

Клиническая демонстрация

На тему:

«ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ»

Паспортные данные

- ФИО
- Дата рождения (полных лет)
- Категория
- Дата поступления

Жалобы и анамнез

ЖАЛОБЫ: на жидкий стул до 8-9 раз в сутки, с постоянной примесью крови, схваткообразные боли в животе перед дефекацией, снижение аппетита, массы тела, озноб, субфебрильную температуру тела, слабость, быструю утомляемость. Также беспокоят боли в плечевых и тазобедренных суставах, болезненные уплотнения кирпично-красного цвета на коже голеней, слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз вокруг роговицы.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: Родился и вырос в Санкт-Петербурге, первый ребенок в семье. Рос здоровым, от сверстников не отставал. Материально-бытовые условия хорошие. В 2013 г. окончил пединститут. Перенесенные заболевания: редкие респираторные инфекции. Не курит. Контакт с проф. вредностями не имеет. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Больным себя считает с конца мая 2013 г., когда без видимой причины появился жидкий стул со слизью, без боли до 2-3 раз в сутки. Спустя три месяца впервые обратил внимание на примесь крови в кале. Тогда же появились и боли в суставах при движении, постепенно повысилась температура тела до 37,5-38,0°C. С начала сентября 2013г. отмечает увеличение частоты стула и количества крови в кале, усиление лихорадки, снижение аппетита. За последний месяц похудел на 10 кг, усилились боли в суставах, появились болезненные уплотнения кирпично-красного цвета на коже голеней, слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз вокруг роговицы. После обращения в поликлинику по месту жительства, а затем ВМедА был госпитализирован на кафедру госпитальной терапии ВМедА.

Обсуждение жалоб и анамнеза

При анализе *жалоб* важно обратить внимание на наличие ведущего диарейного синдрома с последующим постепенным его усилением, появлением значительного количества крови в кале, а также целого ряда сопутствующих внекишечных проявлений: субфебрильной температуры, быстрой утомляемости, болей в плечевых и тазобедренных суставах, болезненных уплотнений кирпично-красного цвета на коже голеней, слезотечения, светобоязни, покраснения глаз вокруг роговицы, снижение массы тела.

При сборе *анамнеза* следует обратить внимание на постепенное начало заболевания, отсутствие эпидемиологической связи с факторами возникновения острых кишечных инфекций, отсутствие упоминания о контактах с инфекционными больными, приёме антибиотиков, отсутствие признаков интолерантности каких-либо видов пищевых продуктов, связи с какими-либо видами наследственной патологии. Характерным признаком является и молодой возраст больного.

Объективный статус и его обсуждение

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Нормастеник. Удовлетворительного питания (ИМТ 25,3). Кожные покровы обычной окраски, на коже голени имеются болезненные уплотнения кирпично-красного цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 38,1°C. Контуры суставов не изменены, отмечается незначительная болезненность при пальпации и ограничение в движениях из-за боли в плечевых и тазобедренных суставах. Отеков нет. Пульс 106 ударов в 1 мин., ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст. Прекардиальная область визуально не изменена. Пальпаторно патологических пульсаций не определяется, верхушечный толчок обычных свойств. Перкуторно границы сердца не смещены. Аускультативно тоны сердца чистые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, слева пальпируются болезненные, спазмированные отделы (нисходящий и сигмовидный) толстой кишки, там же отмечается урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

ОБСУЖДЕНИЕ объективного статуса:

- Тяжесть состояния, в первую очередь, обусловлена синдромом общей интоксикации, а также хронической анемией постгеморрагического генеза.
- Лихорадка, тахикардия являются следствием синдрома общей интоксикации, одновременно они служат важными показателями активности патологического процесса.
- Наличие на коже голени болезненных уплотнений кирпично-красного цвета может быть расценено как проявление узловой эритемы. Слезотечение, светобоязнь, гиперемия склер свидетельствуют о наличии конъюнктивита, эписклерита, увеита. Болезненность при пальпации и ограничение в движениях из-за боли в плечевых и тазобедренных суставах свидетельствует о наличии сопутствующего вторичного артрита в указанных суставах.
- Выявление болезненных, спазмированных дистальных отделов толстой кишки в сочетании с диареей, примесью крови в кале, симптомами интоксикации требует выполнения серологических исследований, позволяющих исключить возможные варианты острой кишечной инфекции, общеклинических и биохимических исследований, позволяющих определить степень активности воспалительного процесса. Главными же являются результаты инструментальных (колоноскопия с биопсией) и морфологических методов исследования.
- Таким образом, полученные при исследовании объективного статуса данные свидетельствуют о наличии у пациента патологического процесса в толстой кишке, сопровождающегося синдромом общей интоксикации, кишечной кровопотери, сочетающегося с полиорганными внекишечными проявлениями, снижением массы тела.

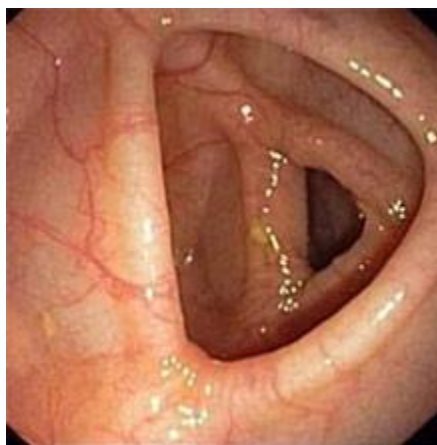
Лабораторные исследования

- Анализ периферической крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,1 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, базофилы 1%, эозинофилы 1%, тромбоциты $560 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 28 мм/час.
- Биохимический анализ крови: общий билирубин – 12,8 мкмоль/л, АЛТ 39 ед/л, АСТ 35 ед/л, холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза 4,53 ммоль/л, К - 4,4 ммоль/л, Na - 130 ммоль/л, тимоловая проба -1,25 ЕД, сыв. железо -14,32 мкмоль/л.
- Анализ крови на маркеры гепатитов В и С – отрицательные.
- Копрограмма: кал неоформленный, со слизью, лейкоциты и эритроциты густо покрывают поля зрений, значительное кол-во цилиндрического эпителия, детрит 4+, я/глистов и простейшие не обнаружены.
- При серологическом (РСК, РНГА со специфическими антигенами) исследовании крови и микробиологическом исследовании кала возбудители кишечных инфекций не выявлены;
- Анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – нет, эритроциты 0 в п/зр, лейкоциты 0-1 в п/зр.

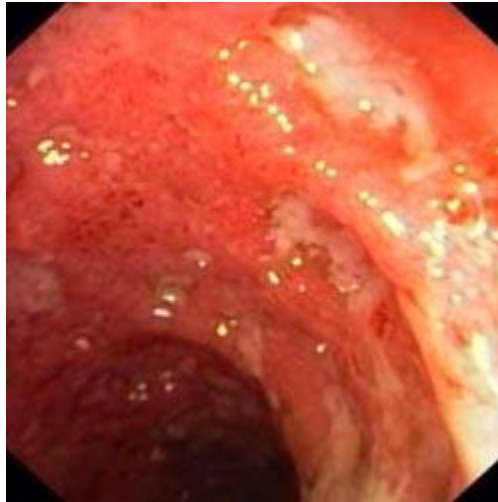
Инструментальные исследования

- Рентгенография органов грудной клетки без патологических изменений.
- ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 102 уд в 1 мин., ЭОС – нормальная
Заключение: ЭКГ – синусовая тахикардия.
- УЗИ органов брюшной полости – без патологических изменений.
- **Колоноскопия** Аппарат свободно проведён до купола слепой кишки, функция баугиниевой заслонки не нарушена. Слизистая левой половины толстой кишки непрерывно, ярко гиперемирована, полнокровна, отёчна, утолщена, в просвете кишки – кровь, сосудистый рисунок отсутствует, на слизистой прямой, сигмовидного и нисходящего отделов имеется множество мелких язвочек, эрозий и более крупных язв диаметром 0,2-0,3 см. Слизистая оболочка слепой, восходящей и поперечной кишки розовая, блестящая, с хорошо выраженным сосудистым рисунком.
Заключение: Левосторонний язвенный колит умеренной активности.

Нормальная слизистая толстой кишки



Язвенный колит



Сигмовидная кишка

Исследование биоптатов слизистой прямой и сигмовидной кишки

- Поверхность слизистой прямой и сигмовидной кишки «неровная», в биоптатах слизистой оболочки число бокаловидных клеток уменьшено, отмечается лимфо-плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки

Обсуждение лабораторных и инструментальных исследований

В клинической картине больного можно выделить:

Диарейно-геморрагический воспалительный толстокишечный синдром, средней степени тяжести с присоединением постгеморрагической анемии;

Полиорганные внекишечные проявления в виде периферической артропатии, увеита, узловатой эритемы, дефицита массы тела.

Дифференциальная диагностика

Наличие ведущего толстокишечного диарейно-геморрагического воспалительного синдрома требует исключения ряда заболеваний толстой кишки:

- Микробные колиты, обусловленные сальмонеллами, шигеллами, *Campylobacter jejuni/coli*, йерсиниями, амебами, хламидиями.
- Язвенный колит
- Болезнь Крона толстой кишки.
- Псевдомембранозный колит (*Clostridium difficile*).
- Ишемический колит, радиогенный колит, коллагенный колит.
- Медикаментозно индуцированный колит/проктит.
- Карцинома толстой кишки.

Дифференциальная диагностика

- На основании отрицательных посевов кала и исследований крови на антигены возбудителей острых кишечных инфекций есть основание исключить инфекционное кишечное заболевание. Наличие язвенных поражений при эндоскопическом исследовании также не характерно для дизентерии или других кишечных инфекций.
- Псевдомембранозный колит может проявляться диареей средней степени тяжести или варьировать до тяжёлых форм колита. Однако следует учитывать, что заболевание обычно возникает в возрасте - 40-75 лет на фоне длительного предшествующего употребления антибиотиков и характеризуется образованием и выделением с калом плёнчатого материала - структур, представленных фибрином и слизью. У 10-20% стационарных больных обнаруживают *Clostridium difficile*, который подавляет жизнедеятельность прочей кишечной микрофлоры. В кале, зелёного цвета, с неприятным запахом до диареи с примесью крови, обнаруживают плёнчатый материал. Схваткообразные боли возникают в нижних отделах живота. Около 10% случаев заболевания проявляется только лихорадкой. При колите средней степени тяжести отмечается диффузная рыхлость и изъязвление слизистой оболочки, при тяжёлых формах – на слизистой оболочке прямой кишки с признаками острого воспаления и изъязвления с образованием псевдомембран выявляются дискретные жёлто-белые бляшки из фибрина, лейкоцитов и отторгнутых некротизированных эпителиальных клеток. Характерный признак - сохранение участков слизистой оболочки под псевдомембранозными наложениями, в виде мостиков перекидывающихся между изъязвленными участками. В просвете кишки обычно крови не бывает, однако при попытке снять псевдомембрану может возникнуть кровотечение.

Дифференциальная диагностика

- Основные трудности возникают при дифференциальной диагностике между язвенным колитом и болезнью Крона. У обсуждаемого больного воспалительный процесс в кишке определяется в пределах слизистой оболочки, носит непрерывный характер и с самого начала сопровождается кровотечениями, что характерно для язвенного колита. В отличие от пациентов с болезнью Крона у него отсутствуют поражения перианальной зоны (свищи, трещины), рельеф слизистой типа «булыжной мостовой», нет щелевидных язв, кишечных свищей, признаков местного или разлитого перитонита, кишечной непроходимости. При гистологическом исследовании биопсийного материала отмечается инфильтрация собственной пластинки плазмócитами, выявляются крипт-абсцессы и базальные лимфоидные скопления. Отсутствует характерное для болезни Крона трансмуральное гранулематозное поражение стенки толстой кишки.

Диагноз

- «Язвенный колит, хроническое непрерывное течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака с внекишечными проявлениями (периферическая артропатия, увеит, узловатая эритема)». Осложнение – хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

Медикаментозное лечение пациента

- Целью терапии является достижение и поддержание **бесстероидной ремиссии** (прекращение приема глюкокортикостероидов в течение 12 недель после начала терапии), **профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса, а также развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.**
- Dignass A, et al. Second EUROPEAN evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Current management, Journal of Crohn's and Colitis (2012).

Левосторонний колит, среднетяжелая атака.

- При первой атаке или рецидиве необходимо назначение месалазина в таблетках 4-5 г/сут. в комбинации с месалазином в клизмах 2-4 г/сут. (в зависимости от эндоскопической активности). Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. При ответе терапия пролонгируется до 6-8 недель.
- При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия месалазином 1,5-2 г/сут. внутрь + месалазин в клизмах по 2 г 2 раза в неделю. Допустимо назначение сульфасалазина 3 г/сут. вместо месалазина.
- При отсутствии эффекта от 5-АСК показано назначение системных стероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг преднизолона в сочетании с АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг.
- При достижении ремиссии дальнейшая поддерживающая терапия проводится при помощи АЗА 2 мг/кг/сут. или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет.
- При отсутствии эффекта от системных стероидов в течение 4 недель показано проведение биологической терапии (инфликсимаб 5 мг/кг на 0, 2, 6 неделях) в сочетании с АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг.
- Поддерживающая терапия проводится при помощи АЗА (или 6-МП) в сочетании с введениями инфликсимаба каждые 8 недель в течение не менее 1 года. При невозможности пролонгированного использования инфликсимаба, поддерживающая терапия проводится только тиопуринами, в случае непереносимости тиопуринов - инфликсимабом в виде монотерапии.

Дифференциальная диагностика неспецифических воспалительных заболеваний кишечника

Эндоскопический признак	Язвенный колит	Болезнь Крона
Зернистость слизистой оболочки	+	±
Рыхлость слизистой оболочки	+	±
«Бульжная мостовая»	-	+
Утолщение межгаустральной перегородки	+	+
Псевдополипы	+	+
Стриктуры	+	++
Мостики из слизистой оболочки	+	±
Язвы	На фоне патологически измененной слизистой оболочки	На фоне нормальной слизистой оболочки
Характер поражения слизистой оболочки	Сплошное, циркулярное	Прерывистое, нециркулярное
Вовлечение прямой кишки	Вовлечена	±
Сосудистый рисунок	Перестроенный	±
Перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела (pANCA)	Выявляются почти у 79% больных ЯК	Выявляются не более чем у 10% пациентов с БК