

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

**ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ:
«ДИАГНОСТИКА
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО
ЯЗВЕННОГО КОЛИТА»**

Выполнил: студент 444 группы ОМ
Ташенов Д.С.

Проверила: Бекенова Ф.К.

АСТАНА 2016

Содержание

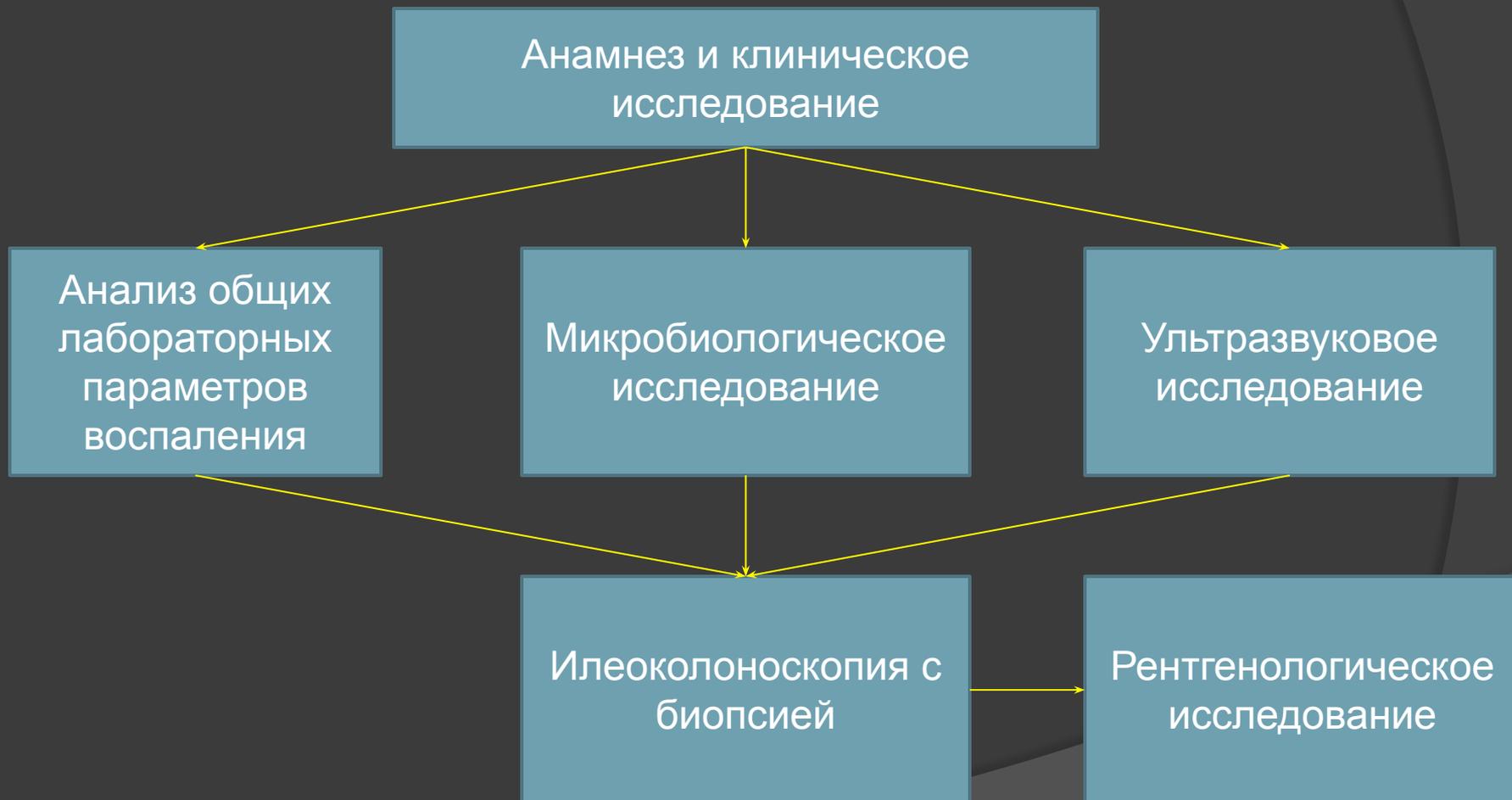
- Введение
- Лабораторная диагностика
- Микробиологическая
- УЗИ
- Эндоскопия
- Рентгенография
- Заключение
- Список литературы

Введение

При проведении первичной диагностики в настоящее время применяются 5 основных методов:

- эндоскопия с прицельной биопсией;
- ультразвуковое исследование;
- рентгенологическое исследование;
- лабораторное исследование;
- микробиологическое исследование

Алгоритм диагностики



Лабораторная диагностика

Лабораторные показатели, позволяющие оценить активность воспаления у больных НЯК:

- ◎ СОЭ
- ◎ С-реактивный белок
- ◎ Гемоглобин
- ◎ Гематокрит
- ◎ Лейкоциты
- ◎ Тромбоциты
- ◎ Альбумин сыворотки
- ◎ Железо сыворотки, Ферритин
- ◎ Витамин В12, фолиевая кислота
- ◎ Показатели свертывающей системы крови

- Повышение СОЭ свидетельствует об активности воспалительного заболевания кишечника, однако нормальные значения СОЭ еще не исключают наличия его рецидива.
- Лейкоцитоз со сдвигом влево также отражает картину острого воспаления и может указывать, кроме того, на наличие осложнений (свищи, абсцессы) или на развитие токсического мегаколона.
- У больных с умеренно тяжелым или тяжелым течением язвенного колита часто отмечается уровень тромбоцитов порядка $400 \cdot 10^9/\text{л}$
- Снижение уровня гемоглобина или гематокрита может быть отражением видимых или скрытых кровотечений, дефицита железа, нарушений процессов всасывания в терминальном отделе подвздошной кишки или же токсического поражения костного мозга.
- Снижение уровня сывороточного железа и ферритина является результатом хронической кровопотери и нарушения всасывания.
- Внекишечные проявления, связанные с поражением печени и поджелудочной железы, могут сопровождаться повышением уровня трансаминаз, γ -ГТ, щелочной фосфатазы, амилазы или липазы сыворотки. Нарушения всасывания ведут, кроме того, к снижению уровня витаминов и микроэлементов (цинк, магний) с последующими расстройствами функций различных органов
- В фазе обострения хронических воспалительных заболеваний кишечника отмечается повышение уровня острофазовых белков в сыворотке крови: С-реактивного белка, α_2 -антитрипсина, α_2 -кислого гликопротеина (орозомукоида), α_1 -антихимотрипсина и гаптоглобина. Они являются неспецифическими маркерами воспалительной реакции.

В настоящее время методом выбора является определение содержания α1-антитрипсина в кале с помощью радиальной иммунодиффузии или нефелометрии. Этот гликопротеин синтезируется в печени, он не разрушается бактериями или панкреатическими ферментами и не абсорбируется в кишечнике. Поэтому его содержание в кале хорошо отражает степень потери белка через кишечник. Наряду с определением содержания α1-антитрипсина в кале некоторые авторы рекомендуют оценивать клиренс α1-антитрипсина, который рассчитывается, исходя из разницы концентрации этого гликопротеина в сыворотке и кале. По мнению этих исследователей, данный параметр точнее отражает различия между здоровыми лицами и больными НЯК. У пациентов с обострением язвенного колита повышены содержание α1-антитрипсина в кале и его клиренс.

Микробиологическая диагностика

Микробиологическая диагностика призвана ответить на 3 вопроса:

- являются ли причиной развития диареи и колита специфические возбудители (бактерии, вирусы, простейшие)?
- являются ли они причиной рецидива хронического воспалительного заболевания кишечника?
- являются ли бактерии или вирусы этиологическими факторами развития хронических воспалительных заболеваний кишечника?

В настоящее время не известен ни один возбудитель инфекции, которому можно было бы приписать главную роль.

1. Исследование кала (посев с целью получения культуры, микроскопия, иммунологическое исследование): *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, сальмонеллы, шигеллы, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile* (токсин), *Pseudomonas*, *Aeromonas*, амебы
2. Биопсия (посев с целью получения культуры, микроскопия): *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Giardia lamblia*
3. Серологическое исследование: *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni*, *Chlamydia trachomatis*, ЦМВ, вирус простого герпеса

УЗИ

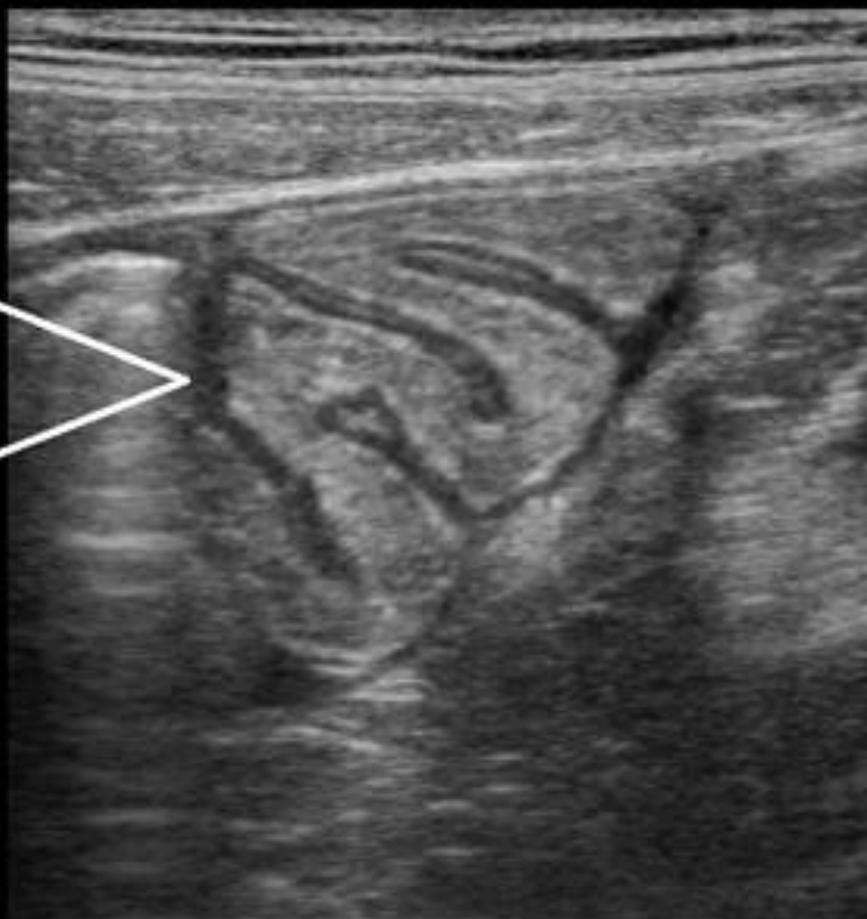
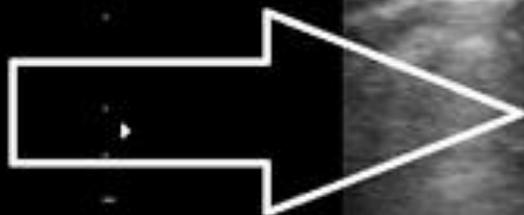
УЗИ позволяет получить данные о распространении воспалительного процесса, локализации поражения, наличии свищей, абсцессов, участков стенозирования и опухолевидных конгломератов. Оно может оказаться полезным в неотложной ситуации, например при диагностике кишечной непроходимости и, кроме того, позволяет обнаружить внекишечные проявления и осложнения (в частности, желчнокаменную болезнь, абсцессы печени).

УЗИ признаки НЯК:

- Конфигурация стенки кишечника в поперечном сечении в виде кольца (симптом мишени)
- Протяженное анэхогенное утолщение (более 4 мм) стенки кишки
- Сохранение слоистого строения стенки кишки
- Ослабление перистальтики
- Уменьшение чувствительности измененного сегмента кишечника к давлению
- Потеря гаустр

[2D] У55/105дБ/УК10/Дав.90/8.8МГц/ИПС 1

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ



Расст1 0.23cm



Эндоскопия

С помощью эндоскопического исследования можно:

- ⦿ точно оценить распространенность поражения слизистой оболочки',
- ⦿ охарактеризовать поверхность слизистой оболочки (в частности, ее окраску и структурные особенности);
- ⦿ взять биопсию из различных участков желудочно-кишечного тракта, что позволяет провести гистологическое и бактериологическое исследования , а также облегчает дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных поражений слизистой оболочки;
- ⦿ определить тактику лечения, остановить кровотечение, удалить полипы , перекрывающие просвет кишечника, осуществить дилатацию его стенозированных участков;
- ⦿ применение видеоэндоскопии позволяет сохранить результаты исследования и впоследствии дает возможность другим специалистам оценить их (контроль качества исследования!).

Распространение поражений	Последовательное В проксимальном направлении Концентрически Поражение прямой кишки в 95% случаев Поражение области заднего прохода (редко)
Слабо выраженное обострение	Гиперемия, исчезновение сосудистого рисунка и грануляции слизистой оболочки, повышенная ранимость, легкая кровоточивость.
Выраженное обострение	Плоские, сливающиеся язвы, гнойный экссудат, гиперемия слизистой оболочки с диффузными спонтанными кровотечениями
Ремиссия	Отсутствие гаустр, псевдо полипы, сужение просвета, мостики из слизистой оболочки

- Первыми эндоскопическими признаками язвенного колита являются отек и гиперемия слизистой оболочки, а также грануляции на ее поверхности. Из-за отека слизистой оболочки часто не удается увидеть кровеносные сосуды. Мелкие грануляции на поверхности слизистой оболочки приводят к тому, что из-за неровности ее поверхности происходит многократное преломление света. Если потерю сосудистого рисунка и грануляции слизистой оболочки можно обнаружить и в фазу ремиссии, то выявление эритемы свидетельствует об обострении заболевания.
- В случае прогрессирования воспаления образуются небольшие поверхностные язвы, окруженные воспалительно измененной слизистой оболочкой со склонностью к спонтанным кровотечениям. Язвы, частично покрытые гнойным экссудатом, а частично — фибрином, сливаются между собой. При тяжелом обострении воспаления кровоточивость слизистой оболочки становится диффузной. В этой стадии по краям язв формируются воспалительные полипы, которые иногда располагаются на ножке, но большей частью имеют широкое основание. Они способны достигать нескольких сантиметров, а образующиеся на их поверхности изъязвления могут создавать картину, позволяющую заподозрить злокачественное поражение.

Сосудистый рисунок слизистой оболочки в фазе ремиссии оказывается смазанным. Обращает на себя внимание потеря гаустр, в результате чего пораженный участок кишечника приобретает вид неподвижной трубки. Просвет кишечника суживается. При язвенном колите вследствие гипертрофии мышечной оболочки стенки толстой кишки возникают стриктуры, приводящие к клинически значимым стенозам. В результате повторных тяжелых обострений заболевания слизистая оболочка пораженного участка толстой кишки бывает усеяна воспалительными полипами. Иногда обнаруживаются мостики из слизистой оболочки, которые протягиваются через просвет кишечника к участкам ее регенерации.

Рентгенологическое исследование

Локализация поражения

При язвенном колите поражения локализуются первоначально в прямой кишке и распространяются в дальнейшем последовательно в проксимальном направлении. Чаще всего они однотипные, расположены симметрично, переход от измененной слизистой оболочки к нормальной обычно плавный.

Изменения слизистой оболочки При язвенном колите изменения ограничиваются обычно слизистой оболочкой и не распространяются глубже мышечной пластинки (muscularis mucosa). Ранние изменения слизистой оболочки (гиперемия, отек и воспалительная клеточная инфильтрация) рентгенологически не выявляются. Начальные рентгенологические признаки включают в себя изменения рисунка слизистой оболочки с появлением нежных грануляций и нечеткими контурами стенки кишки, обусловленными, по-видимому, развитием криптита. Полулунные складки становятся расширенными, гаустры сглаживаются, эластичность пораженного участка кишки уменьшается. При дальнейшем течении заболевания грануляции слизистой оболочки становятся грубыми и возникают язвы. Контур кишечника приобретает зубчатый вид, а гаустры сглаживаются еще больше. В тех случаях, когда дно язв разрушает под слизистый слой и воспаление достигает мышечной оболочки, образуются язвы в виде запонки, которые на тангенциальном срезе выглядят как Т-образные скопления бария



Заключение

- ⦿ Даже при применении всех возможных методов исследования примерно у 10% больных в процессе первичной диагностики не удастся точно верифицировать диагноз НЯК или БК.
- ⦿ Ни один из методов не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью, для того чтобы однозначно подтвердить диагноз язвенного колита.

Список литературы

- «Болезнь Крона и Язвенный колит» Гвидо Адлер
- «Внутренние болезни» // под ред Мухина Н.А., Моисеева В.С., Мартынова А.И.изд.,- М.: Гэотар-Медиа. Москва, 2008.-том 1,2.
- «Внутренние болезни» // под ред Маколкина В. И., Овчаренко С. И., Москва, 1999.
- Калимурзина Б.С. Ішкі аурулар 2005.
- «Методология клинического диагноза и принципы синдромной диагностики заболеваний внутренних органов», Байдурын .С. А., Астана 2004.