полученного при анализе ирригограммы и характеризующего взаимоотношения длины силуэта толстой кишки с ее поперечниками в 5-ти стандартных сегментах (Патент ВУ №6335 С1)



ЦДП = от 82,05 до 83,19 – язвенный неспецифический колит.

ЦДП = от 83,2 до 88,64 – хронический колит.

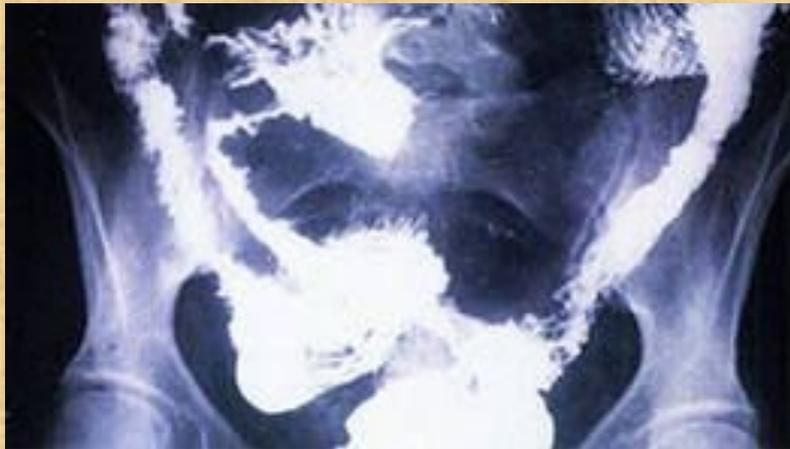
# Рентгенологически НЯК

- *Рентгенологически выявляют нарушение гаустрального рисунка кишки: асимметрию, деформацию или полное его исчезновение. Просвет кишки имеет вид шланга с утолщёнными стенками, укороченными отделами, сглаженными анатомическими изгибами*



# Рентгенологически БК

*Слизистая оболочка в виде «бульжной мостовой» переход от пораженного участка к здоровому постепенный, выраженное сужение кишки на ограниченном участке, контру сужения зазубрен.*



# Литература

- Каншина О.А. и Каншин Н.Н. Неспецифический язвенный колит у детей, М., 1974;
- *Малая медицинская энциклопедия. — М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 гг. ;*
- Левитан М.Х., Федоров В.Д. и Капуллер Л.Л. Неспецифические колиты, М., 1980;
- Федоров В.Д. и Левитан М.Х. Воспалительные заболевания толстой кишки, Ташкент, 1982.
- <http://dic.academic.ru>
- Лучевая диагностика Г.Е.Труфанов 2009
- Пропедевтика детских болезней-Мазурин А. В. Воронцов И М. 2009