

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Л.П. Шарапова, К.А. Ростовщикова*, И.А. Воробьев*, В.В. Репина*
ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр», г. Тюмень;
***Тюменское отделение Южно-Уральского научного центра Российской**
академии медицинских наук, г. Тюмень

В последние годы неспецифическим воспалительным заболеваниям кишечника (НВЗК), в первую очередь язвенному колиту (ЛЯК), уделяется все большее внимание ввиду повсеместного неуклонного роста количества пациентов, страдающих данной патологией, приводящей не только к значительному ухудшению качества жизни больных, но и к увеличению числа случаев нетрудоспособности, а подчас и инвалидизации.

Ключевые слова: язвенный колит, толстая кишка, аminosалицилаты, стероидные гормоны, иммунодепрессанты.

Язвенный колит – это заболевание всей жизни, при котором наблюдается высокий процент рецидивов с тенденцией к прогрессированию и появлению осложнений. Ведущими клиническими симптомами ЯК являются кровотечение из прямой кишки, диарея, лихорадка, потеря массы тела. Пациентов с данной патологией беспокоят ложные позывы к дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника, реже запоры, боли в животе с локализацией чаще в левой подвздошной области, общее недомогание, слабость, потеря аппетита. Осложнениями ЯК являются токсический мегаколон в 1–6 % случаев, массивное кишечное кровотечение – 3 %, перфорация кишечника, рак толстой кишки, стенозы толстой кишки – от 6 до 12 %, внекишечные проявления достигают 20 % случаев [1, 3]. В ряду осложнений, гнойный парапроктит достаточно уникальный случай, чаще характерный для болезни Крона.

С введением в клиническую практику базисных и дополнительных препаратов значительно расширились возможности лечения пациентов. Своевременное назначение адекватной комплексной терапии, включая в первую очередь салазо-препараты, приводит к стойкой ремиссии и улучшению качества жизни пациентов. При ЯК к базисным средствам лечения относятся аminosалицилаты (сульфасалазин, салюфальк, пентаса, месакол) и стероидные гормоны (системные – преднизолон, и топические – буденофальк). Для преодоления гормональной зависимости и резистентности чаще используют иммунодепрессанты (азатиоприн, метотрексат, циклоспорин А). Форма и дозировка препаратов чаще зависят от уровня поражения толстой кишки, наличия осложнений и степени тяжести заболевания [1, 2].

Больная Б. 1984 г.р., обратилась к гастроэнтерологу в январе 2007 года с жалобами на жидкий стул до 6–7 раз в сутки с примесью алой крови, повышение температуры тела до 37,7 °С в вечернее время, общую слабость, трещины в углах рта, снижение веса. Считает себя больной с августа 2006 года, когда впервые появился жидкий стул до 6–7 раз в сутки, с примесью темной крови. Обследовалась у гастроэнтеролога, инфекциониста. В октябре 2006 года проведена ректороманоскопия: осмотрено 20 см толстой кишки слизистая бледно-розовая, язв, эрозий нет, анальная трещина. Получала бактисубтил, линекс в стандартных дозировках, отмечалось незначительное улучшение общего состояния. За прошедшие 6 месяцев похудела на 10 кг. При обращении к гастроэнтерологу в ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» заподозрен язвенный колит. При осмотре живот нормальной формы, мягкий, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, больше в левых отделах. Мышечная защита не выражена. Результаты обследований: анемия, гипохромия, СОЭ 20 мм/ч; в копрограмме – креаторея, эритроциты+++, яйца глистов не найдены; анализ крови на наличие антител к ВИЧ отрицательный. В феврале 2007 года проведена колоноскопия: колоноскоп проведен до средней трети нисходящего отдела толстой кишки, на 60 см длины аппарата. Слизистая нисходящего отдела толстой кишки гиперемирована, с очагами гиперплазии слизистой, множественными линейно-овальными эрозивно-язвенными дефектами диаметром 7×4 мм, h-2–4 мм, под фибрином, при контакте легко кровоточащим; поверхность тусклая, блеск потерян, взята биопсия. На всем протяжении нисходящего отдела и сигмовидной кишки от 30 см сфинктера

ані – множественные идентичные предыдущим эрозивно-язвенные дефекты слизистой. Слизистая прямой кишки гиперемирована с единичными точечными эрозиями под фибрином по окружности – взята биопсия. В нижеампулярной части по правой боковой стенке слизистая гиперплазирована, отечна, эрозирована. При контакте легко кровоточит. В сфинктере ані на 3, 7, 11 часах внутренние и наружные варикозно-расширенные кровоточащие геморроидальные сосуды. Учитывая жалобы, данные объективного и эндоскопического обследований, пациентке предложена госпитализация в гастроэнтерологическое отделение, от которой пациентка отказалась. Был назначен сульфасалазин – 3 г/сут, ципрофлоксацин – 1 г/сут, ректальные свечи гепатромбин-г. На фоне приема лекарственных препаратов отмечалась положительная динамика в виде урежения количества дефекаций, нормализации стула и температуры тела. После незначительной физической нагрузки в феврале 2007 года состояние ухудшилось, появились боли внизу живота, с иррадиацией в прямую кишку, усиливающиеся после дефекации, примесь алой крови в кале, повышение температуры тела до 38 °С. Была доставлена в хирургическое отделение дежурной больницы, где проведено вскрытие гнойного парапроктита и иссечение наружного геморроидального узла. Для дальнейшего лечения пациентка была

переведена в гастротерапевтическое отделение, где находилась с 19.02 по 27.02.2007 года. На фоне проведенной терапии самочувствие и аппетит у пациентки улучшились, стул сократился до 2 раз в сутки без примесей слизи и крови. Рекомендовано продолжить диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Интерес данного клинического случая состоит в том, что у пациентки с язвенным колитом непрерывно рецидивирующего течения, осложненного гнойным парапроктитом, только при подборе базисного курса и проведении непрерывного лечения в течение 9 месяцев, а также соблюдении рекомендаций по изменению образа жизни и питанию, была достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия непрерывно протекавшего заболевания.

Литература

1. Воробьев, Г.И. Воспалительные заболевания кишечника / Г.И. Воробьев, И.Л. Халиф. – М.: Миклош, 2008. – 136 с.
2. Григорьева, П.Я. Клиническая гастроэнтерология // Медицинское информационное агентство / П.Я. Григорьева, А.В. Яковенко. – М., 2004. – С. 294–295.
3. Окорочков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окорочков. – М.: Медицинская литература. – 2003. – Т. 1. – 560 с.

Поступила в редакцию 22 апреля 2010 г.