

**Дифференциальный диагноз
хронических воспалительных
заболеваний
толстой кишки
неустановленной этиологии**

Подготовила Володина И.Е.

РНИМУ 604В

Классификация

1. Воспалительное поражение толстой кишки неизвестной этиологии
 - а. Неспецифический язвенный колит
 - б. Болезнь Крона
2. Воспалительное поражение толстой кишки известной этиологии
 - а. Инфекционное поражение со специфическим возбудителем
 - б. Ишемическое поражение
 - в. При новообразованиях

Общее

Клиника

- диареи с/без примесью крови и слизи
- тенезмы
- боли в животе
- Лихорадка
- Анемия
- потеря массы тела
- Повреждение кожи перианальной области
- Уплотнение или объемное образование в абдоминальной зоне (реже)

Лабораторные показатели

- Ускоренная СОЭ
- Лейкоцитоз
- тромбоцитоз,
- гипохромная анемия,
- гипопротеинемия
- Гипокалиемия
- Незначительное повышение сывороточных трансаминаз
- Снижение уровня железа, В12, фолиевой кислоты, вит Д, А, К

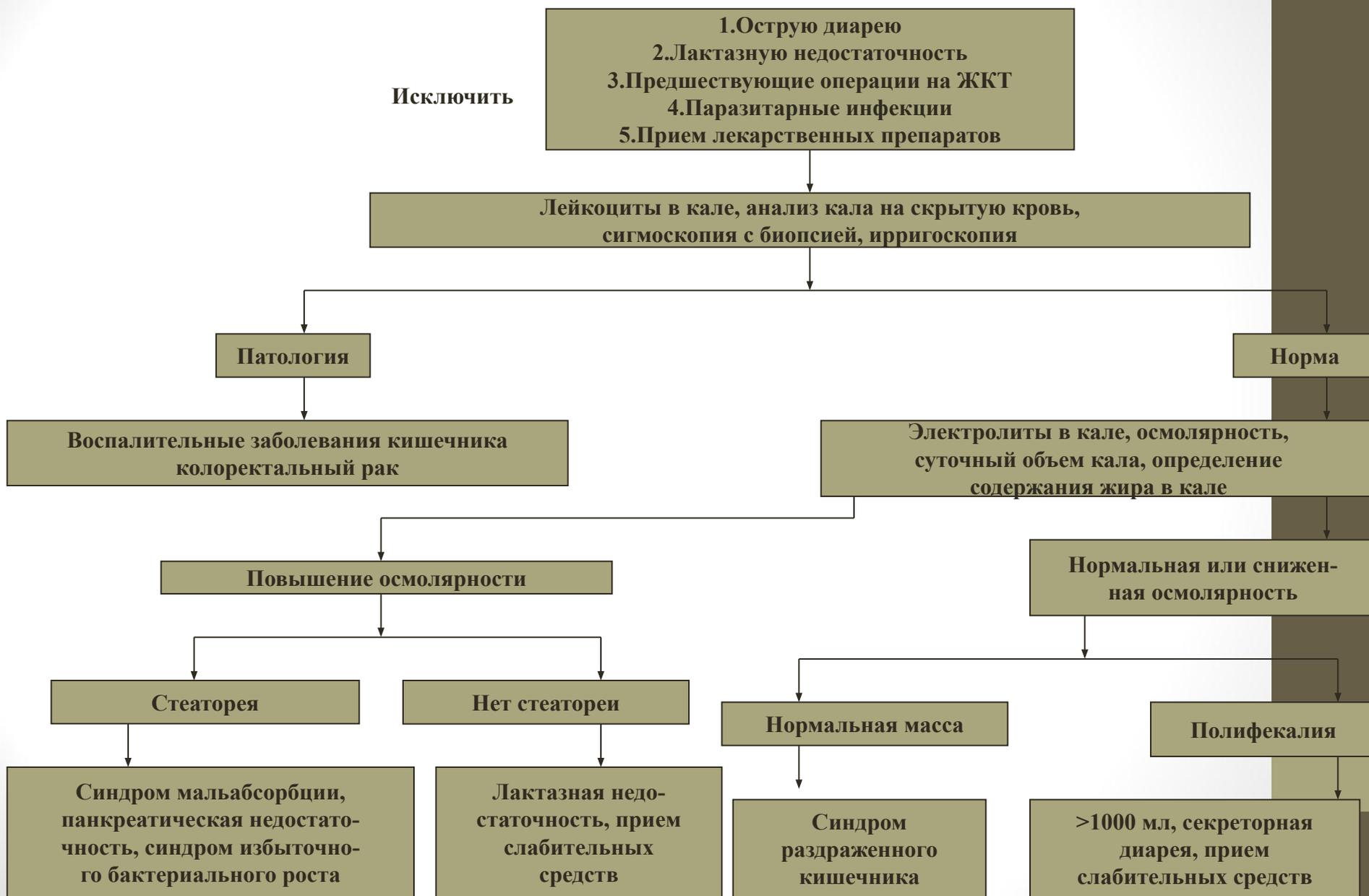
Схожие внекишечные проявления

- Узловатая эритема
- Гангренозная пиодермия
- Афтозный стоматит
- Воспалительные заболевания глаз (эписклерит, увеит, конъюнктивит, кератит, ретробульбарный неврит)
- Артриты (2–25%), сакроилеит (4–14%), анкилозирующий спондилит (2–8%)
- Первичный склерозирующий холангит

Осложнения

- ЖК кровотечения
- Токсическая дилатация
- Перфорация
- Перитонит
- Внутрибрюшные абсцессы
- Малигнизация
- Свищи (реже)
- Кишечная непроходимость (реже)

Диагностический поиск при хронической диарее



ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ДД

Инфекционной природы	Неинфекционной природы
<u>Сальмонеллёз</u>	<u>Аппендицит</u>
<u>Шигеллёз</u>	<u>Ишемический колит</u>
Туберкулез	НЯК
Колит вызванный <u>E.coli</u>	Неэпителиальные опухоли кишечника (в т.ч. карциноид)
<u>Псевдотуберкулёз</u>	<u>Радиационный колит</u> и <u>энтерит</u>
<u>Псевдомембранозный колит</u>	<u>Мезентериит</u>
<u>Амёбиаз</u>	<u>Лимфома</u> кишечника
<u>Гоноррейный проктит</u>	<u>Васкулиты</u>
<u>Хламидийный</u> проктит	Болезнь Крона
Болезнь Уипла	Рак кишечника

Неспецифический язвенный колит (НЯК) - определение

- хроническое заболевание воспалительной природы с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишок, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями

Болезнь Крона син. — гранулематозный энтерит, регионарный энтерит, трансмуральный илеит, терминальный илеит) — хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, начиная от полости рта и заканчивая прямой кишкой, с преимущественным поражением терминального отрезка подвздошной кишки и илеоколитом в 50 % случаев.

Гистологические признаки

Болезнь Крона	Язвенный колит
Трансмуральное воспаление	Воспаление слизистой (возможно трансмуральное воспаление при высокой активности язвенного колита)
Гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах (или микрогранулемы)	Отсутствие гранулём (редко гранулёмы, связанные с криптами при высокой активности заболевания)
Абсцессы крипт встречаются редко	Абсцессы крипт обычная находка
Число бокаловидных клеток в норме	Уменьшение <u>бокаловидных клеток</u>
Слизистая утолщена или норма	Слизистая оболочка истончена
Поверхностный эпителий в норме	Поверхностный эпителий уплощен

Макроскопия

НЯК

болезнь Крона



Эндоскопическая картина

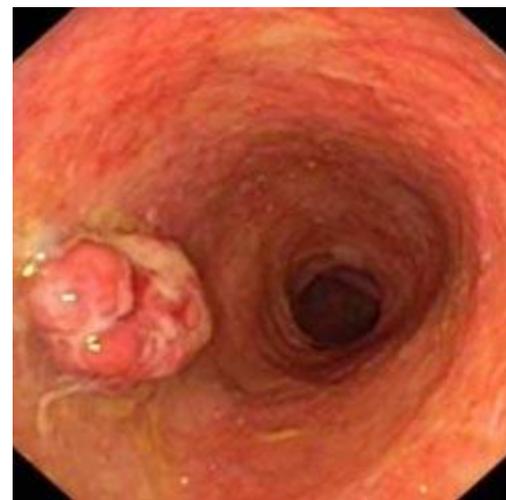
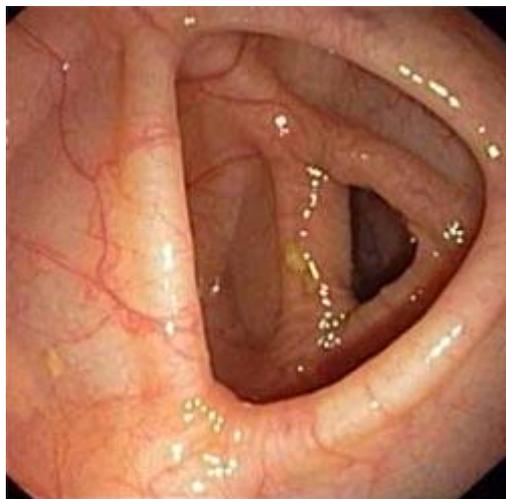
	Болезнь Крона	Язвенный колит
Прямая кишка	в 50% случаев может быть	поражается в 100% случаев
Подвздошная кишка	поражается часто	поражается редко
Непрерывность поражения	прерывистое	всегда непрерывное
Скачкообразность поражения	встречается часто	не встречается
Зернистость	-	+
Кровоточивость	-	+
Язвы	афтоидные, круглой формы или продольные, локализующиеся на фоне нормальной слизистой оболочки (изолированные язвы) могут быть на удалении от основной зоны поражения	поверхностные, неправильной формы, локализующиеся на фоне воспалённой слизистой оболочки всегда локализуются в пределах зоны поражения
“Булыжная мостовая”	+	-
Воспалительные полипы (псевдополипоз)	+	псевдополипоз типичен, имеет распространённый характер
Фиброзные стриктуры	+	-

НЯК

норма

умеренное воспаление

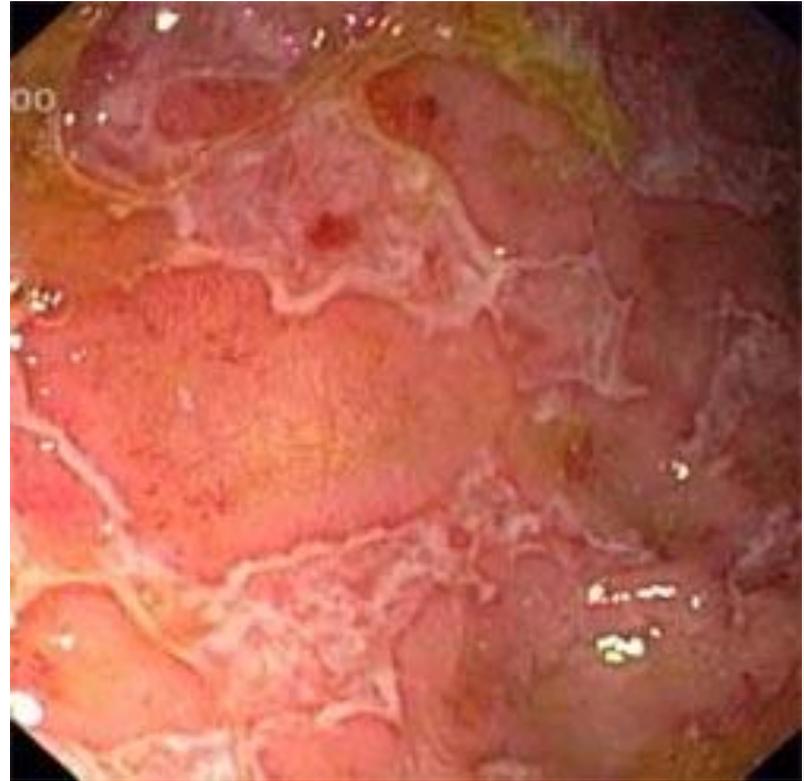
псевдополип



НЯК



БК



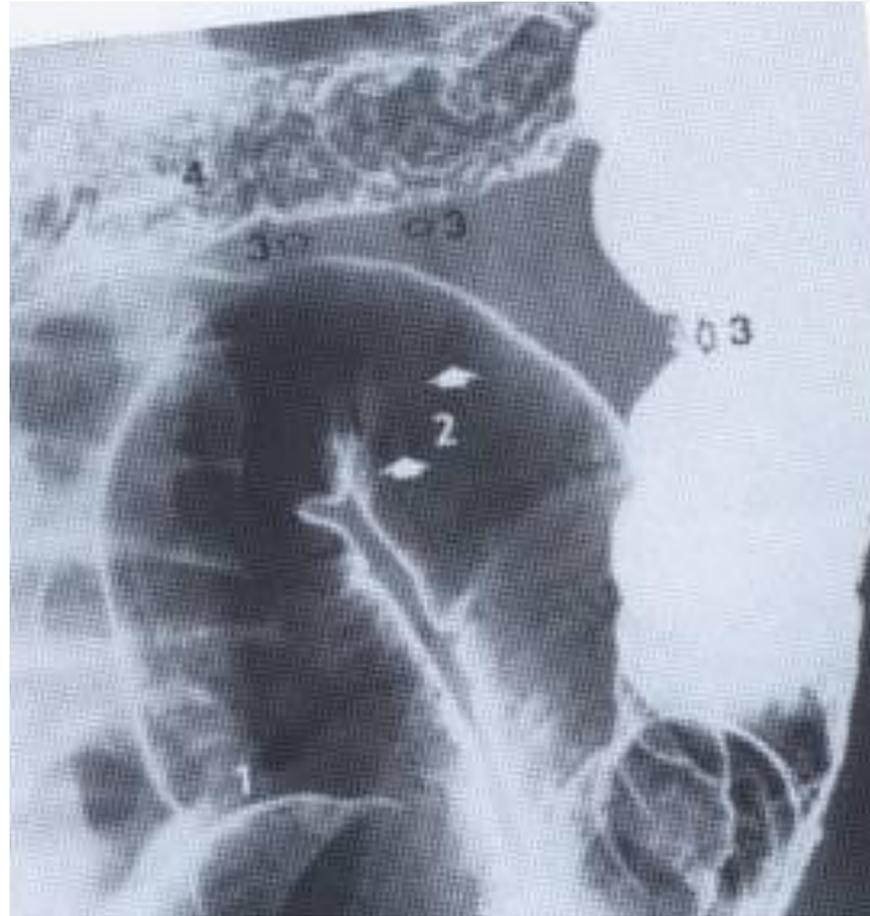
Диагностика НЯК (рентгеноскопия)

- Зернистость слизистой оболочки толстой кишки («наждачная бумага»)
- Язвенные дефекты при двойном контрастировании
- «Двойной контур» толстой кишки
- Симптом «шланга» – потеря гаустрации

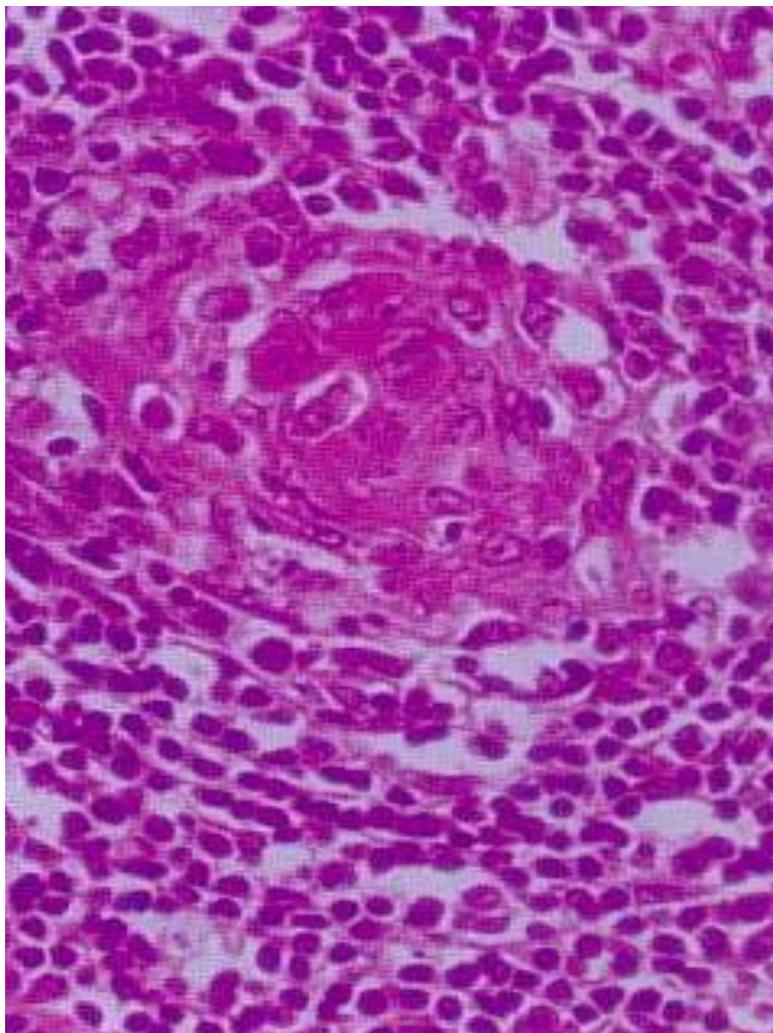


Диагностика болезни Крона (рентгеноскопия)

- Сегментарность поражения
- «Булыжная мостовая»
- «Симптом Шнура»



Болезнь Крона (саркоидоподобная гранулема)



Туберкулез кишечника

- возникает в результате прогрессирования туберкулеза легких, внутрибрюшных лимфатических узлов или других органов, но встречается и как изолированное поражение
- не имеет характерных клинических симптомов и может протекать бессимптомно
- боль определенной локализации или в правой подвздошной области (основной локализацией поражения является илеоцекальная зона)
- может захватывать все слои кишечной стенки, вызывать ее прободение, перитонит
- постоянно обнаруживается скрытая кровь
- появляется гипохромная анемия, часто лейкопения с относительным лимфоцитозом, ускоренное оседание эритроцитов.
- позже обнаруживается гипохолестеринемия, гиполецитинемия, при ухудшении процесса — гипопротеинемия, дефицит вит А, С, Вс, В2 и РР.

	туберкулез	болезнь Крона
Локализация поражения в толстой кишке	Проксимальные отделы	Не predetermined
Протяжённость стриктуры	Незначительная	Значительная
Свищи	Редко	Часто
Крупные язвы	Поперечные, обуславливающие картину, схожую с географической картой	Продольные
Рубцовые образования	Как правило	Редко
Язвы-трещины	Обычно отсутствуют Или поверхностные	Как правило Глубокие
Гранулома		
казеозный некроз	обычно имеется	никогда
величина	крупные	мелкие
форма	сливающиеся	отдельные
окружающий фиброз	обычно имеется	редко встречается
гиалиноз	обычно имеется	редко встречается
лимфоцитарный венчик	часто хорошо выражен	обычно отсутствует
Фиброз мышечного слоя	Выраженный	Не характерен
Регенерация эпителия	Характерна	Не характерна

Антитела

ASCA (антител к *Saccharomyces cerevisiae*) направлены против олигоманнозных эпитопов на клеточной стенке дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*.

- Специфичность ASCA IgG и IgA -антител для болезни Крона составляет 95-100%.
- при болезни Крона чувствительность для ASCA IgG- и для IgA-класса составляет 75% и 60% соответственно.
- Исследования выявили 5% положительных результатов IgG- и 7% IgA-класса ASCA при язвенном колите

аANCA (атипичные антинейтрофильные цитоплазматические антитела)

- Частота выявления ANCA при НЯК варьирует от 50% до 90% при язвенном колите,
- и от 10% до 20% при болезни Крона.

Комбинация двух серологических тестов ANCA и ASCA - делает возможным быстрый и неинвазивный дифференциальный диагноз между болезнью Крона и язвенным колитом.

Риск малигнизации

- При **НЯК** частота рака толстой кишки значительно выше, чем в общей популяции. Риск возникновения рака толстой кишки при длительности заболевания
 - до 5 лет составил от 0 до 5 %,
 - до 15 лет — 1,4—12 %,
 - до 20 лет — 5,2-30 %,
 - до 30 лет и более — 8,7—50 %.
- При **болезни Крона** толстой кишки также возрастает риск развития злокачественной опухоли, однако частота заболевания ниже, чем **НЯК**
 - 0,4—2,4 до 4—26,6 %.

Рак толстой кишки

- до 70 % локализуется в дистальных отделах толстой кишки (прямая и сигмовидная)
- Наиболее характерными симптомами рака толстой кишки являются кишечное кровотечение, нарушение стула, боль в животе и тенезмы
- Наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки являются нарушение кишечной проходимости, вплоть до острой кишечной непроходимости, кишечные кровотечения, перифокальные воспаления и перфорации
- При правосторонней локализации у больных нередко возникает анемия из-за длительно продолжающихся скрытых кровотечений.

Карциноид

- — аргентаффинома, редкая (0,5%) опухоль, происходящая из диффузной нейроэндокринной системы желудочно-кишечного тракта (энтерохромаффиноциты, клетки Кульчицкого)
- Продуцируют серотонин, брадикинин, гистамин, хромогранин А, субстанцию Р и др
- Локализация - тонкая кишка, но также в червеобразном отростке, дистальных отделах толстой кишки (подслизистая)
- **карциноидный синдром**: резкое изменение АД, гиперемия кожи верхней половины туловища, абдоминальные боли, диарея, бронхоспазм (эффекты гормонопродукции) – редко при локализации в аппендиксе
- **Диагноз карциноидного синдрома** подтверждается повышением в суточной моче уровня метаболита серотонина - 5-гидроксииндолуксусной кислоты.

Лимфома

- составляет менее 1% опухолей толстой кишки
- преобладает первичная В-клеточная неходжкинская лимфома.
- предрасполагающими факторами могут служить целиакия, болезнь Крона, общая переменная гипогаммаглобулинемия и СПИД
- *Клиника*: кишечные кровотечения, диарея, боль в животе, слабость, истощение, иногда пальпируются крупные опухоли с четкими границами.
- гипопропротеинемия на фоне синдрома экссудативной энтеропатии
- На слизистой- извитые складки, напоминающих поверхность головного мозга толщиной до 1-2 см с немногочисленными интрамуральными возвышениями на широком основании и зонами поверхностного некроза.
- Имеется несколько сообщений о злокачественной лимфоме, симулирующей НЯК, а также о НЯК, осложнённом лимфомой

Рациональная фармакотерапия НЯК

Обострение легкой и средней степени тяжести (дистальные формы НЯК)

- месалазин внутрь 3-4 г/сут
или
- сульфасалазин 6-8 г/сут
- преднизолон внутрь 20-30 мг/сут
- месалазин ректально 2-4 раза/сут
- преднизолон в/м

Ремиссия

- месалазин ректально 1-2 раза/сут
- месалазин 1-2 г/сут

Обострение тяжелой степени (тотальная форма НЯК)

- преднизолон внутрь 80-100 мг/сут
- циклоспорин в/в 4 мг/кг/сут
(7-14 дней)
или
- азатиоприн внутрь 2.5 мг/кг/сут

Ремиссия

- месалазин внутрь 2-3 г/сут
- меркаптопурин

Алгоритм лечения пациентов с БК

