

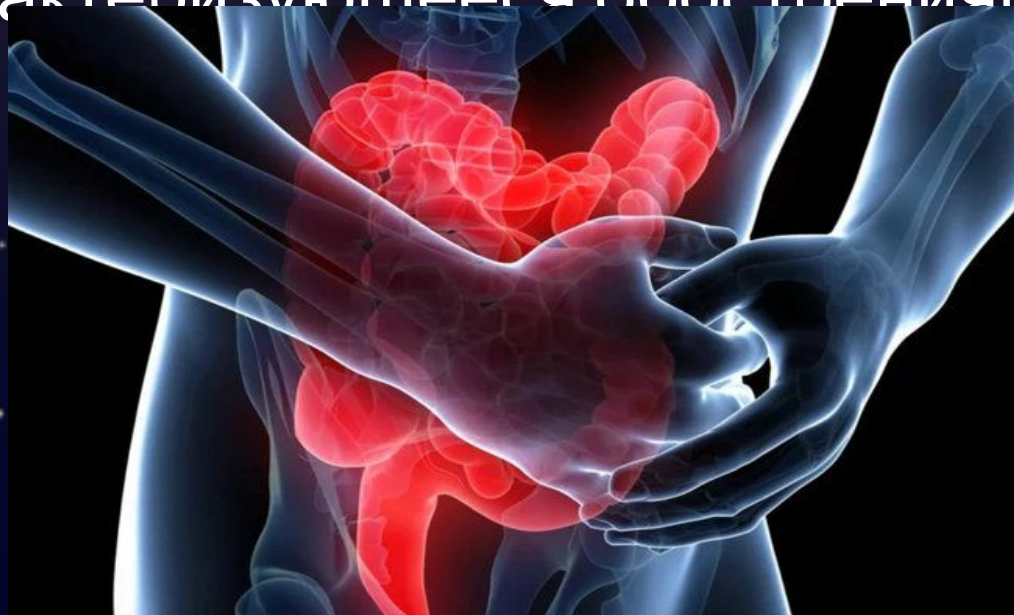
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ЯК) и БОЛЕЗНЬ КРОНА(БК)

Выполнила студентка группы 2511
Садыкова Талия Камиловна



Неспецифический язвенный колит или язвенный колит (НЯК)

- Это хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки, возникающее в результате взаимодействия между генетическими факторами и факторами внешней среды, характеризующееся обострениями.



Эпидемиология (общая).

Чаще заболевают европеоиды и жители Востока. Пик заболеваемости приходится на возраст 15 - 35 лет, однако поражаться этой патологией могут лица всех возрастных групп. Семейные случаи регистрируются в 2-5%. Частота язвенного колита составляет 6 - 8 на 100.000 населения, а болезни Крона - 20-40 на 100.000.

Основными патогенетическими факторами неспецифического язвенного колита являются:

1. Дисбактериоз кишечника - нарушение нормального состава микрофлоры в толстом кишечнике, что оказывает местное токсическое и аллергизирующее влияние, а также способствует развитию неиммунного воспаления толстой кишки;
2. Нарушение нейрогуморальной регуляции функции кишечника, обусловленное дисфункцией вегетативной и гастроинтестинальной эндокринной системы;
3. Значительное повышение проницаемости слизистой оболочки толстой кишки для молекул белка и бактериальных антигенов;
4. Повреждение кишечной стенки и образование аутоантигенов с последующим образованием аутоантител к стенке кишечника
5. Антигены некоторых штаммов *E. Coli* индуцируют синтез антител к ткани толстой кишки;
6. Образование иммунных комплексов, локализующихся в стенке толстой кишки, с развитием в ней иммунного воспаления;
7. Развитие внекишечных проявлений болезни вследствие многогранной аутоиммунной патологии.

Патологическая анатомия:

В острой стадии язвенного колита отмечаются экссудативный отек и полнокровие слизистой оболочки с утолщением и сглаженностью складок. По мере развития процесса или перехода его в хронический нарастает деструкция слизистой оболочки и образуются изъязвления, проникающие лишь до подслизистого или, реже, до мышечн



Воспаление слизистой оболочки при язвенном колите



Воспаленная отечная гиперемированная слизистая толстой кишки - язвы, эрозии

Для хронического язвенного колита характерно наличие псевдополипов (воспалительных полипов).

Они представляют собой островки слизистой оболочки, сохранившейся при ее разрушении, или же конгломерат, образовавшийся вследствие избыточной регенерации железистого эпителия.



Воспалительные полипы (псевдополипы) толстой кишки, возникшие вследствие язвенного колита

При тяжелом
хроническом течении
заболевания
кишка укорочена,
просвет ее сужен,
отсутствуют гаустры.
Мышечная оболочка
обычно не вовлекается в
воспалительный процесс.
Стриктуры для язвенного
колита нехарактерны.

Симптом "водопроводной
трубы". Трансформация
неспецифического
язвенного колита в области
сигмовидного угла в рак.



При язвенном колите могут поражаться любые отделы толстой кишки, однако прямая кишка всегда вовлечена в патологический процесс, который имеет диффузный непрерывный характер. Интенсивность воспаления в разных сегментах может быть различной; изменения постепенно переходят в нормальную слизистую оболочку, без четкой границы.

Распространенность воспаления толстой кишки при язвенном колите



Проктосигмоидит - 54%



Левостороннее поражение - 28%



Тотальный колит - 18%

При гистологическом исследовании в фазе обострения язвенного колита в слизистой оболочке отмечаются расширение капилляров и геморрагии, образование язв в результате некроза эпителия и формирование крипт-абсцессов.

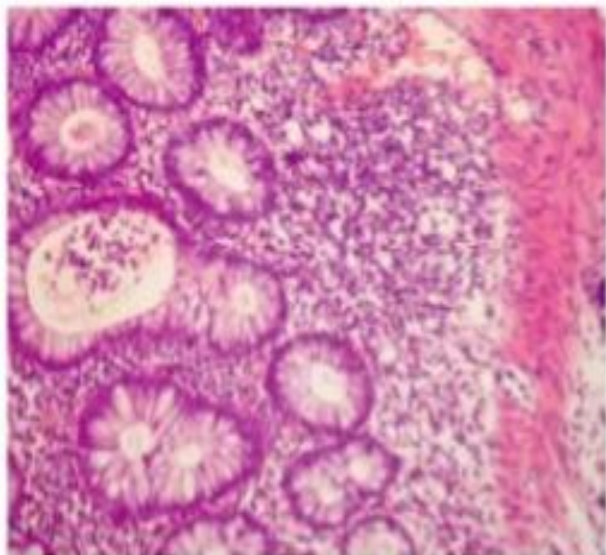


Рисунок 12. Выраженная диффузная воспалительная инфильтрация в собственной пластинке слизистой оболочки, скопление клеток в просвете крипты. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 200

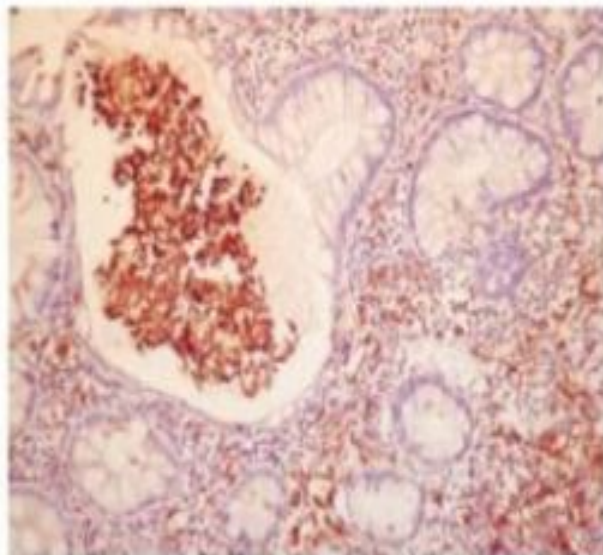


Рисунок 13. Большое количество CD68 положительных макрофагов в просвете крипты в составе крипт-абсцесса, ув. 200

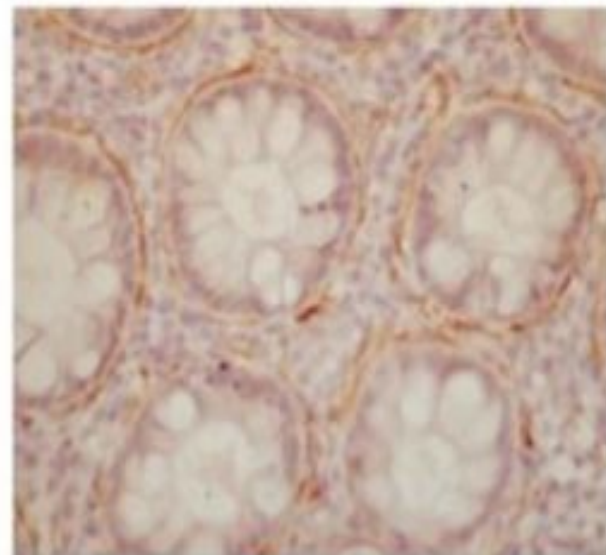


Рисунок 14. Хорошая сохранность перикрипальных миофибробластов, экспрессия гладкомышечного альфа-актина, ув. 400

Наблюдается уменьшение количества бокаловидных клеток, инфильтрация lamina propria лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами и эозинофилами. В подслизистом слое изменения выражены незначительно, за исключением случаев проникновения язвы в подслизистую основу.



Рисунок 1. Умеренная до выраженной лимфогистиоцитарная, плазмоцитарная инфильтрация, нарушения архитектоники крипт в СО. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 200

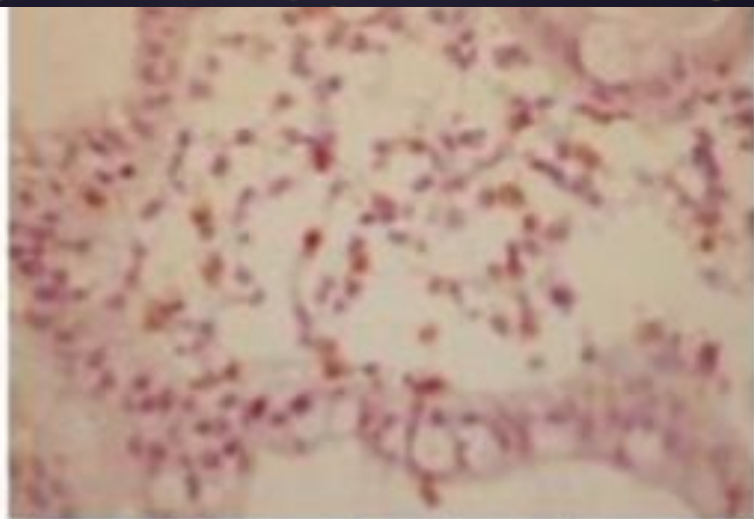
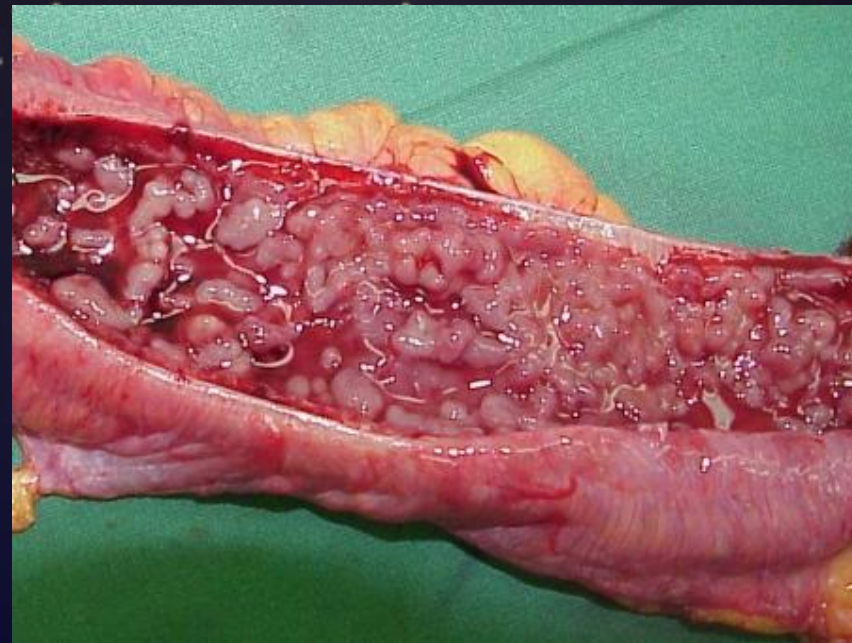


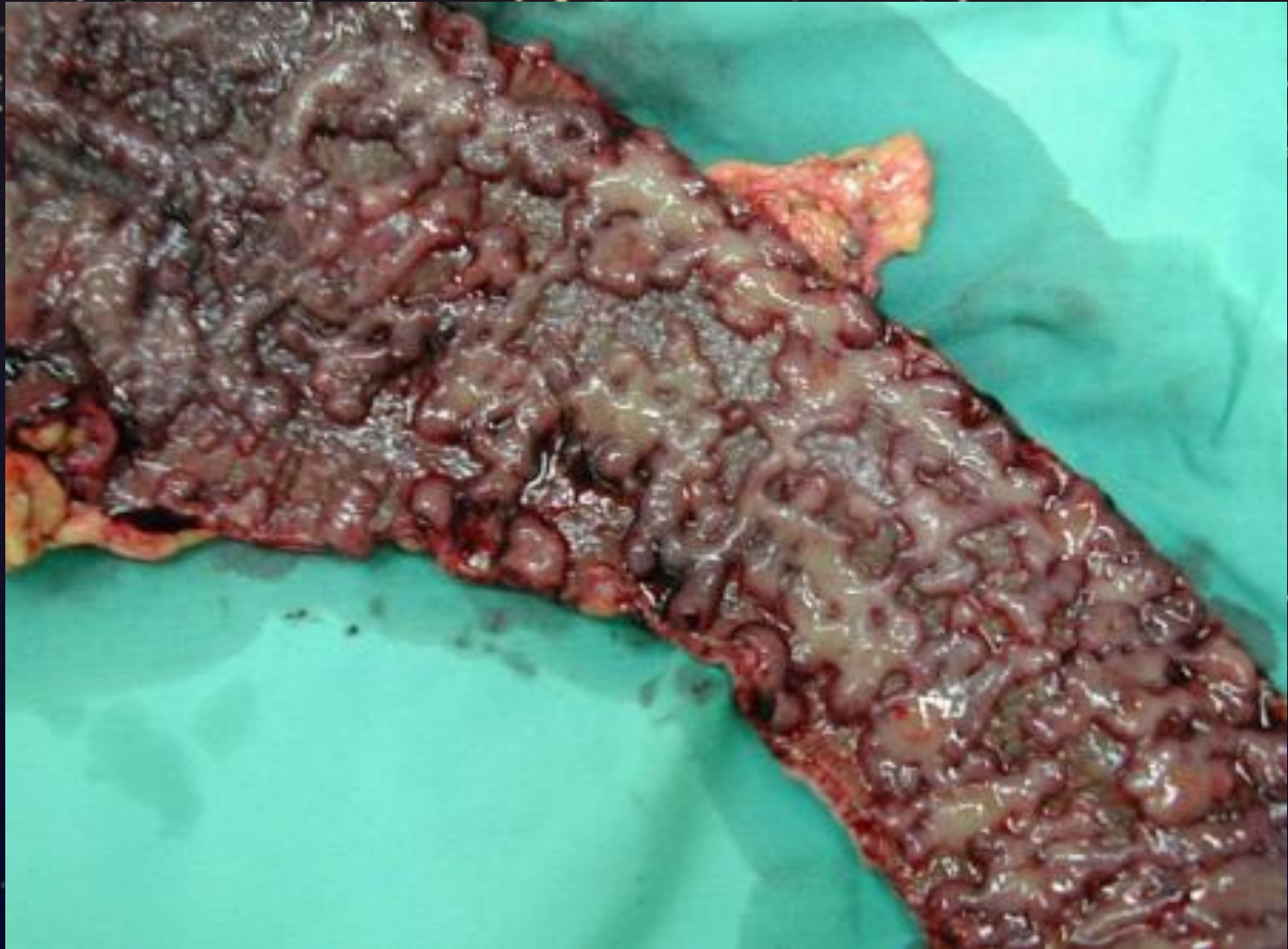
Рисунок 2. Т-лимфоциты в собственной пластинке и межэпителиально. CD3, ув. 400

Макроскопическая картина ЯК

Изъязвления,
гиперемия,
кровотечение.

Характерные черты
воспаления при этом
заболевании -
однообразие и
непрерывность









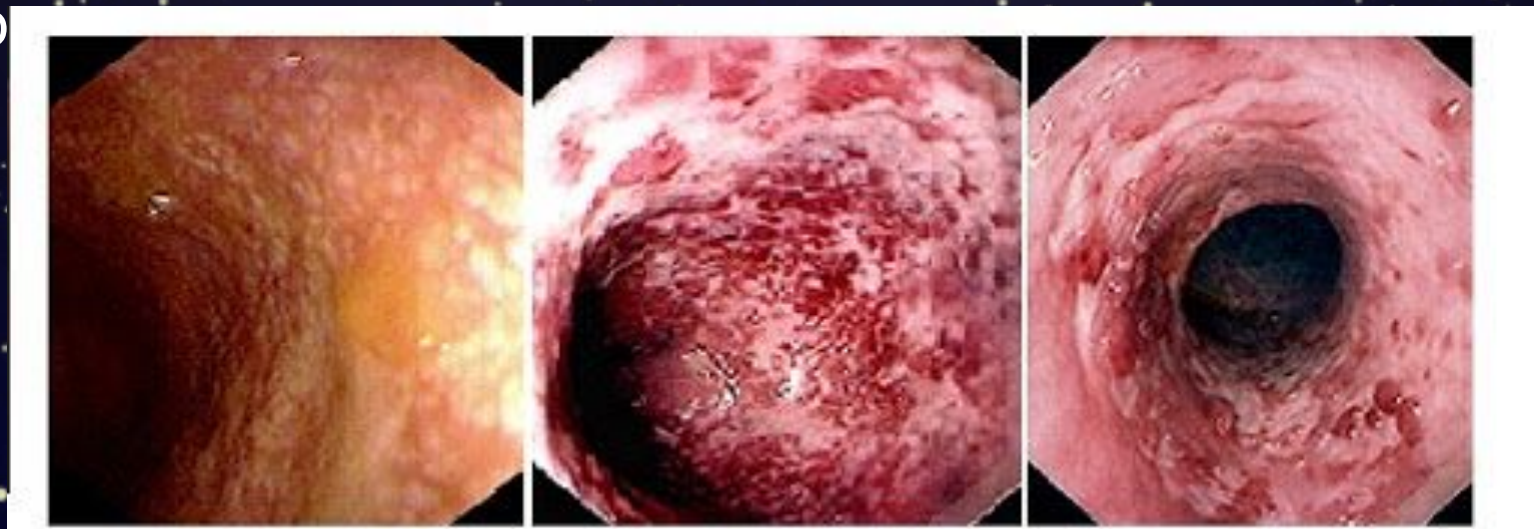
Программа обследования при НЯК:

1. Клинические анализы крови, мочи, кала, бактериологическое обследование кала, в том числе на дизентерию.
2. Биохимические тесты: белок и белковые фракции, трансаминазы, билирубин, сиаловые кислоты, фибриноген, серомукоид.
3. Ректороманоскопия.
4. Колоноскопия.
5. Ирригоскопия.

Диагностика:

Диагноз язвенного колита устанавливают на основании оценки клинической картины болезни, данных ректороманоскопии, эндоскопического и рентгенологического исследований.

По эндоскопической картине выделяют четыре степени активности воспаления в кишке: минимальная, умеренная, выраженная, выр



I степень (минимальная) характеризуется отеком слизистой оболочки, гиперемией, отсутствием сосудистого рисунка, легкой контактной кровоточивостью, мелкоточечными геморрагиями.

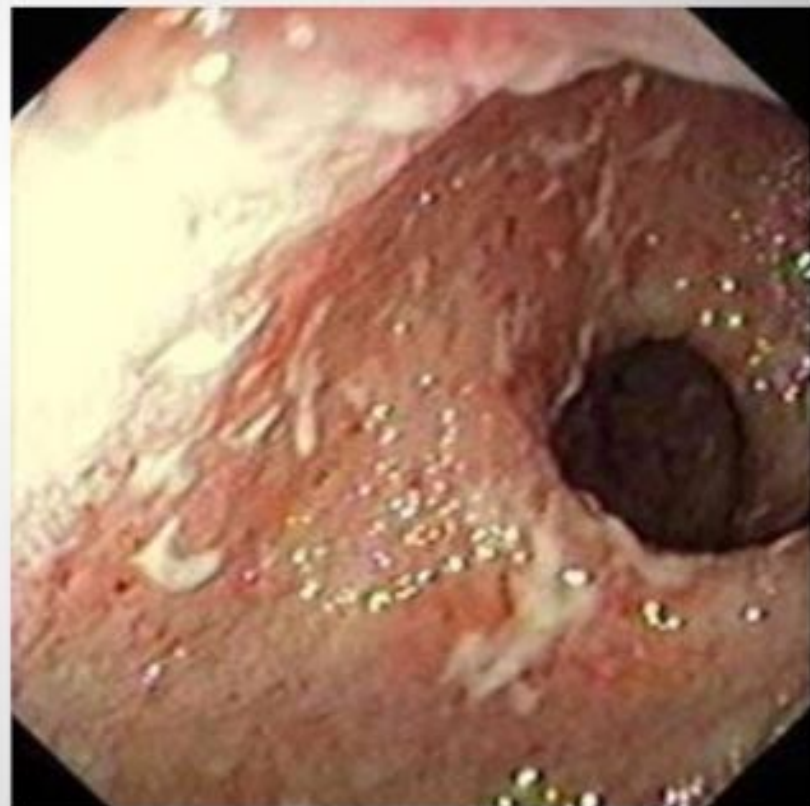
II степень (умеренная) определяется отеком, гиперемией, зернистостью, контактной кровоточивостью, наличием эрозий, сливными геморрагиями, фибринозным налетом на стенках.

III степень (выраженная) характеризуется появлением множественных сливающихся эрозий и язв на фоне описанных выше изменений в слизистой оболочке. В просвете кишки гной и кровь.

IV степень (резко выраженная), кроме перечисленных изменений, определяется формированием псевдополипов и



Тяжелая форма язвенного колита сигмовидной кишки



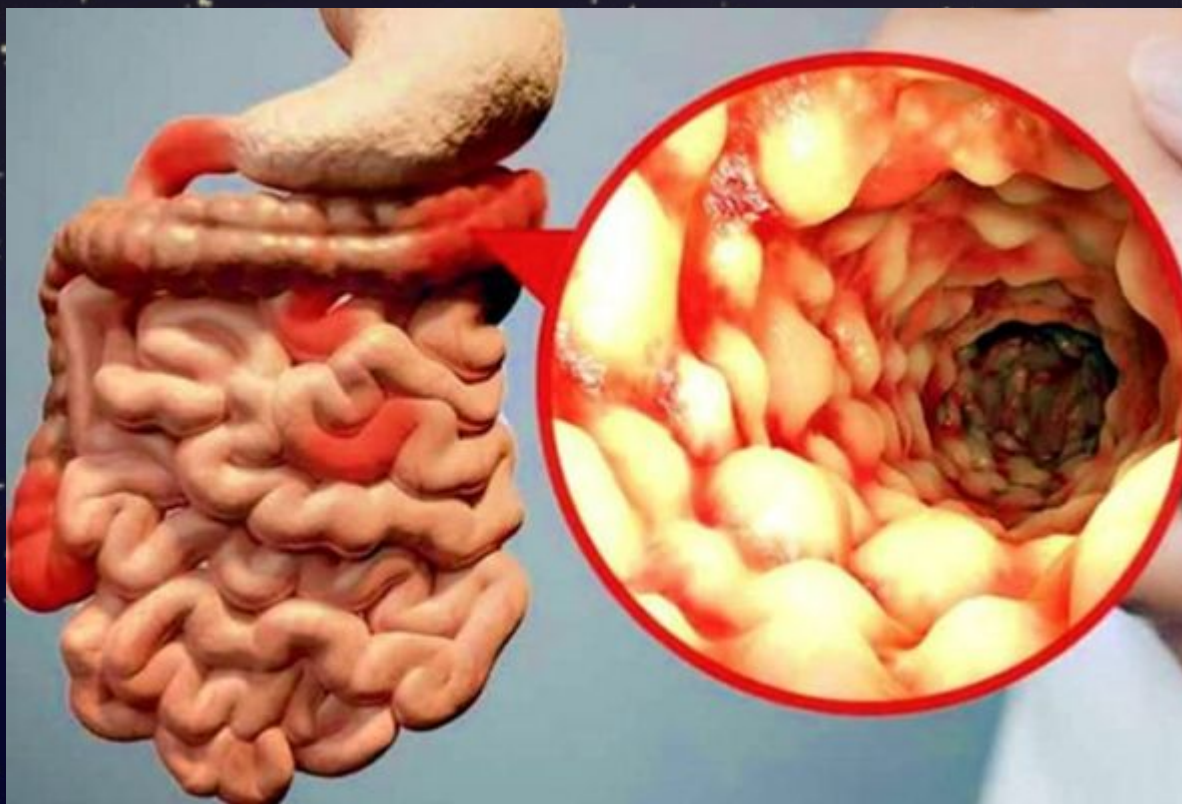
Тяжелая форма язвенного колита прямой кишки

Болезнь Крона (БК)

- Это хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся воспалительными изменениями в любом отделе пищеварительной трубки и, нередко, развитием осложнений – свищей, стриктур, инфильтратов, а также перианальных поражений.



Общепринятое название данного заболевания - "болезнь Крона", однако и до настоящего времени для ее обозначения используют и другие термины: гранулематозный колит, гранулематозный энтерит, регионарный колит, трансмуральный колит



Этиология и патогенез

- * нарушение питания
- * генетическая
предрасположенность
- * инфекционный фактор
- * иммуногенетические
расстройства



Микропрепара т.

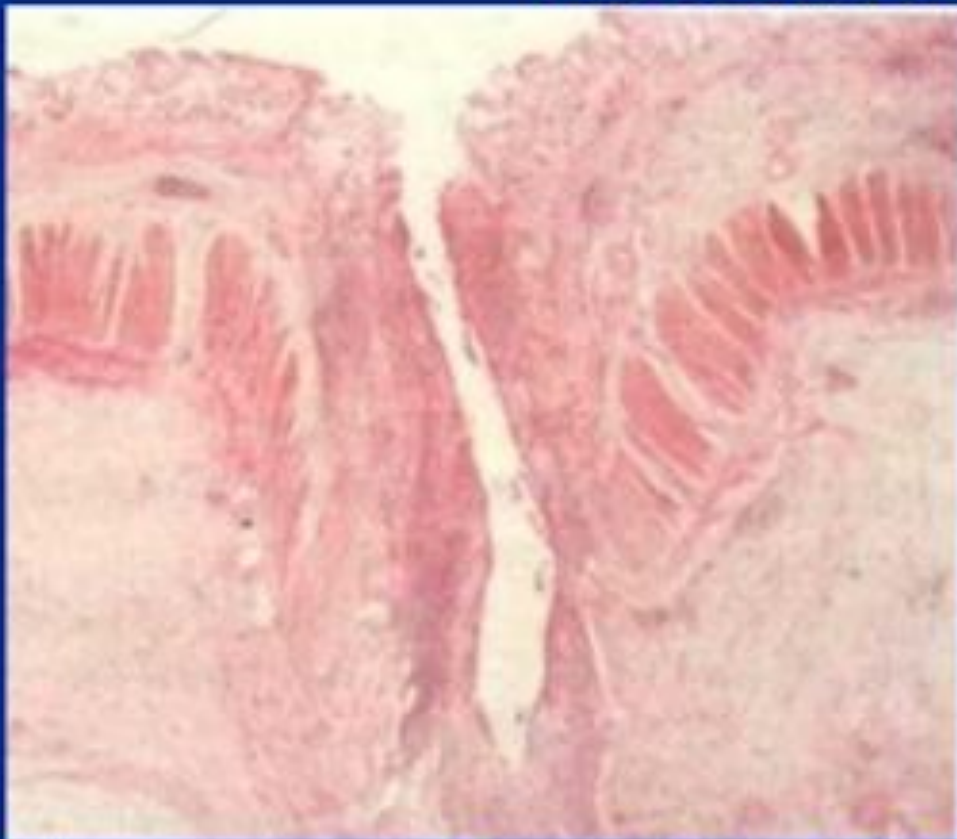
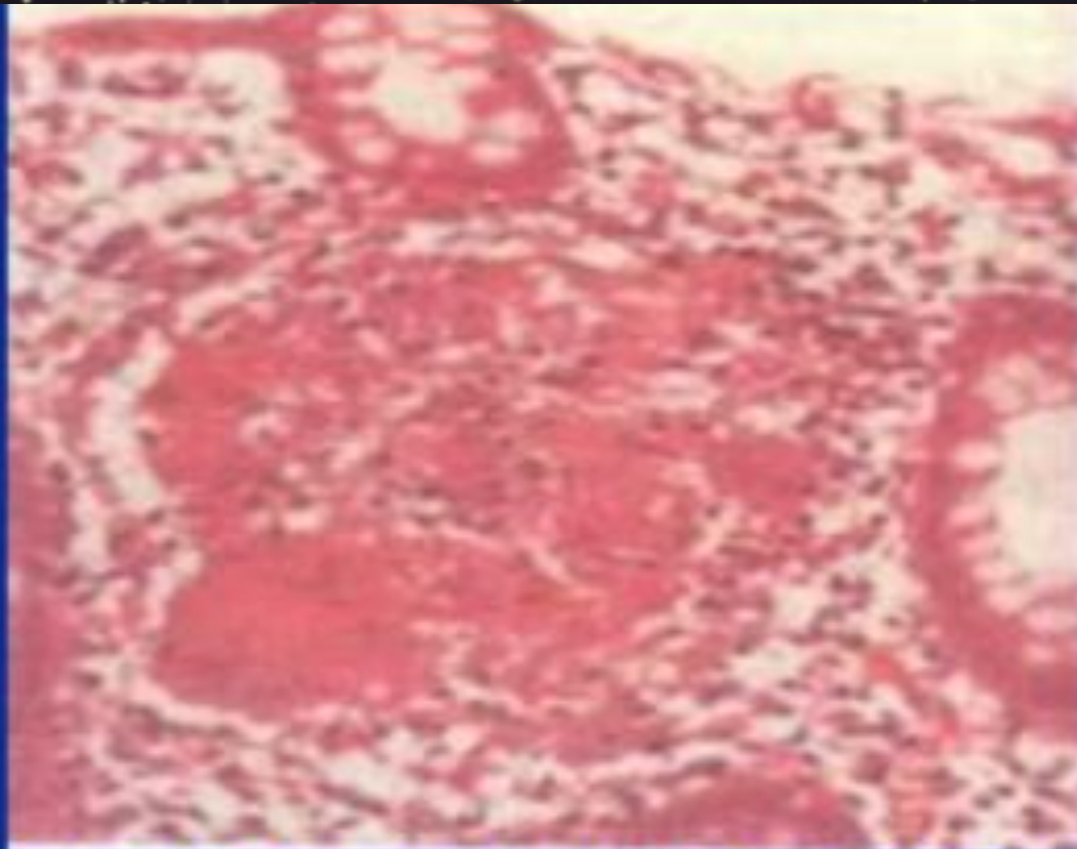


Рис. 2. Микропрепарат болезнь Крона. Язва-трещина, пронизывающая практически всю стенку тонкой кишки.



**Рис. 3. Микропрепарат: болезнь Крона.
Гранулема саркоидного типа в стенке тонкой
кишки.**

Макроскопическая картина БК





Макропрепарат: болезнь Крона. Вскрыт просвет кишки в области перетяжки. Стенка кишки заметно утолщена за счет фиброза, просвет кишки сужен. Такой стеноз при болезни Крона может привести к кишечной непроходимости.



Макропрепарат: болезнь Крона. Вскрыт просвет подвздошной кишки, на слизистой которой видны многочисленные изъязвления.



Макропрепарат: болезнь Крона. Вскрыт просвет терминального отдела подвздошной кишки. Хорошо видны изменения слизистой по типу "булыжной мостовой".



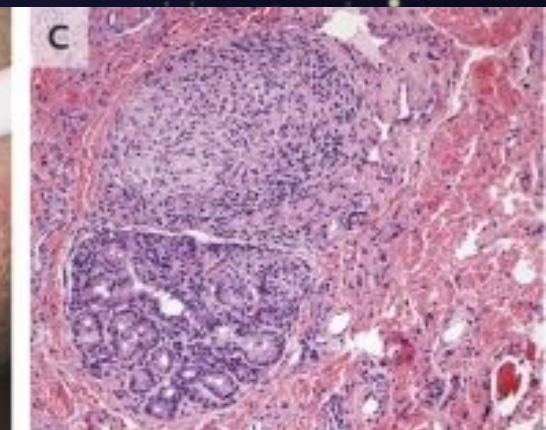
Макропрепарат: болезнь Крона. Подвздошная кишка с характерными перетяжками: пораженные сегменты кишки отделены от относительно здоровых участков.

**Классификация внекишечных проявлений
болезни Крона В зависимости от локализации
кишечного поражения:**

- Сочетающиеся с поражением толстой кишки: Кожа, глаза, суставы, полость рта, печень и желчевыводящая система
- - Сочетающиеся с поражением тонкой кишки: недостаточность питания, мочекаменная болезнь, желчнокаменная болезнь, гидронефроз
- Неспецифические Амилоидоз, остеопороз, анемия

Классификация внекишечных проявлений болезни Крона В зависимости от степени активности воспалительного процесса в кишке:

- При высокой активности: Артриты, узловатая эритема, ирит/увеит, анемия
- При средней активности: Гангренозная пиодермия
- Несвязанные с воспалением: Склерозирующий холангит, анкилозирующий спондилит, сакроилеит



Программа обследования при болезни

Крона:

1. Клинические анализы крови, мочи, кала.
2. Копроцитограмма.
3. Биохимические тесты: общий белок и фракции, кальций, калий, натрий, хлориды, протромбин.
4. Рентгеноскопия кишечника
5. Ректороманоскопия.
6. Аспирационная биопсия тонкой кишки.

Отличия болезни Крона от

НЯК:

1. среди поврежденной слизистой сохраняются участки здоровой ткани,
2. примерно в 50% случаев прямая кишка не изменена (при НЯК практически всегда),
3. могут образовываться свищи кишечно-кишечные, кишечно-пузырные, открывающиеся в брюшную полость и другие (их нет при НЯК) и трещины, воспаление серозной оболочки ведет к спаиванию соседних петель кишечника. Образующиеся конгломераты прощупываются через брюшную стенку, чаще всего в правом нижнем квадранте живота.

4. микроскопически болезнь Крона помогают отличить гранулемы, содержащие многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, имеющие сходство с гранулемами при туберкулезе и саркоидозе, которые не определяются при НЯК.

5. Гранулемы позволяют диагностировать хроническое воспаление с вовлечением в него всех слоев кишечной стенки, что наиболее типично для болезни Крона.

Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона

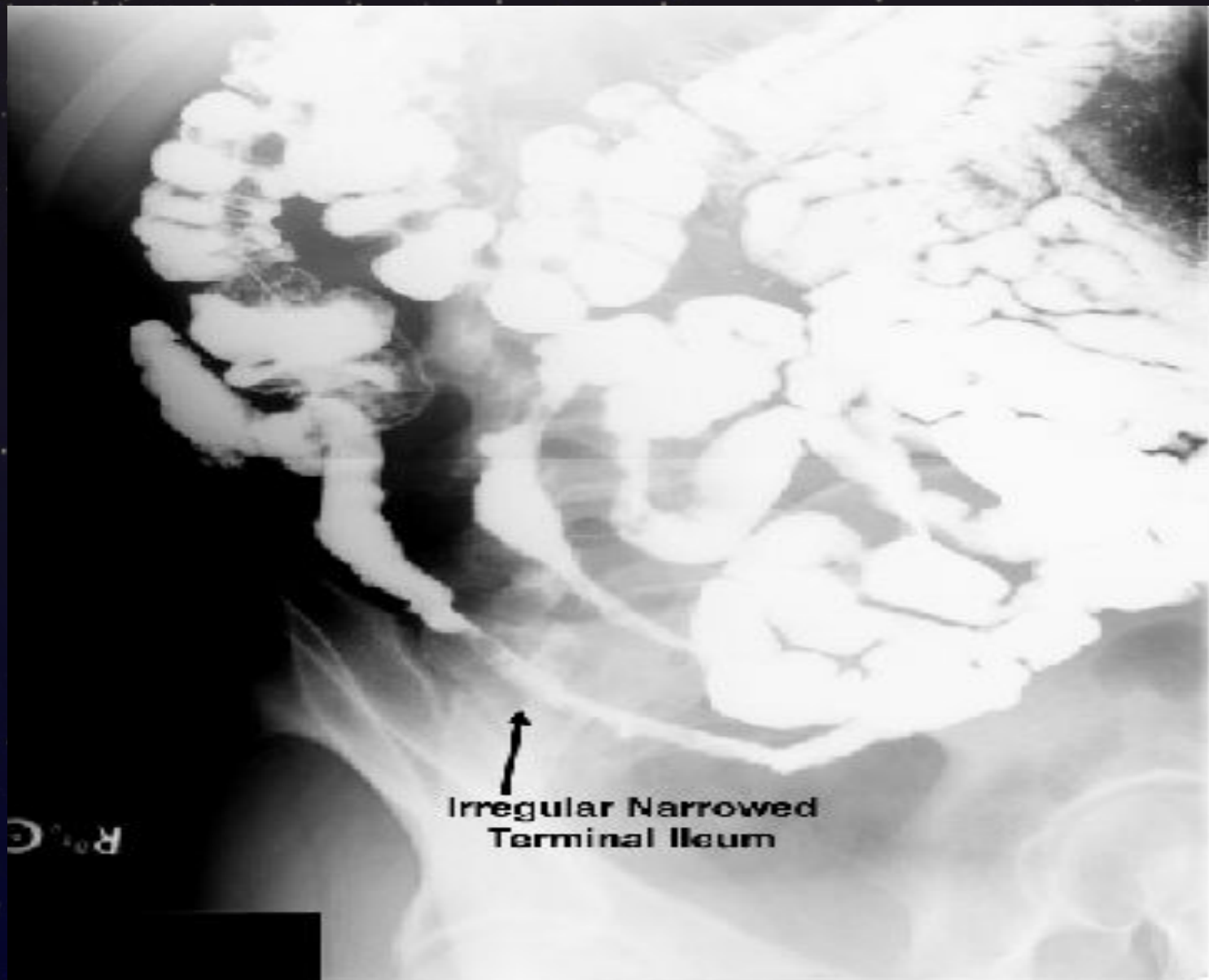
Признаки	НЯК	Болезнь Крона
Кровотечения из прямой кишки	С каждым стулом	Не характерны
Боли в животе	Иногда	Часто
Формирование стриктур	Не характерно	Характерно
Вовлечение в процесс прямой кишки	Часто (95%)	50%
Сегментарность поражения	Не характерна	Характерна
Гистологические проявления	Крипт -абсцессы	Саркоидные гранулемы
Характерная локализация	Прямая, сигмовидная с распространением на всю толстую кишку	Терминальный илеит, правая половина толстой кишки, тотальный колит

**БОЛЕЗНЬ
КРОНА**



**ЯЗВЕННЫЙ
КОЛИТ**





↑
**Irregular Narrowed
Terminal Ileum**





VC 592002

|

F 42

06/08/1959

04/24/2002

13:12:51

CVP:

D. F:

Et: 8 Cr: H



DR. MURRA SACA

Принципы лечения

* Системные глюкокортикоиды

Преднизолон метасульфобензоат

Бекламетазона дипропионат

Буденозид

* -5-АСК

* -Эйкозопентаеновые жирные кислоты (блокада 5-липооксигеназы)

* -Иммуносупрессоры (6-тиогуанин, циклоспорин, метатрексат,

моноклональные антитела

* - Лечение никотином

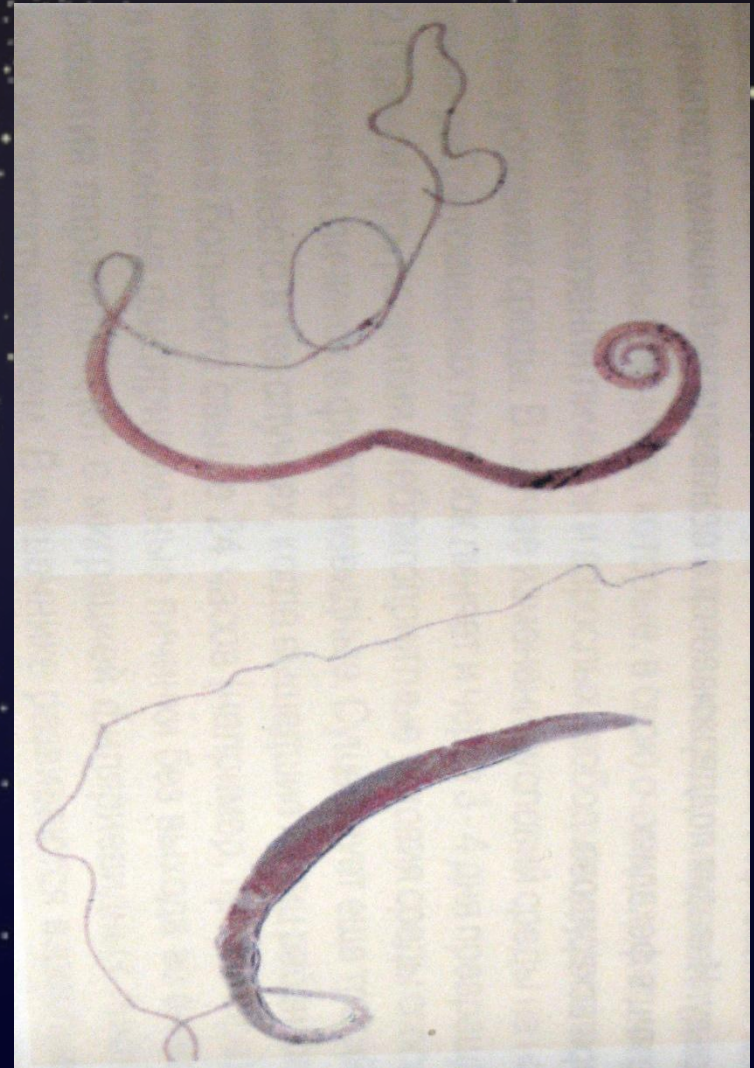
* - Ингибиторы фактора некроза опухолей

* - Подавление цитокинов

* -Биологические методы лечения (власоглав)

ГЕЛЬМИНТЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Краткосрочное исследование, при котором 29 человек с болезнью Крона выпили яйца власоглава, показало, что у 23 человек была реакция на этот метод лечения, причем у 21 из 23 наступило полная редукция симптомов болезни.



Лечение, прогноз и социальные аспекты

Продолжительность жизни больных ЯК в незначительной степени отличается от продолжительности жизни здорового населения, а при болезни Крона смертность более высокая, особенно, при экстренных операциях. Качество жизни пациентов с хроническими воспалительными болезнями кишечника по субъективным оценкам значительно страдает не менее чем у 10% пациентов с НЯК и 25% - с болезнью Крона.