



ФУЛЬМИНАНТНАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Халиф И.Л.¹, Маев И.В.², Дичева Д.Т.², Березутская О.Е.³, Андреев Д.Н.²

¹ ФГУ ГНЦ колопроктологии Министерства здравоохранения и социального развития РФ

² ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет

³ ГУ «Главный клинический госпиталь МВД Российской Федерации»

Андреев Дмитрий Николаевич

E-mail: dna-mit8@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена краткому обзору литературы и описанию собственного наблюдения фульминантного течения язвенного колита. Особенностью случая явилось обширность и тяжесть поражения толстой кишки в дебюте заболевания, приведшая к развитию угрожающего жизни кровотечения.

Ключевые слова: язвенный колит; фульминантное течение; кишечное кровотечение.

SUMMARY

The article contains short literature review of fulminant ulcerative colitis. Clinical case is presented too. Difficulties of which were large severe destruction of colon at the beginning of the disease; progressive intestine bleeding threatening the life of the patient.

Keywords: Ulcerative colitis, fulminant form, intestine bleeding.

Язвенный колит (ЯК) — хроническое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся воспалением слизистой оболочки толстой кишки, распространяющимся от прямой кишки в проксимальном направлении. В Европе частота ЯК колеблется от 40 до 150 случаев на 100 тыс. населения. В целом эпидемиологические исследования свидетельствуют о постепенном увеличении заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Огромный скачок в понимании и лечении ВЗК произошел за последние 30 лет. Это объясняется, с одной стороны, возросшими возможностями в изучение патогенеза ВЗК вследствие разработки новейших иммунологических, иммуногистохимических, генетических и других методов исследования. С другой стороны, внедрение новых высоких химико-фармацевтических технологий привело к созданию принципиально иных классов лекарственных препаратов, что значительно расширило терапевтические возможности. Большинство исследователей отмечают, что ВЗК трудны для диагностики и между дебютом болезни и сроком окончательного установления диагноза может пройти значительное время. Хотя уровень

заболеваемости ВЗК существенно ниже, чем при других редких расстройствах ЖКТ, но тяжесть и непредсказуемость его течения во всем мире ставят актуальность изучения данной группы заболеваний на одно из первых мест в гастроэнтерологии [4].

Активность воспалительного процесса в толстой кишке, его протяженность и форма определяют тяжесть состояния пациента. Под активностью понимают совокупность клинико-лабораторных изменений (табл. 1). В то же время многие исследователи обращают внимание на отсутствие корреляции между клинической и эндоскопической картиной заболевания.

Фульминантная форма ЯК редка, является самым тяжелым вариантом течения ЯК и обычно требует хирургического лечения. Она характеризуется внезапным началом, бурным развитием клинической картины (иногда в течение нескольких дней или 1–2 недель). При фульминантной форме ЯК отмечается тотальное поражение толстой кишки и быстрое развитие системных проявлений заболевания и местных (кишечных) осложнений.

К местным осложнениям ЯК относят кишечное кровотечение, токсическую дилатацию толстой

Таблица 1

МОНРЕАЛЬСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АКТИВНОСТИ ЯК, РАЗРАБОТАННАЯ В 2005 Г. ПО КРИТЕРИЯМ TRUELOVE И WITTS	
Активность	Характеристика
Клиническая ремиссия	Нет симптомов
Легкая активность	Стул не более 4 раз в сутки, с кровью или без, нет системных проявлений, маркеры воспаления (СОЭ) не изменены
Умеренная активность	Стул более 4 раз в сутки, минимальные системные признаки воспаления
Высокая активность	Стул с кровью не менее 6 раз в сутки, ЧСС > 90, t > 37,5, Hb < 105 г/л, СОЭ ≥ 30 мм/ч

кишки и ее перфорацию. Перфорация толстой кишки является наиболее частой причиной смерти у больных фульминантной формой ЯК. Решение вопроса о тактике лечения в данном случае необходимо принимать совместно с хирургами-колопроктологами. Затягивание сроков операции при осложненном течении ЯК, может быть сопряжено с возникновением геморрагического шока и/или перитонита, что значительно ухудшает прогноз данного заболевания. Развитие кишечного кровотечения на фоне ЯК увеличивает летальность до 12%, токсической дилатации до 25% и перфорации толстой кишки до 50–60%.

В лечении ЯК следует выделять индукционную и поддерживающую терапию. Целью индукционной терапии является достижение клинико-эндоскопической ремиссии.

Неэффективность консервативной терапии является наиболее распространенным показанием к операции при ЯК. Стоит отметить, что согласно общей мировой статистике, несмотря на внедрение новых препаратов и схем консервативной терапии ЯК, в 10–30% случаях приходится прибегать к хирургическому вмешательству.

Своевременное определение показаний к оперативному лечению ЯК до развития кишечных осложнений остается наиболее актуальной задачей в улучшении результатов лечения данной патологии.

В настоящее время нет четких критериев для определения срока операции. Основными показаниями для нее являются:

1. Ургентные кишечные осложнения ЯК:
 - а) массивное кишечное кровотечение;
 - б) токсическая дилатация ободочной кишки;
 - в) перфорация.
2. Неэффективность консервативной терапии:
 - а) гормональная резистентность
 - б) гормональная зависимость.
3. Малигнизация.
4. Фульминантная форма течения ЯК.

В зарубежной литературе вопрос о хирургическом лечении при тяжелой, рефрактерной к лечению атаке ЯК решается в течение 7–10 дней [18]. Выработка показаний к оперативному лечению, как правило, обусловлена особенностью национальных программ здравоохранения. Так, Pinna-Pintor M. и

соавт. [17] указывает на необходимость проведения хирургического лечения после первой атаки ЯК, потребовавшей инфузионного введения кортикостероидов. Эта позиция вызывает несогласие у многих исследователей, приходящих к заключению о возможности длительной ремиссии (20 и более лет) после тяжелой атаки ЯК.

Однако избежать колэктомии удастся далеко не во всех случаях, что иллюстрируется следующим клиническим примером.

Больной Р., 27 лет, поступил в ГКГ МВД 14.12.09 с жалобами на жидкий стул 8–12 раз в сутки с большим количеством слизи и крови, тупые боли в поясничной области, животе, повышение температуры тела до 39 °С, общую и мышечную слабость, сухость во рту, потерю массы тела на 8 кг за последние 2 месяца.

Из анамнеза известно, что в течение двух месяцев до госпитализации пациент стал отмечать неустойчивый стул, изредка со скудной примесью крови, однако за медицинской помощью не обращался. С 22.11.09 развилась выраженная диарея (до 8 раз в сутки) с примесью крови в кале, повысилась температура до 38 °С. Был госпитализирован 30.11.09 в инфекционное отделение стационара по месту жительства, где были отвергнуты предположения об инфекционной природе заболевания. От проведения колоноскопии отказался. 13.12.09 в связи с рецидивирующим кишечным кровотечением, прогрессирующей анемией госпитализирован в ОРИТ № 2 ГКГ МВД.

При поступлении: общее состояние тяжелое, рост 167 см, вес 59 кг, ИМТ = 21,2. Тип телосложения правильный, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. ЧД — 17 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс — 126 в минуту, ритмичный. АД — 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу ободочной кишки. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Дефекация 3–4 раза в сутки. В стуле



отсутствуют каловые массы, определяется большое количество сгустков крови, слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус сфинктера сохранен, на 3, 7, 11 часах определяются геморроидальные узлы до 1,0 см, на перчатке следы темной крови.

При ректороманоскопии слизистая прямой кишки начиная с анального канала с множественными эрозиями до 0,4 см, с петехиальными подслизистыми кровоизлияниями. Начиная с 7 см и далее отмечаются глубокие (до 0,3 см глубиной) язвенные дефекты направленные циркулярно, размерами до 0,5 × 0,4 см с пленками крови. Слизистая вокруг дефектов гиперемирована, в остальных участках тусклая, отечная, контактно кровоточит. В просвете кишки старая и свежая кровь. Картина соответствует язвенно-геморрагическому проктосигмоидиту.

В табл. 2 представлены данные лабораторных исследований.

На обзорной рентгенографии ОБП выявлена пневмотизация левой половины толстой кишки и петель тонкой кишки в левом эпигастрии и мезогастррии. Свободного газа в брюшной полости нет.

При эзофагогастродуоденоскопии, ультразвуковым исследованием органов брюшной полости диагностически значимых находок не обнаружено.

На основании совокупности клинико-лабораторных и инструментальных исследований поставлен диагноз: язвенный колит, тяжелое течение, острая фульминантная форма.

Больному проводилась комплексная интенсивная терапия (инфузионная; гемостатическая; массивная гемотрансфузионная (всего было перелито 2890 мл эритроцитарной массы и 3270 мл свежемороженой плазмы), антипротеолитическая; преднизолон 60 мг × 4 раза в день в/в струйно на физрастворе, гидрокортизон 125 мг *per rectum* капельно на физрастворе 1 раз в сутки. К концу первых суток от начала лечения состояние пациента незначительно улучшилось. Спустя 1,5 суток, несмотря на проводимую терапию, кишечное кровотечение продолжалось с падением гемоглобина до 47 г/л. При увеличении дозы преднизолона до 300 мг/сут положительного терапевтического эффекта достигнуто не было.

На 3-и сутки от начала лечения глюкокортикоидами (внутривенные инфузии) в связи с отсутствием положительной динамики от проводимой

консервативной терапии и с учетом того, что интенсивность кишечного кровотечения угрожала жизни больного, консилиум, объединивший реаниматологов, гастроэнтерологов, колопроктологов, принял решение о хирургическом лечении пациента в те же сутки (16.12.09).

При ревизии брюшной полости обнаружено небольшое количество прозрачного желтоватого выпота. Печень обычных размеров, цвета и консистенции. Желудок, 12-перстная и тонкая кишка без видимой патологии. Ободочная кишка на всем протяжении с умеренно инфильтрированной стенкой, сосуды серозной оболочки инъецированы. Интраоперационно выполнена колоноскопия, при которой выявлена картина субтотального поражения слизистой оболочки толстой кишки: во всех отделах до купола слепой кишки включительно располагаются множественные глубокие с тенденцией к слиянию язвы. В проксимальной части кишки, до уровня ректосигмоидного изгиба, язвы округлой формы, диаметром 0,7–0,9 см, проксимальнее на отдельных участках размерами до 3,0 × 1,5 см, с поражением всех стенок кишки. Прямая кишка отечна и гиперемирована, в просвете свежая и свернувшаяся кровь. Данные колоноскопии подтверждали диагноз: язвенный колит, тяжелое течение, тотальное поражение.

Пациенту выполнена колэктомия с наложением илео- и сигмостом. Несмотря на отсутствие рентгенологических признаков, при гистологическом исследовании удаленной кишки выявлена токсическая дилатация толстой кишки, что указывает на своевременность хирургического лечения.

При оценке удаленного макропрепарата (рис. 1 и 2 см. на цветной вклейке) обращало внимание полное отсутствие слизистой оболочки в области восходящей поперечной ободочной кишки. Имели место значительная гиперемия и отечность сохранившейся слизистой оболочки. Обнаружены значительного размера сливные язвы в области слепой кишки. В области ректосигмоидного перехода изъязвления занимают меньшую поверхность. Со стороны серозной оболочки инъекция сосудов кишки, незначительная гиперемия. При вскрытии просвета кишки обнаружено большое количество крови в ее просвете.

В послеоперационном периоде больному проводилась терапия препаратами 5-АСК и

Таблица 2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ										
Общий анализ крови										
Дата	Нь	Эр.	Лейк.	Тр.	Б.	Э.	Нейт.	Л	М	СОЭ
14.12.09	94	3,59	21,9	347			58	29	13	47
14.12.09	47	1,82	11,7	227						
15.12.09	78	2,87	15,8	262	0,3	0,1	80,8	12,2	4,5	50

глюкокортикоидами (местная и пероральная с постепенным снижением дозы), антибактериальная терапия, коррекция электролитных нарушений.

Особенностью данного клинического случая является обширность и тяжесть поражения толстой

кишки в дебюте заболевания, рецидивирующее, угрожающее жизни кишечное кровотечение, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, что потребовало проведения хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.О., Капуллер Л.Л., Исаков В.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Триада-Х, 1998. — 496 с.
2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. — Тверь: Триада, 2002. — С. 68–69.
3. Бейлис Т.М., Джон Х.Я. Риск развития рака толстой кишки при язвенном колите. — М.: Медицина, 1989. — Т. 3. — С. 111–129.
4. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. — Миклош, 2008. — С. 275.
5. Воробьев Г.И., Костенко Н.В., Михайлова Т.Л., Капуллер Л.Л., Веселов В.В. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2003. — Т. 13, № 1. — С. 73–80.
6. Копейкин В.Н., Лозовская Л.И. К вопросу о классификации неспецифического язвенного колита у детей // Рос. пед. журн. — 1998. — № 3. — С. 23–27.
7. Киркин Б.В., Капуллер Л.Л., Маят К.Е. и др. Рак толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом // Клини. мед. — 1988. — № 9. — С. 108–113.
8. Киркин Б.В., Румянцев В.Г., Михайлова Т.Л. Лечение тяжелой атаки язвенного колита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1993. — № 3. — С. 67–70.
9. Gismera Saro C. et al. Is the incidence of chronic inflammatory bowel disease increasing? A 13-year prospective epidemiological study (1992–2004) in Gijon, Asturias, Spain // Gut. — 2003. — Vol. 52 (Suppl. VI–11th UEGW). — A 16.
10. Greenstein A.J., Sachar D.B., Gibas A. Outcome of toxic dilatation in ulcerative and Crohn colitis // J. Clin. Gastroenterol. — 1985. — Vol. 7: 137.
11. Gyde S.N. Screening of colorectal cancer in ulcerative colitis: dubious benefits and high costs // Gut. — 1990. — Vol. 31. — P. 1089.
12. Hiwatashi N., Yao T., Watanabe H. Long-term follow-up study of «ulcerative» colitis in Japan // Int. J. Gastroenterol. — 1995. — Vol. 30 (Suppl. 8). — P. 13.
13. Hurst R.D., Finco C., Rubin M. Prospective analysis of perioperative morbidity in one hundred consecutive colectomies for ulcerative colitis // Surgery. — 1995. — Vol. 118. — P. 748.
14. Greenstein A.J., Sachar D.B., Gibas A. Outcome of toxic dilatation in ulcerative and Crohn colitis // J. Clin. Gastroenterol. — 1985. — Vol. 7. — P. 137.
15. Jacobsen B.A. et al. Increasing incidence of inflammatory bowel disease in North Jutland country. A Danish population based study from 1978–2002 // Gut. — 2003. — Vol. 52 (Suppl. VI–11th UEGW). — A 79.
16. Langolz E., Munkholm P., Davidsen M., Binder V. Colorectal cancer risk and mortality in patients with ulcerative colitis // Gastroenterology. — 1992. — Vol. 103. — P. 1444–1451.
17. Marion J.F. The medical management of acute and chronic UC // Acta Gastro-Enterologica Belgica. — 2000. — Vol. 63, № 3. — P. 284–288.
18. Pinna-Pintor M., Ares P., Bona R. Severe steroid unresponsive ulcerative colitis: outcome of restorative proctocolectomy in patients undergoing cyclosporin treatment // Diseases Colon Rectum. — 2000. — Vol. 43. — P. 609–613.
19. Rachmilewitz D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomized trial // Br. Med. J. — 1989. — Vol. 298. — P. 82–86.
20. Riddell R.H., Path F.R.C. Pathology of idiopathic inflammatory bowel disease // Inflammatory Bowel Disease (ed. by J.B. Kirsner). 5th ed. — Saunders, 2000. — P. 427–447.
21. Sachar D.B. Indication for surgery in inflammatory bowel disease: a gastroenterologist's opinion. In: Inflammatory bowel disease / Ed. by J.B. Kirsner). 5th ed. — Saunders, 2000. — P. 611–616.
22. Vath M.H., Moum B., Jahnsen J., Bernclev T. Ulcerative colitis—the first attack: diagnosis and outcome // IBD, salicylates and other relevant therapies. — Proc. of the Int. IBD Symposium. — London, 1999. — P. 31–40.



ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ
ФУЛЬМИНАНТНАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА



Рис. 1. Макропрепарат (общий вид)

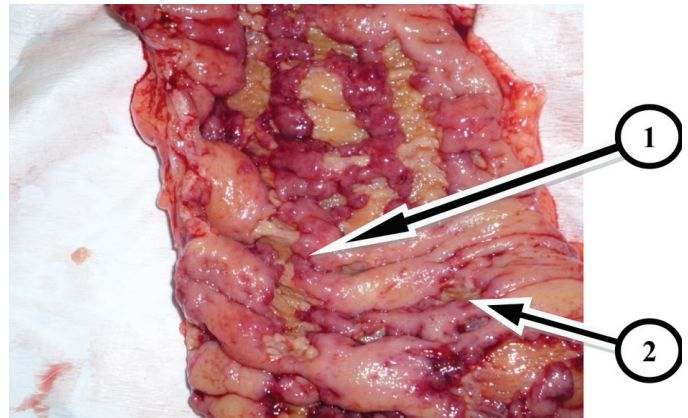


Рис. 2. Макропрепарат: 1 — гигантские сливные язвы, занимающие большую поверхность в области поперечно-ободочной восходящей кишки; 2 — атрофированная слизистая оболочка