

Дифференциальная диагностика язвенного колита и Болезни Крона

Выполнили асс. Кисленко А.В.,
к.м.н. Канагатова Г.М.,
асс. Тулебаева А.К.

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

- хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки с рецидивирующим либо непрерывным течением, местными и системными осложнениями. Язвенный колит у детей распространён преимущественно среди населения индустриально развитых стран (распространённость среди взрослых-40-117:100 000).

Болезнь Крона

Хроническое, неспецифическое, прогрессирующее, трансмуральное, гранулематозное воспаление ЖКТ

В патологический процесс может вовлекаться любой отдел пищеварительного тракта от корня языка до заднепроходного отверстия.

Формы заболевания

- Многоочаговая
- Диффузная

Течение болезни Крона волнообразное, с обострениями и ремиссиями

Этиология и патогенез НЯК

Этиология заболевания остаётся невыясненной.

Основные теории:

- ❖ Инфекционная
 - ❖ Психогенная
 - ❖ Иммунологическая
-
- ❖ Большое значение придают состоянию нейроэндокринной системы, местной иммунной защите слизистой оболочки кишки, генетической предрасположенности, неблагоприятным факторам внешней среды, психологическим стрессам, ятрогенно-медикаментозным воздействиям.

Этиология и патогенез НЯК

- При НЯК поражение начинается как правило от прямой кишки - зубчатой линии и распространяется в проксимальном направлении. Если поражается только прямая кишка, то такое заболевание называется язвенным проктитом. Распространение патологического процесса происходит постоянно так, что не остаётся ни одного участка нормальной толстой кишки.

- В отличие от болезни Крона при язвенном колите в патологический процесс преимущественно вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой. Форма и размеры язв разнообразны, их края ровные, подрытые. Наиболее характерными являются узкие длинные язвы, расположенные вдоль мышечных лент двумя - тремя параллельными рядами. Дно мелких язв чистое, у крупных покрыто сероватым налетом фибрина. Описаны редкие случаи перфорации язв. Тяжесть морфологических изменений нарастает в дистальном направлении (наиболее выражены в нисходящей и сигмовидной кишке). В 18-30% может поражаться терминальный отдел подвздошной кишки.
- Нередко в толстой кишке обнаруживаются псевдополипы.

Классификация НЯК

По локализации:

- Неспецифический язвенный проктит и проктосигмоидит
- Неспецифический язвенный левосторонний колит
- Неспецифический язвенный тотальный колит
- Неспецифический язвенный регионарный колит

По течению:

- Острый неспецифический язвенный колит
- Хронический неспецифический язвенный колит
- Рецидивирующий неспецифический язвенный колит

По тяжести:

- **Легкая форма**- стул кашицеобразный <5 раз в сутки, незначительная примесь крови и слизи в стуле, отсутствие лихорадки, тахикардии, анемии, удовлетворительное общее состояние
- **Средней тяжести** -жидкий стул 5-8 раз в сутки примесь крови и слизи в стуле, умеренная лихорадка, тахикардия, анемия, удовлетворительное общее состояние
- **Тяжелая форма** -тяжелая диарея (>8 раз в сутки); значительная примесь крови, слизи и гноя в каловых массах; лихорадка более 38⁰С, тахикардия, анемия (гемоглобин<90 г/л), общее состояние тяжелое или очень тяжелое.

Этиология и патогенез болезни Крона

Этиология и патогенез заболевания неизвестны

Обсуждают роль инфекции (микобактерии, вирусы), токсинов, пищи, некоторых лекарственных препаратов, рассматриваемых в качестве пускового момента развития острого воспаления.

Большое значение придают:

- иммунологическим,
- дисбиотическим,
- генетическим факторам.
- Установлена связь между системой гистосовместимости HLA и болезнью Крона, при которой часто выявляют локусы DR1 и DRw5.

Предполагаемая схема патогенеза Болезни Крона

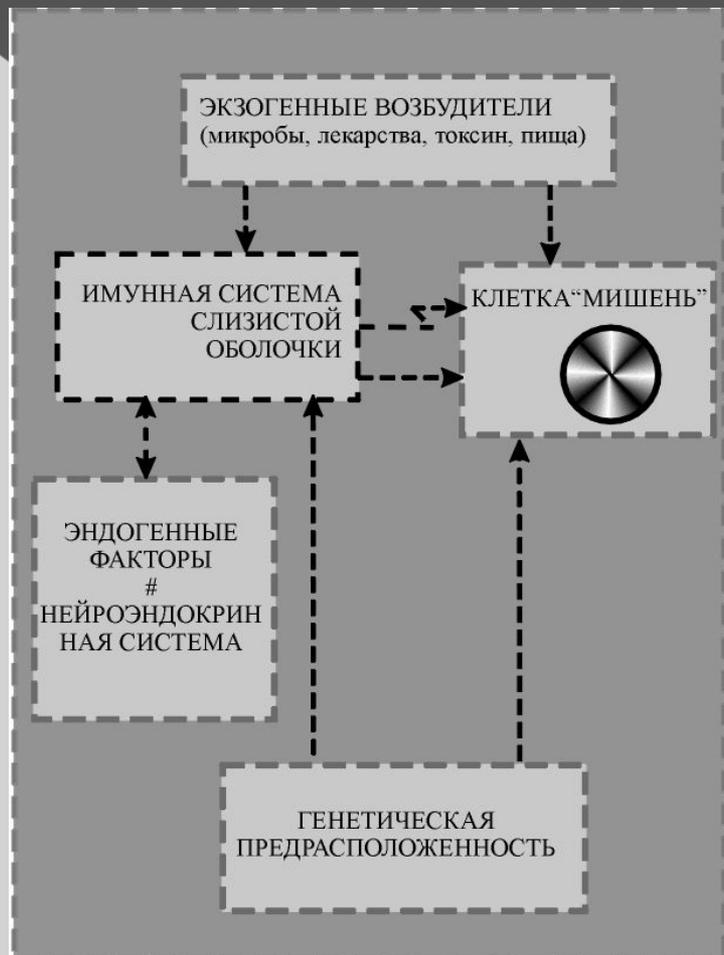


Схема 2. Патогеническая модель болезни Крона.



Аутоиммунные заболевания, к которым относят болезнь Крона, характеризуются такими нарушениями в иммунном ответе, как:

неспособность закончить острое воспаление, в результате чего оно переходит в хроническое.

Недавно были обнаружены связи между системой гистосовместимости HLA, язвенным колитом и болезнью Крона. Изучение в больших группах хорошо подобранных пациентов показало, что локус DR2 HLA имел высокую связь с язвенным колитом и не был связан с болезнью Крона. Напротив, болезнь Крона характеризовалась связью с гаплотипом DR1 и DRw5. Генетические отличия прослеживаются и в связи язвенного колита и болезни Крона с ANCA (антинейрофильными цитоплазматическими антителами). В ряде наблюдений было продемонстрировано, что особые формы ANCA (p-ANCA) связаны с язвенным колитом и не связаны с болезнью Крона. В противовес ANCA в слизистой больных болезнью Крона обнаружены клоны В-клеток (V 134 и VIIIa), не встречающиеся при язвенном колите.

Клинические проявления НЯК

Симптомы:

- жидкий или кашицеобразный стул с примесью крови, гноя и слизи, иногда в сочетании с тенезмами (болезненные, ложные позывы к дефекации).
- Частота стула может увеличиваться и уменьшаться без видимых причин и вне зависимости от проводимой терапии.
- боль в животе (чаще в левой половине)
- лихорадка
- снижение аппетита
- потеря веса
- водно-электролитные нарушения различной степени.

Внекишечные проявления НЯК

Внекишечные проявления язвенного колита включают:

- артриты (7-14% случаев),
- спондилиты,
- поражения органа зрения (ириты, конъюнктивиты и блефариты),
- заболевания полости рта (стоматиты),
- печени и жёлчевыводящих путей (холангит, [цирроз](#) и холелитиаз),
- а также заболевания кожи и подкожной клетчатки (гангренозная пиодермия, узловая эритема, узелковый полиартериит), тромбофлебиты и тромбоэмболии, нефролитиаз.

Клинические проявления Болезни Крона

- Боль в животе,
- примесь крови и слизи в кале,
- диарея, часто сопровождаемая болями при дефекации.
- При преимущественном поражении тонкого кишечника наблюдаются:
 - Боли в различных отделах живота
 - Вздутие, рвота.

Внекишечные проявления болезни Крона

К внекишечным проявлениям болезни Крона относятся:

- Кожные проявления
- Поражения суставов
- Воспалительные заболевания глаз
- Заболевания печени и желчевыводящих путей
- Васкулит (воспаление сосудов)
- Нарушения гемостаза и тромбэмболические осложнения
- Заболевания крови
- Амилоидоз
- Нарушения метаболизма костной ткани (остеопороз)

Диагностика НЯК

При пальцевом исследовании прямой кишки выявляют:

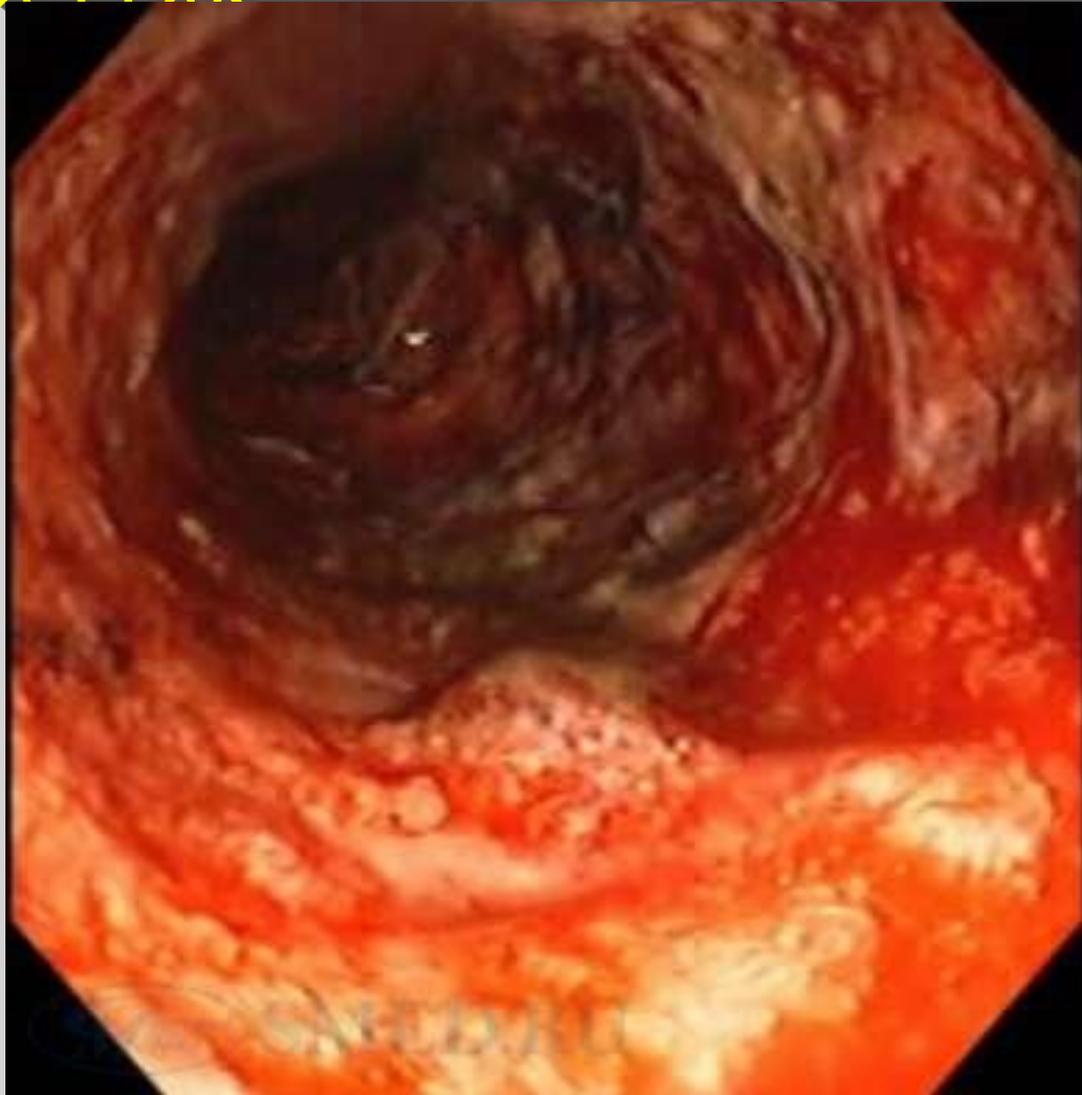
- ⦿ перианальные абсцессы,
- ⦿ свищи прямой кишки,
- ⦿ трещины анального прохода,
- ⦿ спазм сфинктера,
- ⦿ бугристость и утолщение слизистой,
- ⦿ ригидность стенки,
- ⦿ наличие крови, слизи и гноя.

Диагностика НЯК

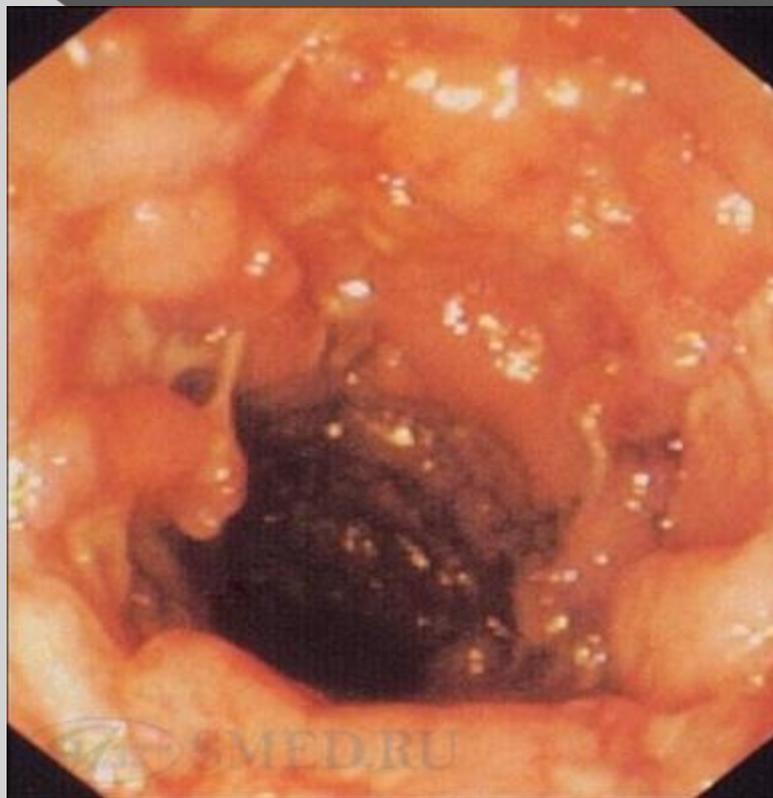
При фиброколоноскопии отмечают:

- отек и гиперемия слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишок;
- утрачивается сосудистый рисунок характерный для нормальной слизистой оболочки толстой кишки;
- исчезает гаустрация толстой кишки
- эрозии и язвы с подрывными краями и дном покрытым гноем и фибрином.

Эндоскопическая картина при НЯК



Эндоскопическая картина при НЯК



Рентгенологическое исследование НЯК

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет диагностировать токсический мегаколон, который наблюдается у 3-5% больных с неспецифическим язвенным колитом

При ирригоскопии характерными рентгенологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:

- потеря гаустрации,
- уменьшение просвета толстой кишки,
- неравномерность рисунка слизистой оболочки обусловленная мелкими изъязвлениями ("пушистый вид")

Рис.1 Неспецифический язвенный колит



Рис.2 Неспецифический язвенный колит



Лабораторные методы диагностики НЯК

У больных с НЯК выявляют:

- Лейкоцитоз в различных формах-гипо и диспротеинемия, электролитные нарушения
- Анемия

Микробиологическое исследование НЯК

- Мазки и посев кала для исключения колита вирусной этиологии, хламидиоза, патогенной флоры и паразитарных поражений
- Изменения облигатной микрофлоры, снижение положительных находок *Lactobacillus bifidus* до 61% (у здоровых до 98%)
- резкое возрастание молочнокислых, кишечных, палочек и энтерококков
- рост патогенных стафилококков (превышает их содержание по сравнению с нормой в 60 и более раз) протея
- Дислокация кишечной микрофлоры до желудка включительно.

Диагностика Болезни Крона

- клинико-anamнестические данные
- результаты лабораторных
- инструментальных
(рентгенологическое исследование,
эндоскопия с биопсией)
- морфологических исследований

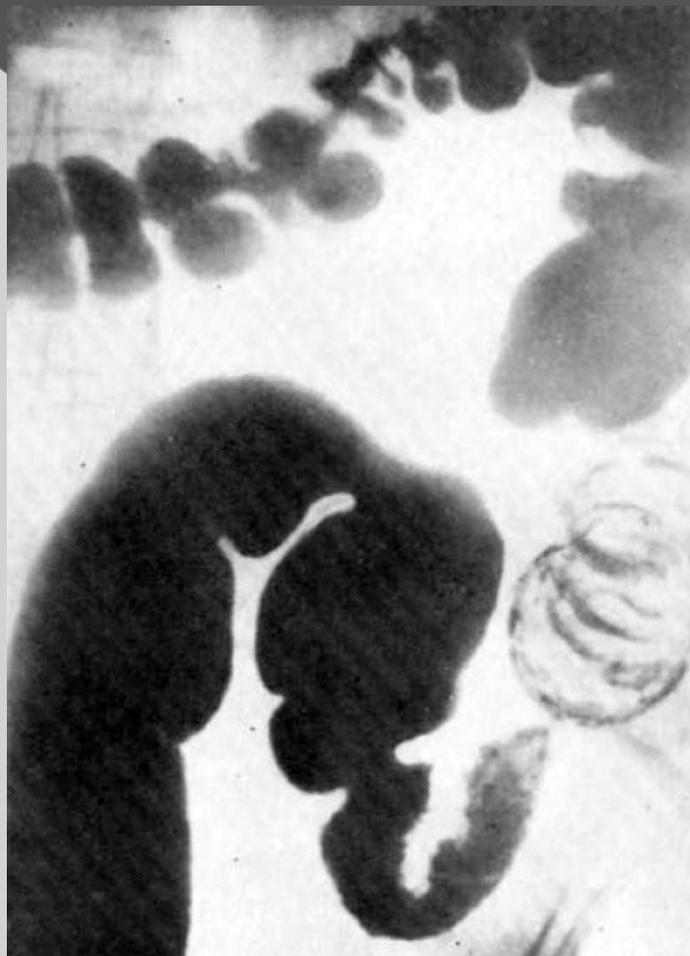
Рентгенологическое исследование при болезни Крона

- ирригоскопия с двойным контрастированием
- исследование пассажа бария,
- интубационная энтерография — исследование тонкой кишки с барием, который вводят через назогастральный зонд в двенадцатиперстную кишку).
- Сцинтиграфия с мечеными лейкоцитами позволяет отличить воспалительное поражение от невоспалительного; ее используют в тех случаях, когда клиническая картина не соответствует данным рентгена.

Рис. 3 Болезнь Крона



Рис.4 Болезнь Крона

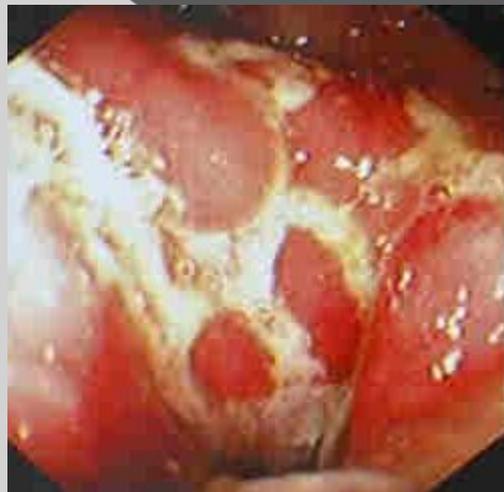


Эндоскопическая картина при болезни Крона

Эндоскопически выделяют три фазы болезни:

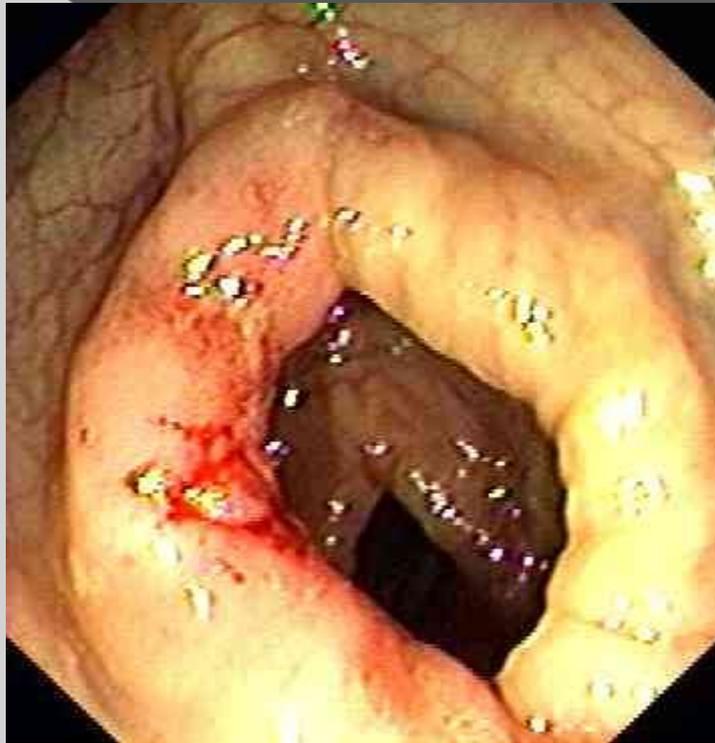
- **Фаза инфильтрации** - процесс локализуется в подслизистой оболочке) слизистая оболочка имеет вид «стёганого одеяла» с матовой поверхностью, сосудистый рисунок не виден. В дальнейшем появляются эрозии по типу афт с отдельными поверхностными изъязвлениями и фибринозными наложениями.
- **Фаза язв-трещин**-отдельные или множественные глубокие продольные язвенные дефекты, затрагивающие и мышечный слой кишечной стенки. Пересечение трещин придаёт слизистой оболочке вид «булыжной мостовой», сужение просвета кишки.
- **Фаза рубцевания**- участки необратимого стеноза кишки

Рис.5 Эндоскопическая картина болезни Крона



Болезнь Крона.

Эндоскопическая картина
поперечной ободочной
кишки



Лабораторные исследования при болезни Крона

- ОАК снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, ретикулоцитоз, лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- Биохимический анализ крови- гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, снижение содержания микроэлементов, повышение уровня щелочной фосфатазы, α_2 -глобулина и С-реактивного белка.

Дифференциальная диагностика

В отличие от неспецифического язвенного колита при болезни Крона значительно чаще выявляют:

- поражение тонкой кишки
- прямая кишка при болезни Крона реже изменена
- обычно отсутствуют массивные кровотечения
- чаще наблюдаются перианальные изменения
- поражение носит сегментарный характер (чередование зон поражения и неизмененных участков слизистой)
- наблюдаются свищи
- при биопсии выявляют гранулемы или трансмуральное повреждение
- при эндоскопии имеется характерная эндоскопическая картина

Дифференциальная диагностика Клинические признаки

Данные	НЯК	Болезнь Крона
Прямокишечные кровотечения	Около 85% случаев	Около 40% случаев
Потеря веса	непостоянно	Всегда при пражениях тонкой кишки
Анальные и перианальные проявления	Менее 20% случаев	В 20-80% случаев
Внутренние свищи	редко	В 20-40% случаев
Риск малигнизации	Прогрессивно возрастает после 7-10 лет заболевания	Наблюдается при длительности заболевания боле 25 лет, реже чем при НЯК

Дифференциальная

диагностика

Макроскопические

Данные признаки	НЯК	Болезнь Крона
Протяженность поражения	Непрерывное поражение нарастающее от дистальных отделов прямой кишки в проксимальном направлении	Сегментарное поражение
Вид слизистой	Псевдополипы, глубокие подрытые язвы	Отдельные язвы, «булыжная мостовая», свищи
Серозная оболочка	нормальная	Часто жировые подвески спаяны
Длина кишки	Укорачивается	нормальная
Доброкачественные рубцовые стриктуры	Очень редко	часто

Дифференциальная

диагностика

Микроскопические

Данные	НЯК	Болезнь Крона
Глубина поражения	Слизистый и подслизистый слой	Трансмуральное
Язвы	Широкие и глубокие	Поверхностные
«Резанные» трещины	редко	часто
Гранулемы	нет	всегда
Подслизистый фиброз, лимфойдная гиперплазия, отек, расширение лимфатических сосудов, невроматозная гиперплазия	редко	всегда

Критерии морфологической дифференциальной диагностики НЯК и болезни Крона

Признак	НЯК	Болезнь Крона
Общая структура СОТК	Значительно нарушена – крипты извитые, распределены неравномерно, укорочены, недостаточно muscularis mucosa, расширены, нарушена непрерывность перикрипталых МФБ	В основном хорошо сохранена, включая перикрипталые МФБ, однако в рае язв, на месте заживших язв общее строение слизистой оболочки может быть нарушено.
Воспалительный процесс 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.

Критерии морфологической дифференциальной диагностики НЯК и болезни Крона

Признак	НЯК	Болезнь Крона
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, включающий иногда и крупные эпителиоидные клетки
Васкулиты	Менее характерны	Васкулиты, различные по степени выраженности, характеру воспаления и степени остроты, иногда склероз стенки сосудов

Критерии морфологической дифференциальной диагностики НЯК и болезни Крона

Признак	НЯК	Болезнь Крона
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 интенсивности PAS - реакции

Критерии морфологической дифференциальной диагностики НЯК и болезни Крона

Признак	НЯК	Болезнь Крона
Нейтрофильная инфильтрация	характерна	Не характерна
Крипт - абсцессы	Характерно перикрипталное скопление нейтрофилов, их лейкопедез, с формированием крипт абсцессов, т.е. скопление лейкоцитов в крипте при сохранении ее эпителия	Крипт-абсцессы встречаются редко и сопровождаются гибелью эпителия крипт

Таб.1 Генетические отличия

Генетический маркер	Язвенный колит	Болезнь Крона
DR	DR2	DR1, DRw5
p-ANCA	(+)60-70%	(-)
B-клоны	(-)	V143, V11a

Спасибо за внимание!