

Оглавление

Предисловие	4
Список сокращений	4
Введение	5
Клинические примеры	13
Неспецифический язвенный колит	13
Болезнь Крона	54
Заключение	126
Список литературы	127

Клинические примеры

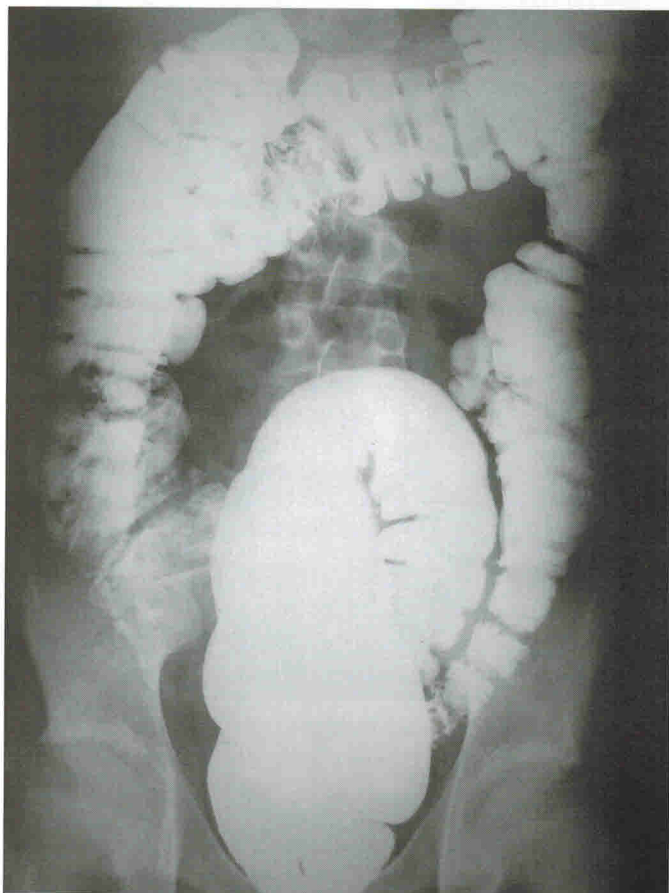
Неспецифический язвенный колит

Пример 1

Мальчик Б., 14 лет. Болен в течение последнего года, когда после антибактериальной терапии по поводу острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) появилась кровь в стуле от прожилок до сгустков, стул кашицеобразный до 3 раз в сутки. При ректороманоскопии (РРС): СО зернистая, шероховатая, выраженная яркая гиперемия и контактная кровоточивость, имеются эрозии.

Клинический диагноз: язвенный колит, дистальный, острая форма, легкая атака, эндоскопическая активность минимальная.

Рис. 1.1. Ирригоскопия. Тугое заполнение. Неравномерная гаустрация сигмовидного и нисходящего отделов толстой кишки, которая хорошо была видна в процессе заполнения. Спазм в дистальном и проксимальном отделах нисходящей кишки. Контуры кишки четкие.



Пример 1 (окончание)

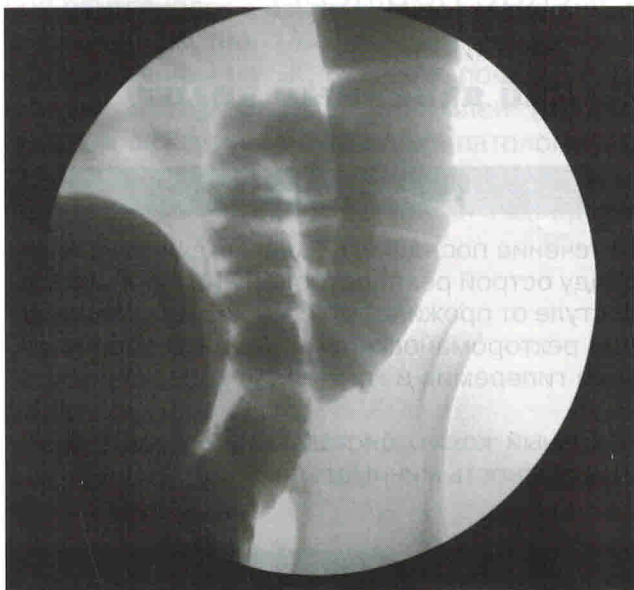


Рис. 1.1 (окончание).

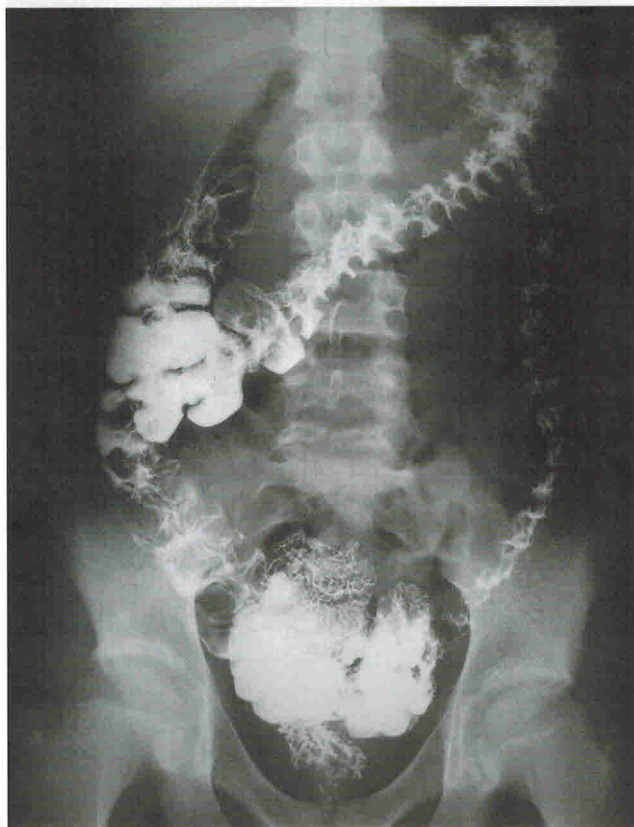


Рис. 1.2. После опорожнения: рельеф СО левых отделов толстой кишки перестроен, деформирован округлыми дефектами наполнения различного диаметра за счет гипертрофии лимфоидной ткани.

Пример 2

Мальчик 3., 9 лет. Болен полтора года, когда на фоне оформленного стула появилась примесь крови в стуле, боли в животе перед стулом. Спустя 3 мес стул стал жидким.

Клинический диагноз: неспецифический язвенный колит, тотальный, клиническая ремиссия, умеренная эндоскопическая активность.

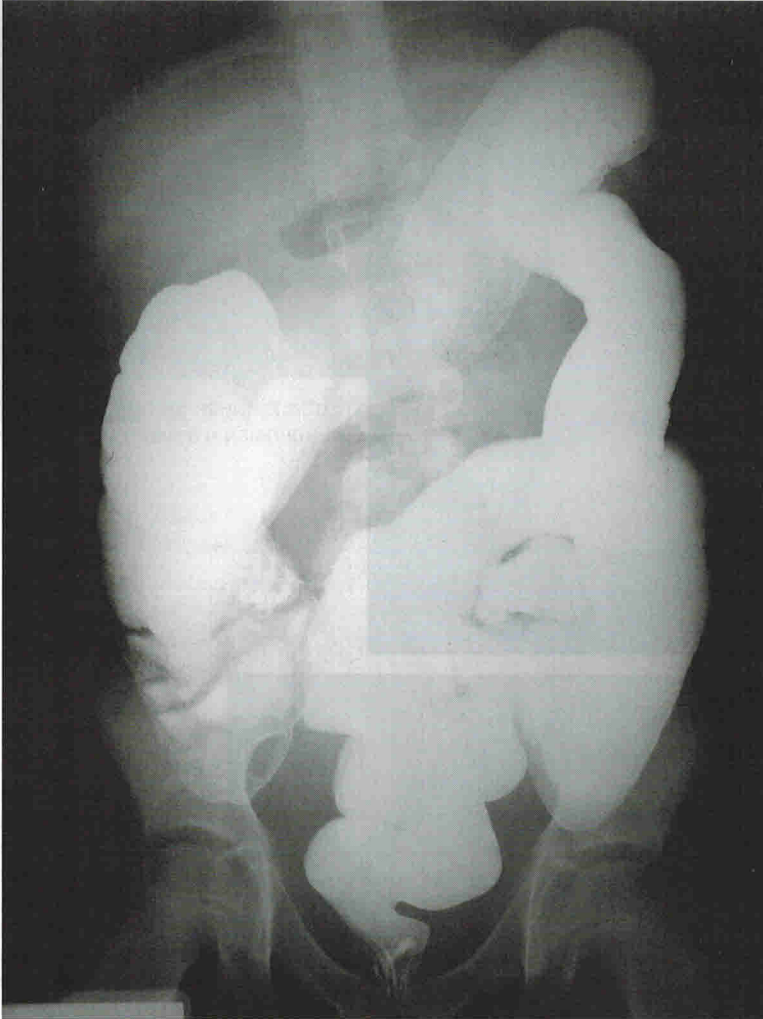


Рис. 2.1. Ирригоскопия. Тугое заполнение. Толстая кишка расположена обычно. Полностью отсутствует гаустральный рисунок во всех отделах. Контуры кишки четкие, ровные.

Пример 2 (продолжение)

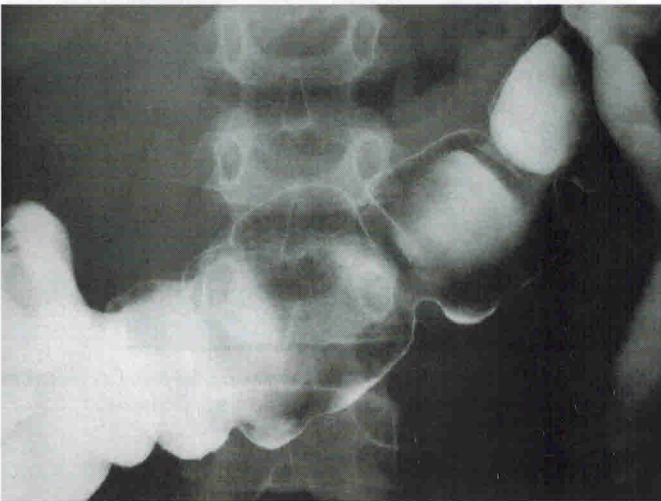
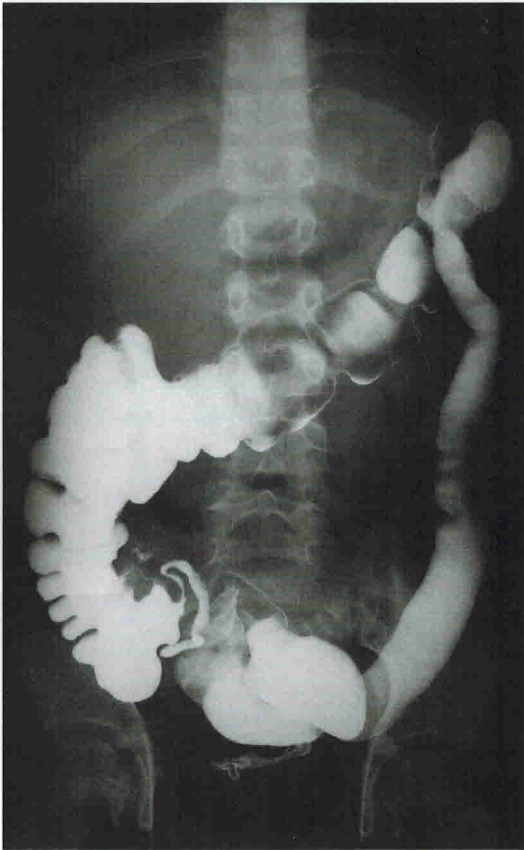


Рис. 2.2. После частичного опорожнения. Полностью отсутствует гаустрация в левых отделах. В восходящей и поперечно-ободочной кишках гаустральный рисунок сохранен в резко деформированном виде, в нисходящем отделе толстой кишки – отсутствует. Контуры кишки в основном не изменены. Спазм на большом протяжении в средней трети нисходящей кишки, наружный контур – неровный. В просвете – большое количество жидкости.

Пример 30

Мальчик О., 12 лет. Болен в течение 2 лет, когда впервые появились схваткообразные боли в животе, кратковременные, локализующиеся в мезогастрии, возникающие в основном во время еды или на фоне физических нагрузок. Стул кашицеобразный от 2 до 4 раз в день без патологических примесей, потеря массы тела.

Клинический диагноз основной: БК с поражением терминального отдела подвздошной кишки, впервые выявленная, умеренной степени активности (PCDIA 47,5 балла).

Осложнения основного диагноза: анемия железodefицитная I степени.

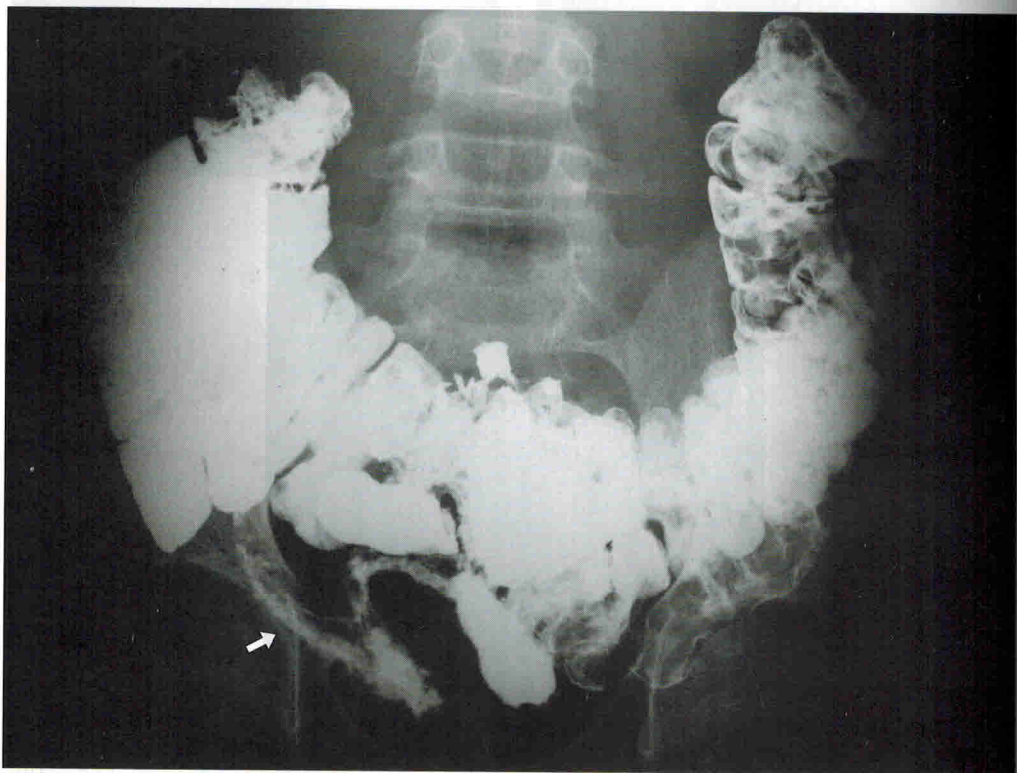


Рис. 30.1. Ирригоскопия. Обзорная рентгенограмма живота при тугом выполнении толстой кишки. Провисает поперечно-ободочная кишка, печеночный и селезеночный углы располагаются ниже норма на 1–2 позвонка – колоноптоз. Гаустральный рисунок деформирован. Видна резко суженная, стенозированная дистальная часть подвздошной кишки (стрелка).

Пример 30 (окончание)

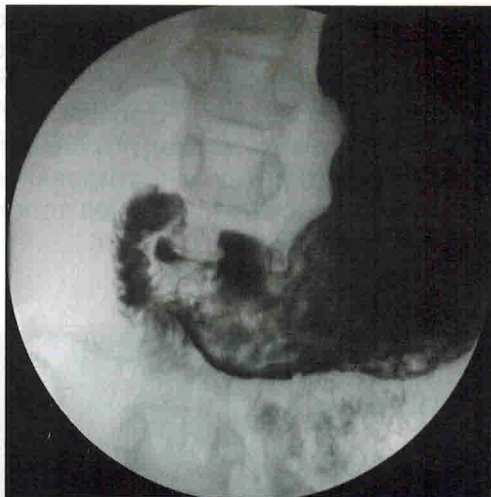
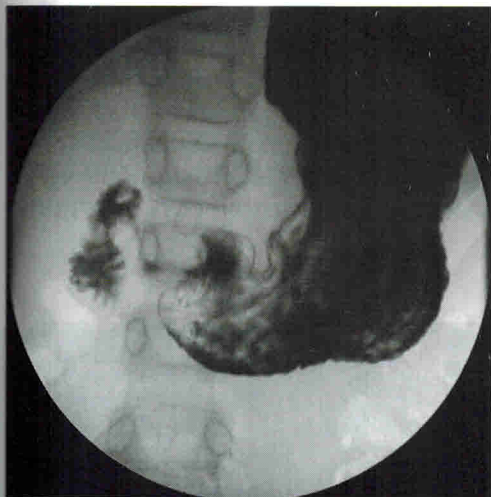


Рис. 30.2. Прицельные снимки при исследовании верхних отделов ЖКТ. При дозированной компрессии отмечается перестройка рельефа СО желудка – складки грубые, отечные. Незначительно перестроен рельеф СО ДПК.

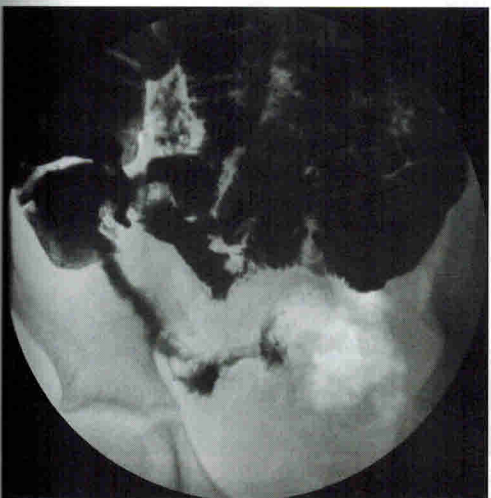


Рис. 30.3. Прицельные снимки илеоцекального угла. Дистальный отдел подвздошной кишки стенозирован, контуры его выпрямленные, рельеф СО с большим количеством округлых дефектов наполнения. Купол слепой кишки и восходящая кишка деформированы.

Пример 31

Девочка З., 17 лет. В раннем возрасте перенесла дизентерию Зонне, затем сальмонеллез. Стул до 10–15 раз в сутки, водянистый с примесью слизи и крови. Получала инфузионную терапию, антибактериальную терапию без положительного эффекта. В возрасте 2 лет было выявлено эрозивно-язвенное поражение толстой кишки, по данным биопсии: хронический язвенный колит. В возрасте 10 лет диагностирован хронический колит неуточненной этиологии вне обострения, стеноз толстой кишки, недостаточность баугиниевой заслонки рефлюкс-илеит.

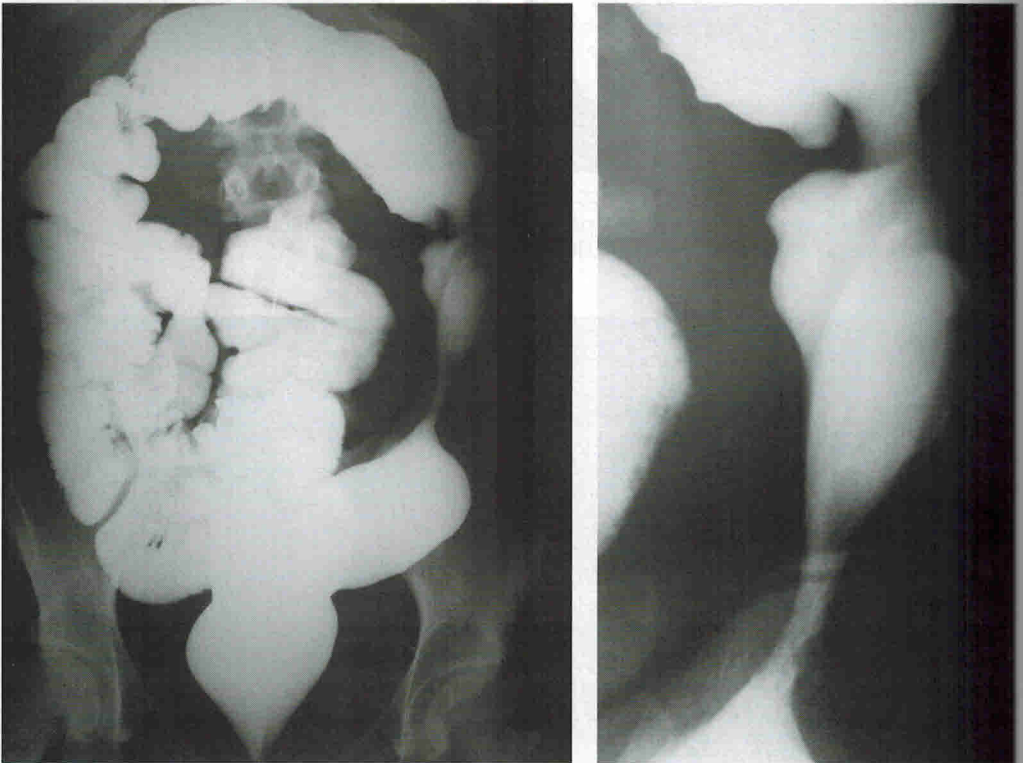


Рис. 31.1. Ирригоскопия. Тугое выполнение и прицельные снимки нисходящего отдела ободочной кишки. Кишка расположена обычно. Измененный гаустральный рисунок сохранен только в правых отделах. Выраженный заброс в подвздошную кишку. В нисходящем отделе – два выраженных стеноза, между стенозами – деформированный участок кишки с неровными контурами.

Пример 31 (продолжение)

Клинический диагноз основной: БК толстой кишки, впервые выявленная, низкой степени активности.

Осложнения основного диагноза: стеноз сигмовидной кишки. Недостаточность баугиниевой заслонки. Толсто-тонкокишечный рефлюкс на длительном протяжении. Отставание в физическом развитии с дефицитом роста (рост ниже 3-го перцентиля).

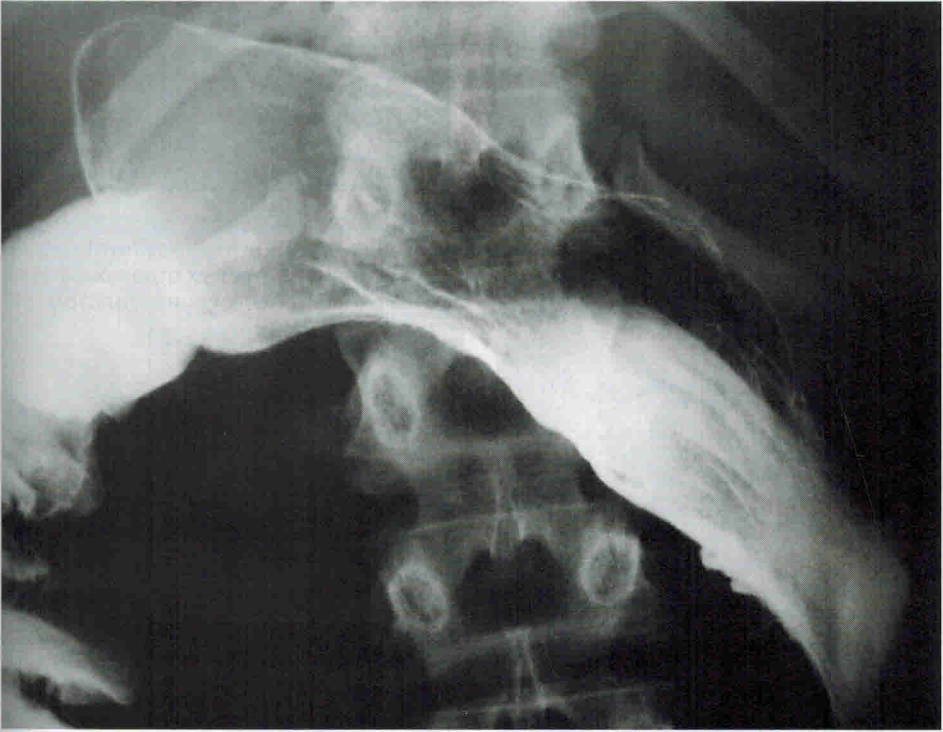


Рис. 31.2. Прицельный снимок поперечно-ободочного отдела толстой кишки после частичного опорожнения. Этот участок в значительной степени деформирован. Гаустральный рисунок и рельеф СО отсутствуют. Контуры кишки неровные.

Пример 31 (окончание)



Рис. 31.3. Фрагменты ирригоскопии. Прицельные снимки нисходящего отдела и илеоцекального угла. Выраженный двойной стеноз нисходящего отдела не препятствует прохождению контрастного вещества. Частая спастическая гаустрация в правых отделах. Купол слепой кишки деформирован. Выраженный, протяженный рефлюкс из толстой кишки в подвздошную кишку.