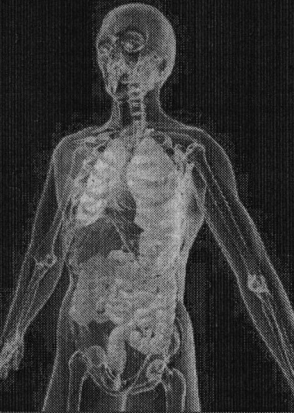


Неспецифический язвенный колит

Яблучанский Н.И., Бычкова О.Ю.
Медицинский факультет Харьковского
национального университета им. В.Н. Каразина



(Продолжение. Начало в предыдущем номере.)

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с болезнью Крона, инфекционным, ишемическим и псевдомембранозным колитом, туберкулезом кишечника, полипозом или дивертикулезом, опухолями толстой кишки, др.

При болезни Крона значительно чаще имеет место поражение тонкой кишки, отсутствуют массивные кровотечения, прямая кишка реже изменена, но чаще определяются периферические изменения, а само поражение носит сегментарный характер.

Инфекционный колит возникает остро и связан с употреблением недоброкачественной пищи. Посев кала позволяет выявить чрезмерный рост патогенной и/или условнопатогенной флоры, простейших (амебиаз, хламидиоз). При кишечном амебиазе не наблюдается периода оформленного стула или просто ректального кровотечения при общем хорошем самочувствии и отсутствии признаков токсемии. Зуботники и антибиотки в сочетании с энтеросорбентами и препаратами, нормализующими кишечную микрофлору, способствуют выздоровлению. Хламидийный проктит следует заподозрить у гомосексуальных и женщин, практикующих анальный тип половых сношений. Исследование кала позволяет выявить хламидии иммуногитов D-K.

Ишемический колит развивается вследствие атеросклеротического поражения нижней брыжечной артерии в пожилом возрасте, протекает без диарей и интоксика-

ции. Боль в животе обычно возникает через 20-30 минут после еды, и так как прямая кишка имеет двойное кровоснабжение при ишемическом колите она не поражается. Наиболее часто поражается отрезок толстой кишки, ограниченный селезеночным углом и дистальным отделом сигмовидной кишки. При этом колоноскопия позволяет обнаружить четкую границу между пораженным и интактным участком кишки. Следует также помнить, что ишемический колит, как правило, встречается у лиц старшей возрастной группы, у которых имеются проявления атеросклероза сосудов других органов и систем (например, ишемическая болезнь сердца, церебральный атеросклероз и т.п.).

Псевдомембранозный колит имеет четкую связь с антибактериальной терапией.

Кровь в кале или кишечное кровотечение, перфорация толстой кишки могут быть при брюшном тифе, но они возникают обычно на второй-третьей неделе от начала заболевания с предшествующими выраженными интоксикацией и лихорадкой с повышением температуры до 40°C. На второй неделе заболевания появляется розеолезная сыпь.

Больные туберкулезом отмечают общую слабость, нарушение аппетита, чувство тяжести в животе, периодически тошноту и неустойчивый стул. При вовлечении в процесс прямой кишки возможно появление тенезмов. Постановке диагноза помогает правильно собранный анамнез, особенно когда есть указания на длительно текущий туберкулезный процесс в легких. В биопсийном материале, полученном при колоноскопии или ректосигмокопии, обычно можно обнаружить эпителлоидные гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса, а также явления казеозного некроза.

Полипоз и дивертикулез толстой кишки может быть заподозрен при наличии у пациента верифицированных полипов и дивертикулов иной локализации, а также семейной предрасположенности. Клинические проявления неспецифичны. Диагностиру-

ется ректосигмокопией с биопсией, ирригоскопией, колоноскопией с биопсией.

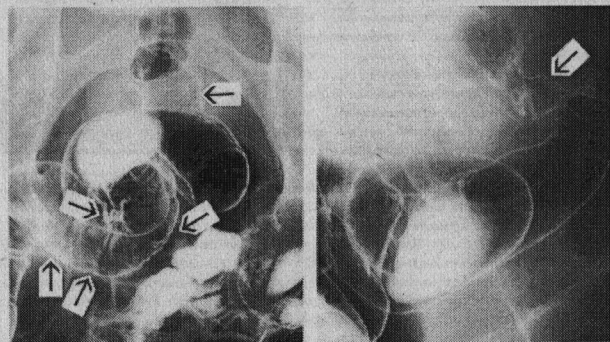
В дифференциальной диагностике НЯК в опухолевом решающее значение принадлежит инструментальным методам. Опухоль дистальных отделов толстой кишки в большинстве случаев доступна верификации при ректосигмокопии с обязательной биопсией (несколько кусочков) из подозрительных участков ("эрозии", "язвы", полипы на широком основании, асимметричное сужение просвета кишки без изменения слизистой, которое не расширяется при раздувании воздухом). Опухоль сигмовидной, а также проксимально расположенных частей толстой кишки может быть выявлена с использованием ирригоскопии, в том числе с двойным контрастированием. Колоноскопия с биопсией позволяет не только обнаружить опухоль (если рентгенологическое исследование неинформативно), но и уточнить ее морфологическую характеристику (тип опухоли, степень ее дифференцировки и стадию развития), что имеет важное значение в выборе тактики лечения больного.

Осложнения

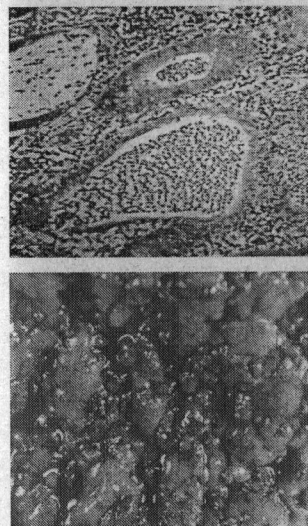
К осложнениям НЯК относятся анальные трещины, парапроктит, массивное кровотечение (до 4% случаев), анемия, токсическая дилатация и перфорация толстой кишки (до 6% случаев), в том числе как результат лечения высокими дозами кортикостероидов, тромбоэмболии, др. Связи, в том числе с воспалением тазовой клетчатки, должны насторожить в отношении возможной болезни Крона. У лиц, болеющих длительно, имеется риск злокачественной трансформации.

Лечение

Лечение НЯК консервативное, комплексное в период обострений и противорецидивное поддерживающее в период ремиссий, не является простым как в силу тяжести заболевания, так и высокой вероятности побочных эффектов используемых лекарственных препаратов. Серьезной проблемой для пациента



Лучевая картина при неспецифическом язвенном колите. www.naika.or.jp



Тонкое строение слизистой и слизистой толстой кишки при неспецифическом язвенном колите. surgery.med.umich.edu.jpg

и родственников является высокая стоимость лечения. К хирургическому вмешательству прибегают при отсутствии эффекта от консервативного лечения и возникновении угрожающих для жизни пациента осложнений.

Первостепенное значение принадлежит не только правильно организованному питанию, но и обеспечению физического и психического восстановления и равновесия.

При среднем течении НЯК предпочтительно парентеральное питание с использованием инфузий легкоусвояемых растворов аминокислот, белковых препаратов, жировых эмульсий, витаминов, глюкозы, электролитных смесей, которые должны обеспечить суточную потребность организма в калориях (не менее 4 ккал/кг массы тела) и белке (1,5-2,0 г/кг массы тела). По мере стихания активности процесса возможен прием указанных препаратов внутрь. Они полностью всасываются в верхних отделах тонкой кишки, чем создается физиологический покой нижерасположенным отделам кишечника.

При средней степени тяжести течения НЯК рекомендуется диета с содержанием белка в пищевом рационе до 110-120 г/сутки (в основном за счет животного). Жиры организуются 60 г/сутки, углеводы - 250 г/сутки. Исключаются клетчатка и цельное молоко.

При легком течении НЯК ограничений в диете нет, за исключением молока и в меньшей мере клетчатки.

Медикаментозное лечение

Определяется тяжестью течения заболевания и направлено на подавление воспалительного процесса, модуляцию иммунологической реактивности и коррекцию метаболических нарушений организма, улучшение процессов всасывания в кишечнике и восстановление его зубиоза.

К основным средствам лекарственной терапии НЯК относятся сульфасалазин и препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), кортикостероиды, иммуномодуляторы, иммунодепрессанты, моноклональные антитела к фактору некроза опухоли-альфа.

При тяжелом течении НЯК показано парентеральное (предпочтительно внутривенное) введение гидрокортизона до 200 и даже 300 мг 2 раза в сутки в течение 2-3 дней с переходом на прием глюкокортикоидов внутрь из расчета 60-40 мг преднизолона в сутки. Возможно дополнительное использование сульфасалазина до 8-10 г/сутки, разделенное на 4 приема (при хорошей переносимости), или месалазина по 1-1,5 г 4 раза в день. При стихании воспалительного процесса терапия проводится как при среднетяжелой форме НЯК. При неэффективности терапии и угрозе развития токсического мегаколона дополнительно назначают антибиотки: полусинтетические пенициллины (ампициллин), клиндамицин в средних или максимальных терапевтических дозировках. Сохранение в течение суток токсической дилатации толстой кишки, как и появление признаков иных осложнений (профузного кишечного кровотечения, перфорации, малигнизации), является прямым показанием к оперативному лечению.

При средней тяжести течения НЯК назначают внутрь 60 мг преднизолона в сутки в течение 3-4 недель, по достижении эффекта дозу уменьшают на 10 мг каждые 5-7 дней. По достижении уровня 30-40 мг преднизолона в сутки всю дозу препарата принимают однократно утром. Далее снижение дозы идет на 5 мг каждую неделю. Полный курс гормонотерапии составляет в среднем от 10 до 20 недель. При проктите или проктосигмоидите глюкокортикоиды можно принимать не только внутрь, но и вводить в клизмы. Препараты 5-АСК вводятся в свечах или микроклизмах. Эффективен комбинированный прием внутрь преднизолона и сульфасалазина (1-4 г в сутки), месалазина (1,5-3 г в сутки).

При легком течении НЯК назначают сульфасалазин по 3-4 г в сутки или препараты 5-АСК - 1,5-2 г в сутки в интервалах между приемом пищи 3-4 раза в сутки. Курс лечения - 1-1,5 месяца. При проктите, проктосигмоидите предпочтительно использовать в виде свечей или клизм.

При рефрактерности к базисным препаратам используются иммунодепрессанты и иммуномодуляторы (азатиоприн, 6-меркаптопурин, декaris, тималин и др.).

По показаниям в комплексную терапию НЯК включают препараты кальция, десенсибилизирующие средства, сорбенты, обволакивающие вещества, спазмолитические средства, а также лекарства, уменьшающие частоту стула (имодиум), ферменты.

При анемии назначают препараты железа и фолиевой кислоты.

При дисбактериозе применяют препараты для восстановления микрофлоры кишечника: пробиотики и эубиотики.

Для удаления иммунных комплексов проводят УФО крови, гемосорбцию, плазмаферез, что, по мнению некоторых специалистов, благоприятно сказывается на течении заболевания.

При возникновении периферических поражений (язв, трещин, дерматита) дополнительно используют сидячие ванны с отварами вяжущих трав, свечи с анузолем, белладонной, анестезином. Кроме того, применяют облепиховое масло в виде тампонов или в капсулах и аурибин - мазь, содержащую преднизолон, лидокаин, пантенол, триклозан.

В период ремиссии для профилактики рецидивов назначается поддерживающая терапия: сульфасалазин по 1 г в сутки или месалазин 0,75-1,5 г в сутки. Полезным считается проведение курсов гипербарической оксигенации по специальной методике.

Имеется положительный опыт лечения НЯК моноклональными антителами к фактору некроза опухоли-альфа, что позволяет в части случаев даже избежать необходимости оперативного вмешательства в фазу обострения тяжелого течения НЯК.

Хирургическое лечение

Проводится при перфорации кишки, септическом состоянии, связанном с острой токсической дилатацией толстой кишки, и профузном кровотечении. Возможными показаниями являются резистентное к медикаментозному лечению прогрессирующее рецидивирующее течение НЯК и тяжелые внекишечные проявления.

Прогноз

Прогноз при легком и среднетяжелом течении НЯК обычно благоприятный, но со временем возрастает риск малигнизации, при тяжелом течении - неопределенный, а развитии осложнений - нередко неблагоприятный.

Трудоспособность

В период обострения НЯК временно нарушается, при прогрессировании и развитии опасных для жизни осложнений стойко утрачивается.

Профилактика

Первичная состоит в устранении действия факторов риска, вторичная предусматривает профилактику рецидивов, осложнений и развития заболеваний других органов и систем.