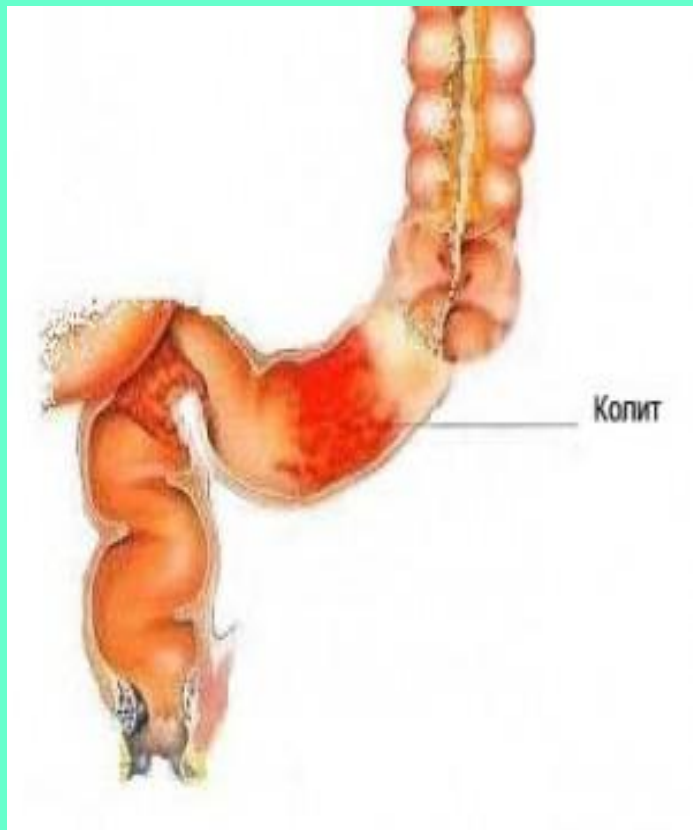


Семей Мемлекеттік Медицина Университеті

Бейспецификалық жаралы КОЛИТ



Орындаған: Кокымбаева Мадина
422 топ ОМФ

Семей 2011



i Сильное воспаление и разрушение слизистой оболочки конечной части толстого кишечника во время обострения язвенного колита

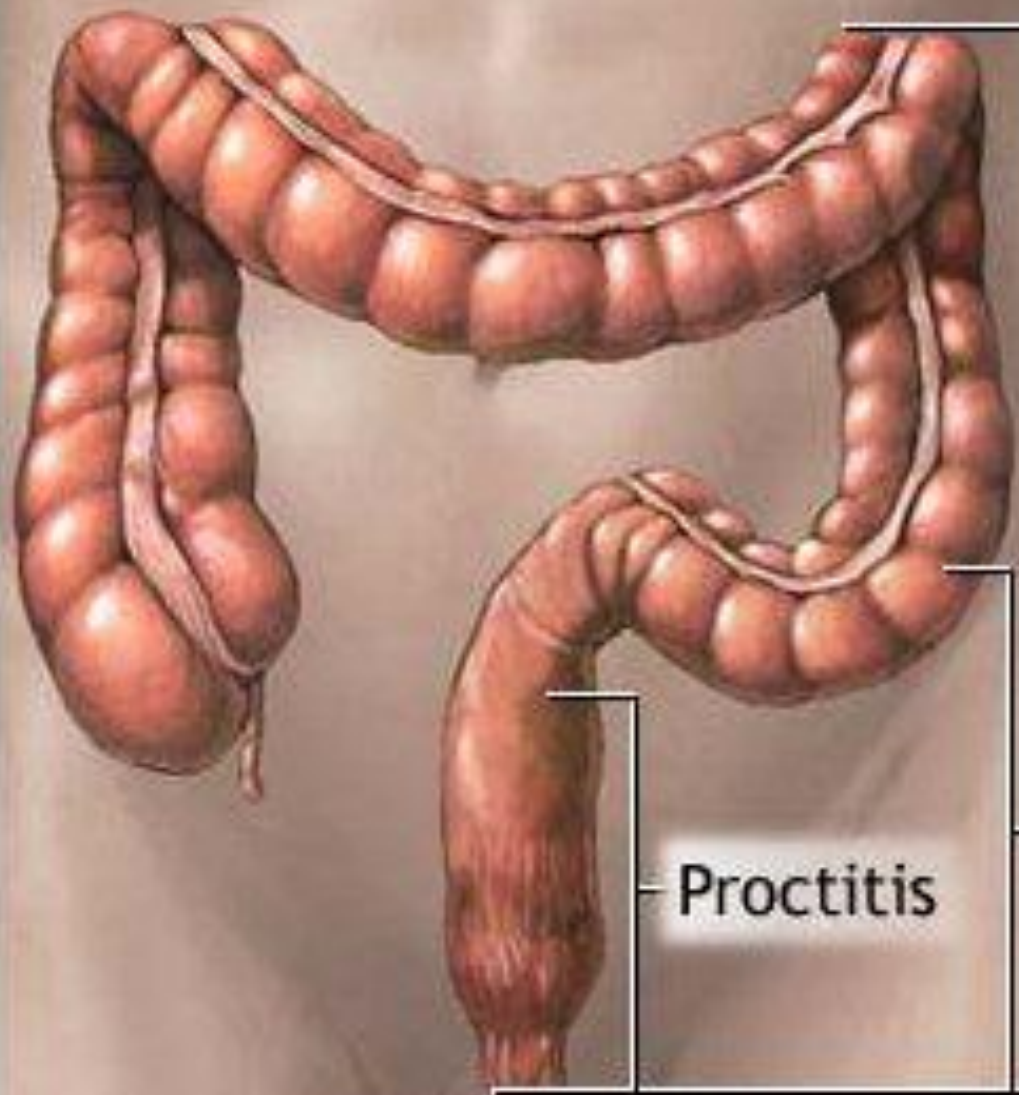


Жоспар

1. Анықтамасы
2. Эпидемиологиясы
3. Этиологиясы
4. Патогенезі
5. Жіктемесі
6. Клиникалық көрінісі
7. Қосымша зерттеу мәліметтері
8. Қосымша зерттеу мәліметтері
9. Емі.

Бейспецификалық жаралы колит – тік және тоқішек кілегей қабатының жаралы – деструкциялық зақымдануына және соның салдарынан ішектің стенозына, тесілуіне, қан кетуге, сепсиске т.б. алып келуі мүмкін созылмалы мендейтін ауру.

Ulcerative colitis



Left-sided colitis

Proctitis

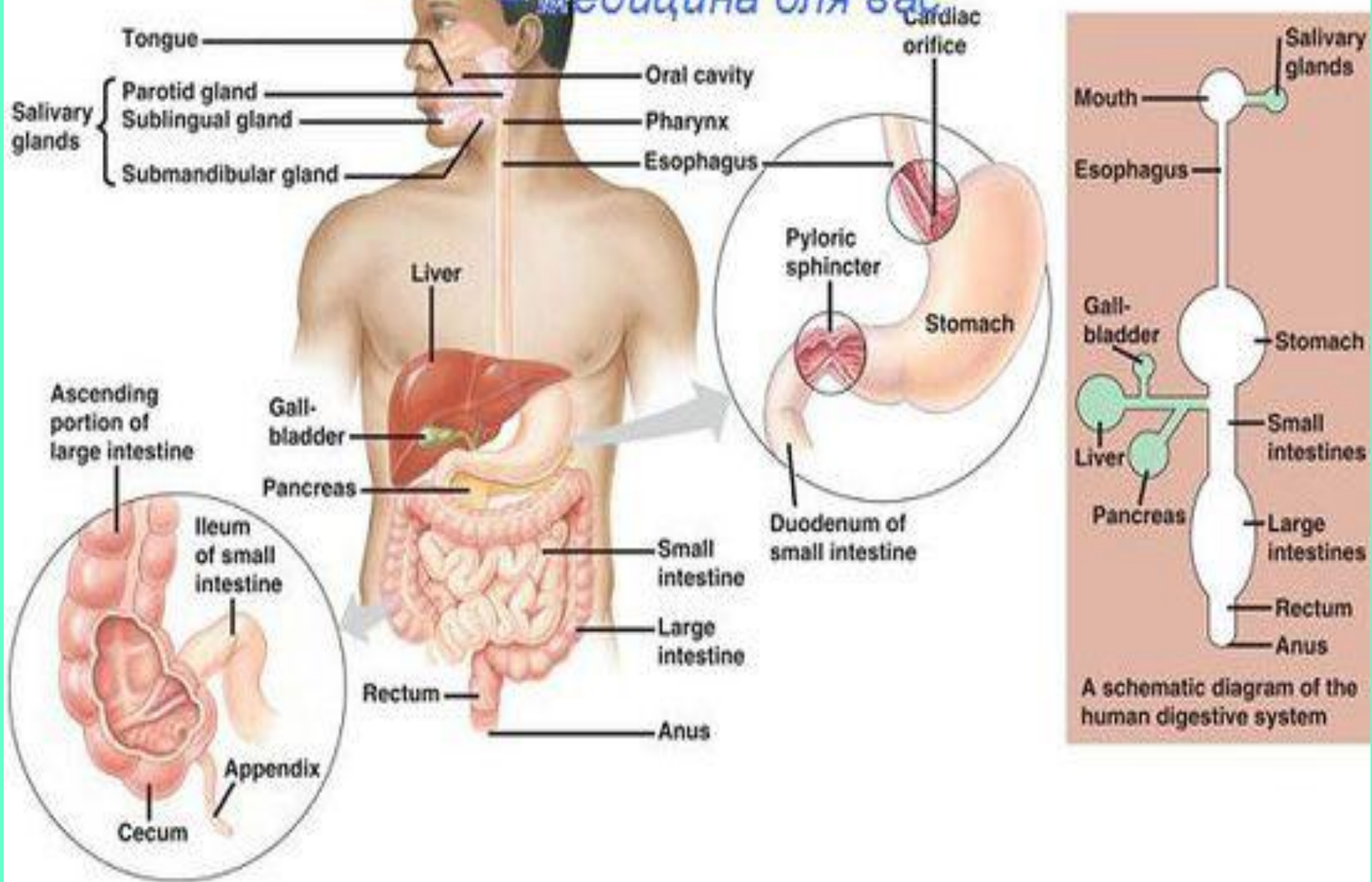
Proctosigmoiditis

Эпидемиологиясы

Бұл ауру әдетінде жас шақта, 20-40 жас аралығында пайла болады және әйелдерде 1,5 есе жиі кездеседі. Көбнесе шалдығатын дамыған елдердің қала тұрғындары, 100 000 тұрғынға шаққандағы кездесу жиілігі 30-270 шамасында. Темекі тартатын адамдардың арасында 2 есе сирек байқалады. Болжамдар бойынша никотин тоқішекке протекторлық әсер етеді. Таралуы жер бетінде бірдей емес, ең жиі шалдығатын Скандинавия, Солтүстік Америка, Канада, Израиль тұрғындары. Таралу ерекшеліктері этностық, генетикалық ықпалдармен байланыстырады. Соңғы жылдары бұл аурудың егде жастағыларда және балаларда да жиі байқалады.

Этиологиясы

Аурудың даму себептері белгісіз. Болуы мүмкін себептеріне ішектік инфекция (бактериялар, вирустар), кейбір дәрі дәрмектер, тағамдық аллергия, стресстік ықпалдар, өсімдік талшықтарының тапшылығы жатқызылады.



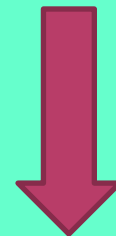
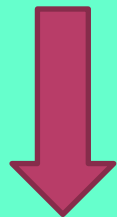
A schematic diagram of the human digestive system

Ген
кемістігінен
болатын
бейімділік

Тағамдық
аллергендер,
тағамдық
клетчатканың
тапшылығы

Ішек
дисбактериозы,
белгісіз
бактериялардың,
вирустардың
әсері.

Имундық жүйенің
кемістігі



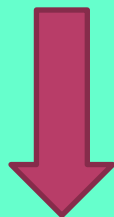
Ішек қабырғасының белоктардың молекулусына және бактериялық антигендерге өткізгіштігінің артуы



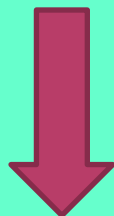
Ішек қабырғасының зақымдануы, зақымданған ішек қабырғасынан аутоантигендер бөлінуі.



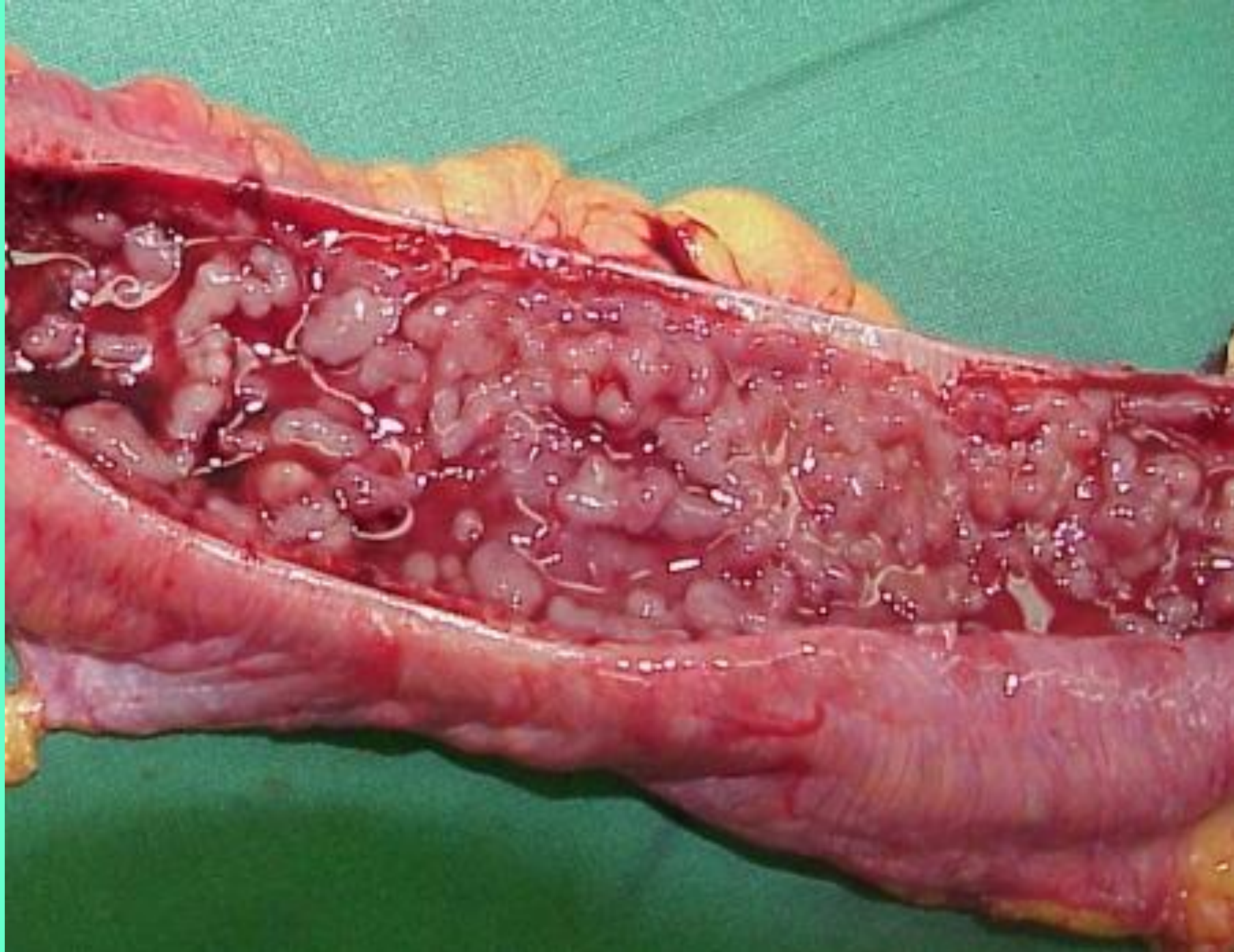
Ішек қабырғасының құрылымдарына аутоантигендер түзілуі



Имундық комплекстердің түзілуі және олардың ішектің қабырғасына шөгуі.



Ішек қабырғасының имундық және имундық емес механизмдермен созылмалы қабынуы.



Жіктемесі

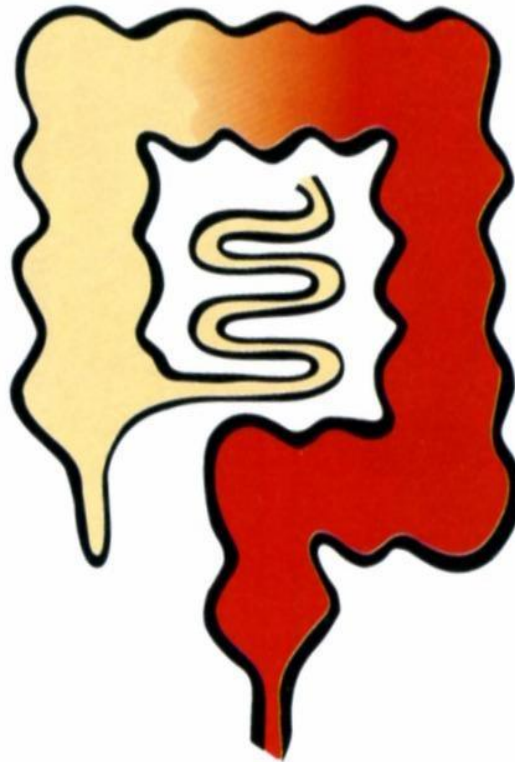
Барысы	Ауырлық дәрежесі	Зақымданудың көлемі	Эндоскопиялық көрінісіне қарай активтілігі	Асқынулары
<ol style="list-style-type: none">1. Жай түскендей.2. Жедел3. Созылмалы рецидивтеуші.4. Созылмалы үздіксіз.	<ol style="list-style-type: none">1. Жеңіл2. Орташа3. Ауыр	<ol style="list-style-type: none">1. Тотальды колит .2. Сол жақ колит3. Дистальды колит.	<ol style="list-style-type: none">1. Минималды2. Орташа3. Айқын.	Жергілікті Жүйелі

Локализация

Частота и распространение воспаления в толстой кишке



Тотальный колит – 18%



Левостороннее поражение – 28%



Ректосигмоидит – 54%

ЯЗВЕННЫЙ
КОЛИТ



Клиникалық көрінісі

Ішектік белгілердің негізгі симптомдары:

1. Іштің қан, ірің, кілегей аралас өтуі.

Іш өту көбіне түнгі және таңертеңгі мезгілдерде, тәулігіне 20 кейде 30-40 ретке дейін. Нәжіске араласқан қанның көлемі әртүрлі, ауыр жағдайларда таза қан шығады. Кейбір науқастар тәулігіне 100-300 мл қан жоғалтады. Нәжісте ірің көп мөлшерде және нәжістің иісі ерекше сасық болады. Диарея мен қан кету - бұл аурудың басты белгілері. Диареяның басты себебі – зақымданған ішектің қабырғасында су мен натрий реабсорбциясының тежелуі.

Нәжіске қан араласу уақытына қарай жаралы колит келесі түрде басталуы мүмкін:

- алдымен диария болып, содан бірнеше күннен кейін кілегей мен қан бөліне басталуы;
- бірден ректальдік қан кетуден басталуы, ал дәреттің бұзылмауы немесе қоймалжын нәжіс бөлінуі;
- диарея мен ректальді қан кетудің қатар басталуы.

2. Тенезмдер – дәретке жиі-жиі отырғысы келу, отырғанда болмашы қан, кілегей, ірің бөлінеді. Бұл тік ішектің аса белсенді қабынуының белгісі.
3. Іштің ауыруы – іш ұстамалы ауырады. іштің ауыратын жері зақымдалған тоқішектің проекциясына сәйкес. Тенездер мен іштің ауыруы дефекациясының алдында және дефекация кезінде күшейеді, ал ішек босағаннан соң басылады. Кейде ауырсыну тамақ ішкеннен кейін күшейеді.

4. Пальпация кезінде іштің ауырсынуы – сигма тәрізді тоқішекті және соқыр ішекті пальпациялағанда іштің айқын ауырсынуы байқалады. Аурудың асқынбаған түрінде ішастардың тітіркену белгілері болмайды, бірақ ауыр түрінде құрсақ қабырғасының резистенттілігі анықталады.
5. Интаксикациялық синдром – дерттің ауыр түрінде дәрменсіздік, адинамия пайда болады, дене қызуы биіктейді, тәбет төмендейді, жүрек айниді, салмақ төмендейді. Көбінде астенизацияның белгілері байқалады: депрессия, ашушандық, жылағыштық т.б.



Ішектің тыс жүйелік зақымданулар:

1. Терінің және кілегей қабықтардың зақымдануы – түйінді эритема (көбіне балтырлардың алдыңғы бетінде пайда болады), гангреналық пиодермия, аяқтарға жара түсуі, афталық стоматит, тіл шетінің жаралануы.
2. Көздің зақымдануы – ирит, иридоциклит, увеит, эписклерит, кератит, панофтальмит.
3. Полиартрит – әдетте тілерсек, тізе, фалангааралық буындар зақымданады. Қабынған буындар ауырады, қимылы шамалы шектеледі. Науқастардың кейбіреуінде өтпелі спондилоартрит, сакроилет болады. Сакроилет дерттің ауыр түрінде кездеседі, кейде жаралы колиттің дамуынан бірнеше жыл бұрын пайда болады. Буындар өтпелі зақымданады, ремиссия кезінде буындық өзгерістер толық жойылады.

4. Бріншілік склероздаушы холангит - бауыр ішілік өт түтікшелерінің облитерациясы, содан холестаждық цирроздың дамуы. 75 пайызда склероздаушы холангит жаралы колиттің салдарынан дамиды.
5. Бауырдың зақымдануы – майлы дистрофия, порталды фиброз, созылмалы гепатит, бауыр циррозы.
6. Нефрит, нефротикалық синдром.
7. Тромбофлебит, тромбоэмболиялар.
8. Аутоиммундық гемолиздік анемия.
9. Аутоиммундық тиреоидит.
10. Пилигиповитаминоз, В12, фолий тапшылықты анемия.

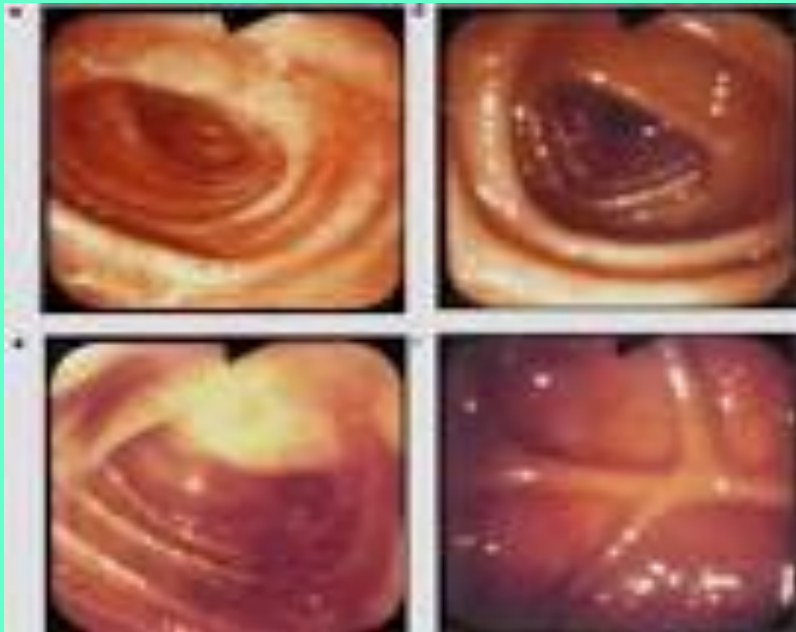
Жаралы колит барысының сипаттамалары:

Жай түскендей жедел барыс – тоқішектің тотальді зақымдануымен жүретін дерттің ең ауыр түрі. Ауру жәй түскендей кенет басталады, 3-4 күннен немесе 1-2 аптаның шамасында клиникалық көрінісі тез өрістеп ауыр күйге түсіреді. Интоксикация ауыр, іш жиі өтеді, ішектен қан көптеп кетеді, температура, ішектен тыс жүйелі бұзылыстар тез қосылады. Асқынулар тез дамиды, хирургиялық емді қажет өтеді.

Жедел барыс – аурудың клиникалық көрінісі тез дамиды, жергілікті және жалпы бұзылыстар ауыр, асқынулары ерте пайда болады. Тоқішек тотальды зақымданады. Диарея ауыр болады, ішектен қан мол кетеді. Диареяның ауыр түрінде, нәжіс жоқтың қасында, әр 15-20 минут сайын тік ішектен қан аралас ірің, кілегей, ұлпалық детрит бөлінеді.

Созылмалы рецидивтеуші барыс - бейспецификалық жаралы колиттің ең жиі түрі, өршулері мен ремиссиялары кезектеседі. Ремиссиялары ұзаққа созылады (2-3, кейде бірнеше жылдарға дейін).

Созылмалы үздіксіз барыс – егер емнің жүргізгеннің өзінде, аурудың басталуынан 6 айдан кейін ремиссия болмаса – ол дерттің үздіксіз барысы болғаны.



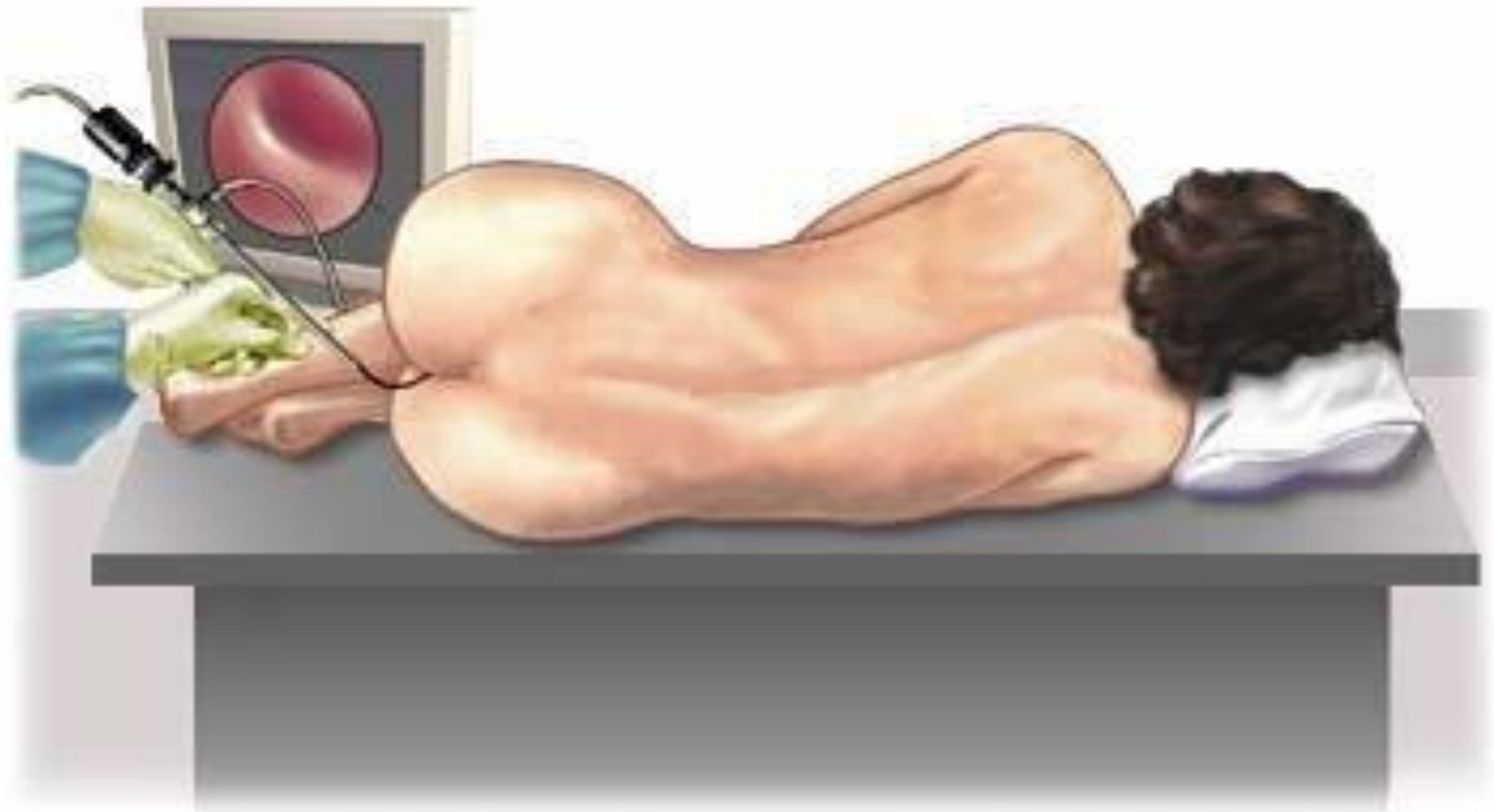
Асқынулары:

1. Тоқішектің перфорациясы.
2. Тоқішектің уытты дилытациясы.
3. Ішектен қан кету.
4. Тоқішектің стриктурасы.
5. Тоқішектің рагы.

Қосымша зерттеу мәліметтері.

1. Тік ішекті саусақпен зерттеу. Саусаққа қанды немесе іріңді кілегейлі жағынды ілінеді және ішек кілегей қабығының бұлдырлануы мен қалындауы байқалады.
2. Лабораториялық зерттеулерде анықталатын өзгерістер.

қанның жалпы анализінде: анемия, ЭТЖ жоғарлауы, лейкоцитоз, тромбоцитоз.



Қанның биохимиялық анализдерінде: жедел фазалық көрсеткіштердің биіктеуі (фибриногеннің, серомукоидтың), СРБ-тың болуы; гипоальбуминемия, гипопротеинемия; гипокалиемия, гипокальциемия, гидрокарбонаттар концентрациясының төмендеуі; билирубиннің көбеюі; гепатиттің дамуынан – бауыр сынамаларының өзгерістері.

Серологиялық анализдер – науқастардың кейбіреуінде тоқішектің кілегей қабығына, ДНК-ға, эритроциттерге антиденелер анықталады.

Бактериологиялық зерттеулер – нәжістің бактериологиялық анализі жедел дизентериядан айыру үшін және дисбактериоздың түрін анықтау қажет.

3. Аспаптық зерттеулер.

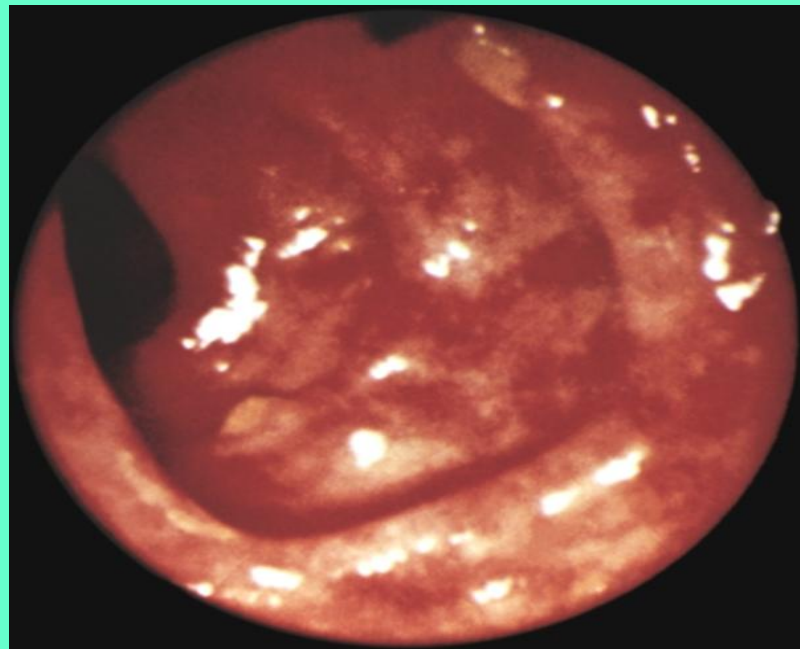
Ректороманоскопия – дертті анықтау үшін міндетті түрде қолданатын зерттеу әдісі. Эндоскопиялық көрінісінен активтіліктің дәрежелерін айырады:

I дәрежелі (минимальді) – тік ішектің кілегей қабығы ісініп қызарған және жарақаттанғыш.

II дәрежелі (орташа) – бірінші дәрежелі активтілігінің көрінісімен қатар көптген эрозиялар, фибриндік шөгінділер, ішекте мол мөлшерде қанды және ірінді кілегей болады, тамыр өрнегі жойылған.

III дәрежелі (өте айқын) – кілегей қабықтың беті фибринді - ірінді шөгіндімен қапталғаны сыдырғанда астынан түйіршікті, тұтас қанайтын ішектің беті көрінеді; эпителизацияланудың белгілері жоқ; көптеген жаралар мен псевдополиптер; ішектің қабырғасы ригидті, өзегі тарылған.

Колоноскопия – жаралы колитті өзге аурулардан айыру үшін немесе аурудың тік ішектің зақымдануынсыз сегментті түрлерін және зақымданудың таралу көлемін анықтау мақсатымен жасалады.



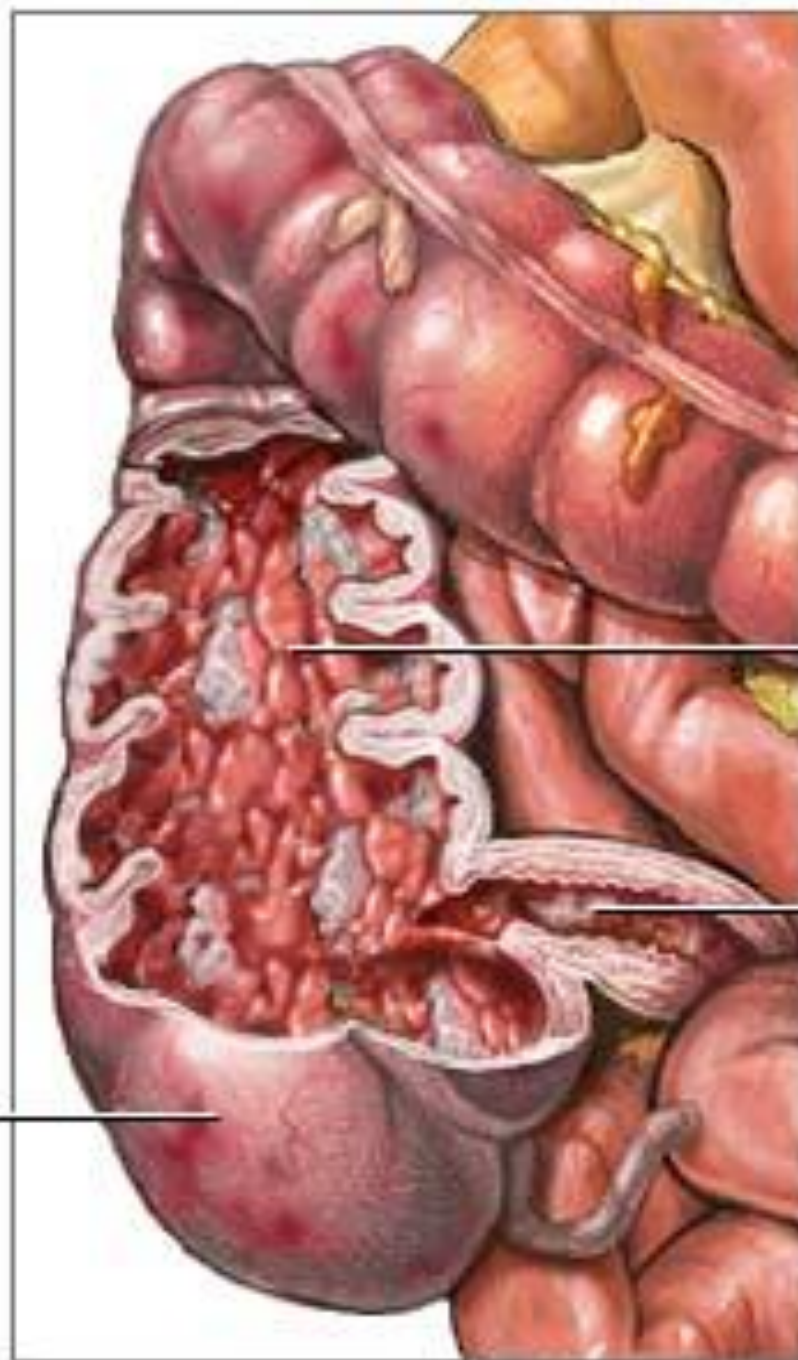


Рентгенологиялық зерттеулер:

- 1) Іш қуыстың шолу рентгенографиясы – перфорацияны, тоқішектің уытты диялтациясын анықтау қажет;
- 2) Ирригоскопия – анықталатын өзгерістер. Ішек контурының кетіктенуі, гаустрацияның жойылуы, бүрмелердің қалыңдауы, көптеген дақтар, жаралық ойықтар, толу кемістіктері және ішектің әркелкі таралуы немесе қысқаруы.

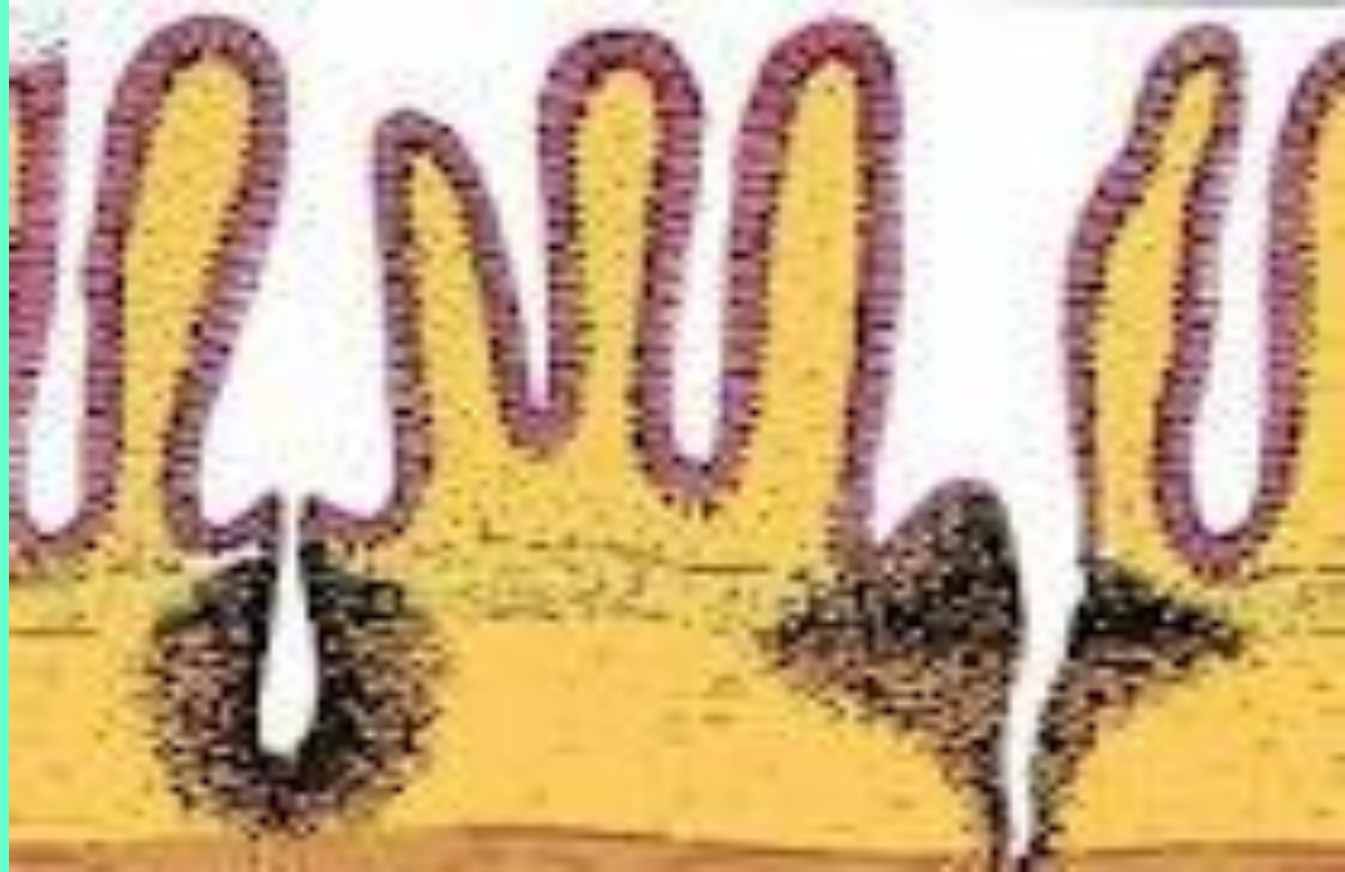


Cecum
portion
of large
intestine



Inflammatory
bowel
disease (IBD)

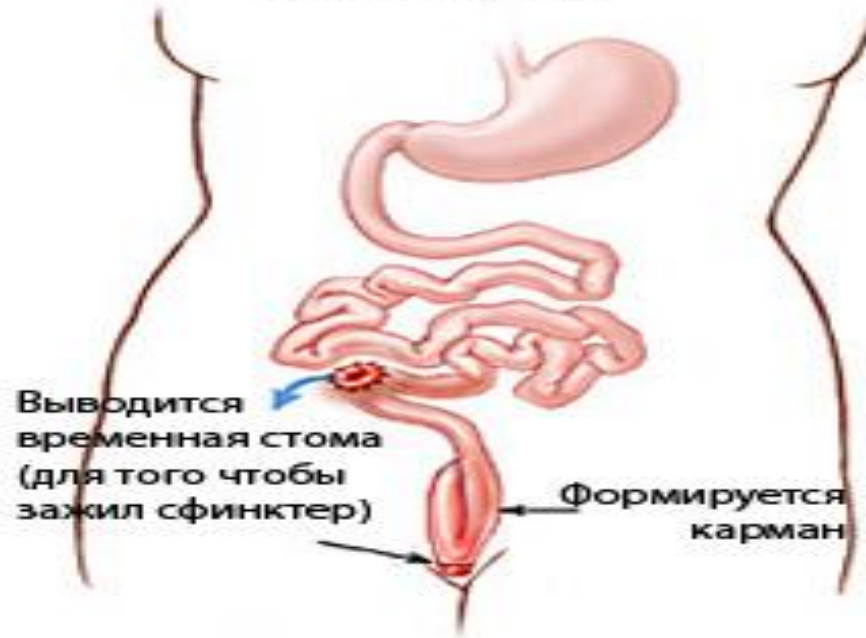
Ileum
portion
of small
intestine



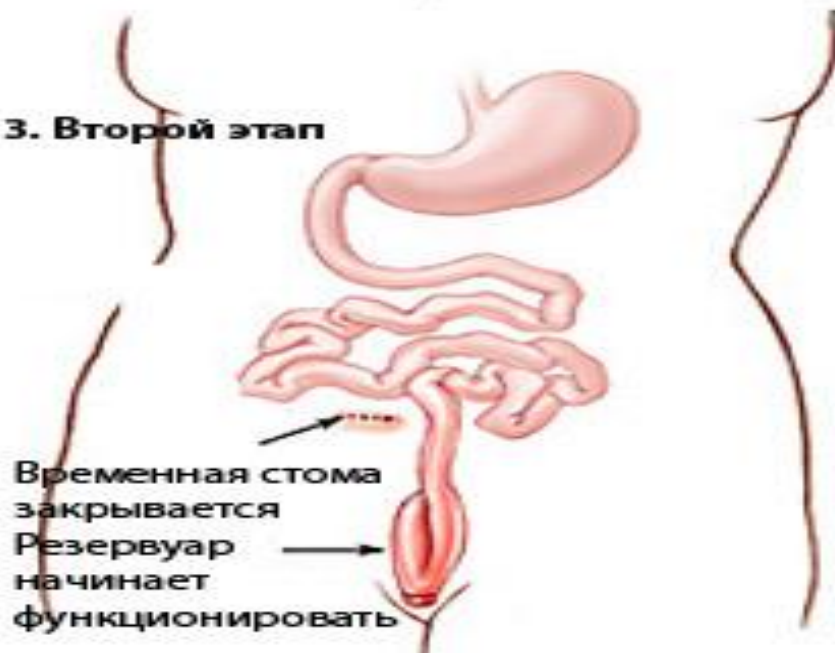
1. Удаление толстой кишки с сохранением анального сфинктера



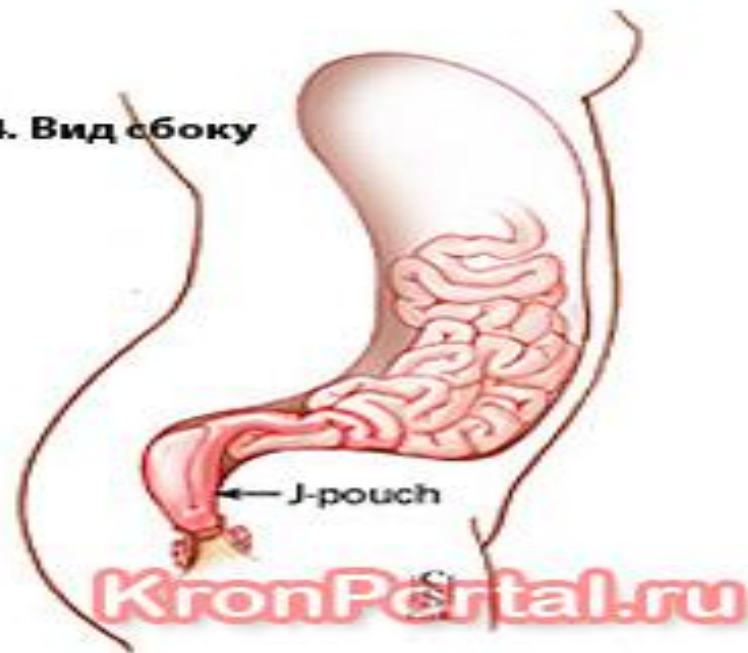
2. Первый этап



3. Второй этап



4. Вид сбоку



Дифференциалдық диагноз

1. Бактериялық және амебалық дизентерия. Бұл ауруларды айырғанда сүйенетін мәліметтер: эпидемиологиялық анамнез, маусымдық тәуелділік; іштің алғашқы күндерден бастап өтуі, кілегейдің бөлінуі, содан кейін нәжісті қан талшықтарының пайда болуы; нәжістің бактериологиялық зерттеуінде шигелланың немесе микроскопиялық зерттеуінде патологиялық амебаның анықталуы; ректороманоскопияның мәліметтері – ішектің тарылмауы, кілегей қабық өрнегінің сақталуы; некроттық ошақтардың, псевдополиптердің, диффузды қанағыштықтың болмауы.

2. Крон ауруы – жінішке ішекті және ішек қабырғасының барлық қабаттарын тұтас зақымдайтын ауру. Жаралардың жінішке, саңылау тәрізділігінен ішектің эндоскопиялық көрінісі “тас көшеге” ұқсайды. Ауруды айыруға биопсия көмектеседі. Крон ауруында осы ауруға тән гранулемалар анықталады.

БОЛЕЗНЬ
КРОНА



ЯЗВЕННЫЙ
КОЛИТ



Емі.

Емдік дәм. Өршу кезінде № 4, 4б ремиссия кезінде 4в емдәмі беріледі. Науқастардың кейбіреуінде аглютендік диета (ақ және қара бидай, арпа өнімдері қосылмаған тағамдар) диареяны тоқтатады.

Аса ауыр жағдайда белок гидролизаттарын (аминопептид, казеин гидролизаты, т.б), аминқышқыл қоспалары (альвезин, полиамин, валин т.б), глюкозаны, липидтік дәрмектерді (интралипид, липофундин) тамшылатып парентральды қоректендіреді. Қоректендірумен қатар электролиттік бұзылыстарды, микроэлементтер тапшылығын жою үшін калий, натрий хлориді, магний сульфаты ерітінділерін, витаминдерді, темір дәрмектерін емге қосады.

Базистік дәрмектер

Жаралы колит емінің дәрмектеріне жататындар: 5-аминосалицил қышқылының туындылары және цитостатиктер. Базистік дәрмектер патогенездің негізгі буындарына әсер етеді: қабыну медиаторларының түзілуіне, иммундық бұзылыстарға, т.б. 5-аминосалицил қышқылының туындылары: сульфасалазин, салазопиридозин, салазодиметоксин, мезалазин, салофальк, 5-аминосалицил қышқылы. Аталған дәрмектердің алдыңғы үшеуі ішектің флораның әсерінен екі затқа бөлінеді – 5- АСК-на және сульфапиридинге. 5-АСК лейкопротейндердің, простогландиндердің, өзге қабыну медиаторларының синтезін тежеу арқылы қабынуды басады. Сульфапиридин антибактериялық және қабынуға қарсы әсер етеді. Оның әсерін анаэробтық флораның, әсіресе клостидияның көбеюі тоқтайды. Дәрмектердің ерекше қасиеті – дәнекер тінді, соның ішінде ішектің қабырғасында жиналып 5- АСК –ын біртіндеп бөлуі

Сульфасалазинді 0,5 г тамақтан 1 сағат бұрын күніне 4 рет ішеді. Дәрмекті қолданған кезде сұйықтықты мол ішу қажет (сүтті, минеральді суды, т.б).

Тәулігіне 2 г асырылған дозаны науқастардың көбі көтере алмайды, егер көтере алатын болса 5-7 күн 4-6-8 г ішеді, ал ол әсер етпесе, онда доза 10-12г көбейтеді. Емнің алғашты аптасында (5-8 күндерде) науқастын жағдайы тәуірленеді, қан мен кілегей бөлінуі азаяды, ал емнің 3-4 апталарында ректороманоскопиялық көрініс жақсарады.

Аурудың өршуі басталғаннан кейін дәрмекті біртіндеп азайтып, сүйемелдеу дозасына келтіреді (1-1,5 г/тәул). Осы дозады науқасты бір жыл немесе үнемі ұстайды. Сульфасалазин жақпағанда, орнына месалазин тәулігіне 1 г беріледі.

Егерде тоқішектің төменгі бөліктері (тік ішек, сигма тәрізді ішек) зақымданса, жалпы еммен бірге жергілікті емді жасайды.

Сульфасалазинді 1-3 г микроклизма немесе 0,5-1 г суппозитория түрінде 3-4 апта, 5 % салазопиридозиннің суспензиясын 30 мл күніне 2 реттен 1-2 ай тік ішекке енгізеді.

Салазадәрмектердің жанама әсерлері: диспепсиялық бұзылыстар, жегі синдром, агранулацитоз, метгемоглобинемия, гемолиз, аллергиялық пневмотит, еркектердің ұрықсыздығы.

Глюкокортикоидтар – (преднизолон),
иммуносупрессанттар – азатиоприн күніне
150-250 мг немесе меккаптопурин 100мг
беріледі, цитостатиктерді
глюкокортикоидтармен бірге қолданылады.

Микроклизмалар – колларгол, антипирин,
новокаин ерітіндісімен немесе
түймедақтың, зығыр ұрығының тұнбасымен
жасайды.

Антибактериялық ем және ішек
дисбактериозын емдеу.

Хирургиялық ем.

Назарларыңызға
рахмет!