

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОТЯЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Анна Евгеньевна Бахшт, Эльвира Ивановна Белобородова, Вера Антоновна Бурковская,
Екатерина Витальевна Белобородова, Елена Анатольевна Квач,
Елена Леонидовна Наумова

(Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, ректор – д.м.н., проф., акад. РАМН В.В. Новицкий, кафедра терапии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов, зав. – д.м.н., проф. Е.В. Белобородова)

Резюме. В результате обследования 60 больных язвенным колитом с различной степенью тяжести и протяженностью поражения толстой кишки были установлены различные варианты клинического дебюта заболевания и предпринята попытка установить зависимость протяженности поражения толстой кишки от варианта дебюта.

Ключевые слова: язвенный колит, протяженность поражения кишечника, клинический дебют заболевания.

PREDICTION OF LESION EXTENSION OF LARGE INTESTINE IN ULCERATIVE COLITIS DEPENDING ON DISEASE DEBUT VARIATION

A.E. Baksh, E.I. Beloborodova, V.A. Burkovskaya, E.V. Beloborodova, E.A. Kvach, E.L. Naumova
(Siberian State Medical University, Tomsk)

Summary. As a result of examination of 60 patients suffering from ulcerative colitis of different degree and lesion extension of large intestine different variations of clinical debut were identified and an attempt was made to ascertain the dependence of large intestine lesion on debut variation.

Key words: ulcerative colitis, length of intestinal canal, clinical disease debut.

В последние десятилетия среди больных гастроэнтерологического профиля отмечается рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника, в числе которых преобладает неспецифический язвенный колит (НЯК).

Эпидемиология: язвенный колит регистрируется по всему миру с наиболее высокой заболеваемостью в Северной Америке, Северной Европе и Австралии: частота колеблется от 3 до 15 случаев на 100 тыс. населения в год, заболеваемость – 50-80 на 100 тыс. населения. Одинаково часто страдают язвенным колитом мужчины и женщины с пиком заболеваемости между 20 и 40 годами жизни, второй пик приходится на возраст 60-70 лет [4].

Учитывая частое развитие язвенного колита у лиц трудоспособного возраста, возможное возникновение инвалидизирующих осложнений, особое значение придается раннему выявлению этой патологии и прогнозированию предполагаемой протяженности поражения толстой кишки.

Актуальность прогнозирования формы заболевания обусловлена тем, что не всегда возможно своевременное проведение обследования для уточнения протяженности патологического процесса в толстой кишке.

Цель исследования: проанализировать варианты клинического дебюта язвенного колита и установить возможность прогнозирования протяженности поражения толстой кишки в зависимости от варианта начала болезни с целью выработки ранней адекватной тактики лечения.

Материалы и методы

Для реализации поставленной задачи были обследованы 60 больных НЯК в стадии обострения заболевания, из них мужчин – 35 (58,3%), женщин – 25 (41,7%), средний возраст больных составил $42,9 \pm 3,7$ г. Все больные подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Больным проводилось развернутое общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, копрологическое исследование) с последующей колоноскопией. Вариант клинического дебюта заболевания окончательно выяснялся при сборе анамнеза. Протяженность поражения толстой кишки определялась при проведении колоно-

скопии.

В результате исследования установлено наличие 7 вариантов клинического дебюта язвенного колита исходя из имевшихся симптомов. Среди них:

- диарея, появление крови в стуле, сопровождающиеся болевым синдромом (боли в животе);
- диарея без появления крови в стуле, сопровождающаяся болевым синдромом;
- появление крови в стуле и боли в животе при отсутствии диареи;
- появление крови в стуле и диарея (диарейно-гематокезийный вариант дебюта);
- только диарея (диарейный вариант дебюта);
- только появление крови в стуле (гематокезийный вариант дебюта);
- только боли в животе (болевого вариант дебюта).

В ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с протяженностью поражения толстой кишки: группа пациентов с тотальным поражением, левосторонним поражением, а также с дистальным поражением толстой кишки (проктит, проктосигмоидит).

В группу больных с тотальным поражением толстой кишки вошли 22 больных, у 10 из которых (30,3%) имел место вариант дебюта заболевания с развитием диареи, появлением крови в стуле и наличием болевого синдрома. У 3 (9,1%) больных болезнь впервые проявилась болевым синдромом и диареей, такое же количество больных жаловались на появление диареи и крови в стуле и еще 3 (9,1%) больных – только на диарею. Один (3,3%) больной связал начало заболевания с появлением крови в каловых массах и еще двое (6,1%) – в начале болезни отмечали кровь в стуле и болевого синдром.

Во вторую группу вошел 21 больной с левосторонним поражением кишечника. Начало заболевания 10 (47,6%) из них связали с появлением диареи, крови в стуле и болевого синдрома. У 3 (14,3%) больных отмечались диарея и кровь в стуле. По 2 (9,5%) больных жаловались соответственно на боли в животе и кровь в стуле, только на кровь в стуле и только на боли в животе. По одному (4,8%) больному жаловались соответственно на боли и диарею и только на диарею.

Третью группу составили 17 больных с дистальным поражением толстой кишки. Начало заболевания у 7 (28%) из них было связано с болевым синдромом в сочетании с диареей и наличием крови в стуле. Только на

появление крови в кале в начале болезни предъявляли жалобы 4 (16%) больных. Диарея в сочетании с появлением крови в каловых массах была выявлена при сборе анамнеза у 3 (12%) больных. Болевой синдром в сочетании с диареей беспокоили двух (8%) больных, одного (4%) – только боль в животе.

Представленные результаты по группам помещены в таблицу 1.

Таблица 1
Клинические симптомы язвенного колита в дебюте болезни, чел. (%)

Вариант дебюта болезни	Тотальное поражение (n=22)	Левостороннее поражение (n=21)	Дистальное поражение (n=17)
1. боль в животе+диарея+кровь в стуле	10 (30,3%)	10 (47,6%)	7 (28,0%)
2. боль в животе +диарея	3 (9,1%)	1 (4,8%)	2 (8,0%)
3. боль в животе + кровь в стуле	2 (6,1%)	2 (9,5%)	-
4.диарея+ кровь в стуле	3 (9,1%)	3 (14,3%)	3 (12,0%)
5.диарея	3 (9,1%)	1 (4,8%)	-
6. кровь в стуле	1 (3,0%)	2 (9,5%)	4 (16,0%)
7. боль в животе	-	2 (9,5%)	1 (4,0%)

Результаты и обсуждение

В результате исследования установлено, что во всех группах преобладал вариант дебюта с развитием болевого синдрома (боли в животе), диареи и появлением крови в каловых массах. Отмечалась лишь тенденция к выделению формы язвенного колита по протяженности в дебюте заболевания: у половины больных это было левостороннее поражение и у трети – дистальное или тотальное. Следующими по частоте встречаемости для больных с тотальной формой поражения кишечника (по 9,09% соответственно) стали варианты с присутствием диарейного синдрома, изолированного либо в сочетании с болевым синдромом или появлением крови в стуле.

В группе с левосторонним поражением можно отметить следующее: равное число больных имели в начале заболевания болевой синдром, кровь в стуле либо то и другое вместе (по 9,5% соответственно).

В группе с поражением дистальных отделов кишечника вторым по встречаемости стал вариант дебюта с появлением крови в стуле (16,0%) и минимальное ко-

личество больных (4,0%) в начале заболевания жаловались на боли в животе.

Предположения о возможном прогнозировании протяженности поражения толстой кишки в зависимости от клинического варианта дебюта неспецифического язвенного колита не полностью оправдались, отмечалась лишь тенденция к выделению формы заболевания, так как в результате исследования было показано,

что независимо от протяженности патологического процесса во всех группах выявлен один ведущий вариант клинического дебюта заболевания с наличием болей в животе, диареи, крови в стуле (от 47% при левостороннем до 30% при тотальном и 28% при дистальном колите). Тем не менее, тотальное и левостороннее поражения толстой кишки можно прогнозировать при дебюте заболевания, протекающем с наличием болевого синдрома, диареи и крови в стуле, а дистальное – при начале заболевания с появления изолированного гематокезийного синдрома.

Анализ клинического дебюта заболевания позволяет с первых дней заболевания выбрать лечебную тактику, в частности, при подозрении на дистальную форму язвенного колита (изолированный гематокезийный синдром) целесообразно назначение местной терапии – месалазин в свечах, клизмах или в виде пены (аэрозоль). В случае присоединения явного диарейного синдрома с увеличением частоты актов дефекации можно предполагать распространение поражения за пределы сигмовидной кишки в восходящем направлении, что требует обязательного назначения в дополнение к местной терапии системных противовоспалительных средств, выбор которых определяется не только протяженностью процесса, но и тяжестью клинической активности заболевания. Окончательно тактика лечения определяется после получения данных инструментального обследования с проведением колоноскопии. Однако, необходимо подчеркнуть, что наличие диарейного, гематокезийного синдромов или их сочетания требует исключения других патологий, в первую очередь инфекционной природы, а при изолированном гематокезийном варианте клинического дебюта болезни – патологий аноректальной области (геморрой, трещины анального канала).

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 528 с.
2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. – Тверь: Триада, 2002. – 128 с.
3. Логинов А. С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. – М.: Медицина, 2000. – 632 с.
4. Секачева М.И. Современные аспекты лечения неспецифического язвенного колита: результаты медицины, основанной на доказательствах // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. №10 (прил.) – С.13-15.

5. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.

6. Краткое руководство по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. – М.: М-Вести, 2001. – 464 с.

7. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. – М.: Миклош, 2008. – 400 с.

Информация об авторах: 634049, г.Томск, ул. 1-я Рабочая д.4 кв.96; e-mail: annabaksht@yandex.ru, Бакшт Анна Евгеньевна – заочный аспирант; Белобородова Эльвира Ивановна – д.м.н., профессор; Бурковская Вера Антоновна – к.м.н., доцент; Белобородова Екатерина Витальевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой; Квач Елена Анатольевна – заочный аспирант; Наумова Елена Леонидовна – к.м.н., доцент.