

# Клинический случай наблюдения пациентки с язвенным колитом

А.Ю. ОВСЯННИКОВА, Т.Г. НИКИШИНА

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. По данным ВОЗ, заболеваемость язвенным колитом составляет 50-80 человек на 100.000 населения. В настоящее время этиология и патогенез патологии остаются малоизученными. Пик заболеваемости ЯК приходится на возрастной период от 20 до 40 лет. Тяжелую атаку заболевания у больных с язвенным колитом диагностируют у 17,6% пациентов уже при его дебюте. Консервативное лечение не эффективно при этом у 30% больных. У отдельных пациентов наряду с основными симптомами патологии, выявляются и внекишечные симптомы. Диагностика ЯК базируется на анализе данных анамнеза, клинической картины заболевания, результатов эндоскопического, гистологического и лабораторных исследований. Основными целями лечения ЯК являются: предотвращение рецидивов, профилактика осложнений и поддержание ремиссии. При неэффективности консервативной терапии или невозможности ее продолжения, кишечных осложнениях ЯК (токсическая дилатация, перфорация кишки, кишечное кровотечение), а также при раке толстой кишки или наличие высокого риска его возникновения показано хирургическое лечение. Таким образом, изучение происхождения, течения и лечения данного заболевания остается актуальным и в настоящее время. В статье приведен пример клинического случая пациентки с язвенным колитом, который демонстрирует картину и тяжесть течения заболевания, а также сложность дифференциальной диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** язвенный колит, диагностика, лечение, заболевания кишечника

Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки [1-4]. По данным ВОЗ, заболеваемость язвенным колитом составляет 50-80 человек на 100.000 населения. В настоящее время этиология и патогенез патологии остаются малоизученными, а причины, ее вызывающие не имеют четкой определенности [3-7].

Пик заболеваемости ЯК приходится на возрастной период от 20 до 40 лет, тяжелую атаку заболевания у больных с язвенным колитом диагностируют у 17,6% пациентов уже при его дебюте [1-3].

У отдельных пациентов наряду с основными симптомами патологии, выявляются и внекишечные симптомы. Диагностика ЯК базируется на анализе данных анамнеза, клинической картины заболевания, результатов эндоскопического и гистологического исследований. Пациенты жалуются на частый жидкий стул с примесью слизи и крови, ложные позывы на дефекацию, боли в животе, общую слабость и потерю аппетита. Основными целями лечения ЯК являются: предотвращение рецидивов, профилактика осложнений и поддержание ремиссии [2-6]. При неэффективности консервативной терапии или невозможности ее продолжения, кишечных

осложнениях ЯК (токсическая дилатация, перфорация кишки, кишечное кровотечение), а также при раке толстой кишки или наличие высокого риска его возникновения показано хирургическое лечение. Для консервативного лечения язвенного колита применяются препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), кортикостероиды, иммуносупрессоры и биологическая терапия [4-7]. Консервативное лечение при этом не эффективно у 30% больных, таким пациентам показано хирургическое лечение в профильном отделении. Таким образом, изучение происхождения, течения и лечения данного заболевания остается актуальным и в настоящее время.

Цель работы – представить случай лечения язвенного колита с рецидивирующим течением и осложнением в виде кишечного кровотечения.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской карты стационарного больного с диагнозом: язвенный колит, тотальное поражение.

Пациентка 30 лет поступила в срочном порядке с жалобами на диарею до 12 раз в сутки с примесью крови и слизи, ложные позывы к дефекации, общую слабость, плохой сон, отсутствие аппетита, снижение веса, ноющие,

колющие, схваткообразные боли в животе, гипертермию, тошноту после приема пищи.

Пациентка обнаружила проявление первых симптомов в виде появления прожилок крови около 2,5 месяцев назад, на фоне приема антибиотиков (уточнить не может), в рамках подготовки к гинекологической операции. Спустя 2 недели возникла диарея до 5 раз в сутки с примесью крови. Около 2 месяцев назад присоединилась периодическая гипертермия до 39,0оС, выделение крови из ануса без стула. Самостоятельно начала прием фуразолидона, отмечала нормализацию температуры тела. Диарея с кровью и боли сохранялись.

Консультирована гастроэнтерологом и направлена на фиброгастродуоденоскопию (ФЭГДС), по данным которой выявлен катаральный эзофагит, недостаточность кардии и пилоруса, поверхностный гастрит, дуоденит, пилорит, рефлюкс желчи в желудок, поверхностный бульбит. Взята цитология на НР.

Копрологическое исследование кала выявило: консистенция жидкая, цвет коричневый, рН – 8, лейкоциты и эритроциты густо покрывают поля зрения.

В динамике больная отметила снижение веса на 8 кг, ухудшение аппетита, сна и нарастающую общую слабость.

Повторно консультирована гастроэнтерологом, диагностировано обострение панкреатита, рефлюкс-эзофагит, ДЖВП, СРК на фоне микробной контаминации, рекомендовано проведение фиброколоноскопии (ФКС). Назначена диета, тримебутин, масляная кислота, инулин. На фоне лечения больная констатировала незначительное уменьшение болей, кашицеобразный стул с меньшим количеством крови. Но спустя небольшой промежуток времени отметила возобновление гипертермии до 39,0оС, усиление болей, диарею до 12 раз в сутки с примесью крови. Осмотрена колопроктологом и госпитализирована в срочном порядке.

Проведена видеокколоноскопия, позволившая диагностировать язвенный колит с выраженной активностью по Shroeder, тотальное поражение: в просвете кишки местами темная кровь; в прямой, нисходящей ободочной

кишках слизистая отечная, гиперемирована, контактно-ранимая, имеется много поверхностных эрозий размерами до 2 мм. В сигмовидной, нисходящей и поперечно ободочной кишках на фоне отечной, контактно-ранимой слизистой выявлены язвенные дефекты полигональной формы размерами до 2,0–0,5 см. и глубиной до 4 мм. Дно язв покрыто фибрином. Перистальтика вялая, складки сглажены.

Больной назначена консервативная терапия, включающая внутривенное применение преднизолона в дозе 120 мг в сут., ципрофлоксацина и метронидазола, растворов рингера и реамберина; внутримышечно – феррум-лек и анальгетики; а также салофальк-клизмы по 4 г в сут.

На фоне проводимого консервативного лечения состояние больной улучшилось. Болевой симптом, тошнота были купированы, стул нормализовался: ежедневный, 2 раза в день, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание и диурез в норме.

Больная в удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями: диетический стол №4б, исключение тяжелой физической нагрузки и стрессов; салофальк-гранулы по 4 г утром в один прием; метипред – по 4 мг 12 таб/сут до 12.00 в 2-3 приема с интервалом 1-2 часа с последующим снижением дозы на 8 мг (2 таб) в неделю; пантопразол (омепразол) – по 20 мг 2 р/сут за 30 мин до еды, до полной отмены метипреда; альфа-нормикс – по 200 мг по 2 таб. 2 раза в сут. в течение 2-х недель; коррекция анемии: прием феррофольгамы по 1 капс. 3 раза в день или ферретаб по 1 таб. 2 раза в сутки, или феррум-лек по 1 таб. 2 раза в сутки.

Через 6-7 недель рекомендовано проведение амбулаторного обследования больной, включающее общий, биохимический анализы, электролиты крови, С-реактивный белок (количественный), коагулограмму, фекальный кальпротектин, проведена видеокколоноскопия, консультация гастроэнтеролога/колопроктолога для оценки динамики и согласования лечебной тактики.

На фоне терапии состояние больной улучшилось: болей в животе и вздутия не от-

мечала, температура тела нормализовалась, стул – 2 раза в день мягко-эластической консистенции, лабораторные анализы приблизились к нормальным показателям.

Однако, через 2 месяца, вновь стала отмечать наличие прожилок крови в каловых массах. Обратилась к колопроктологу, госпитализирована. На момент осмотра в срочном оперативном лечении не нуждалась. При обследовании проведен контроль лабораторных показателей – уровень гемоглобина крови – 108 г/л. Результаты ирригоскопии: неполный осмотр, плохая подготовка. R – признаки могут соответствовать язвенному колиту. ФКС - колоноскоп проведен только до селезеночного угла, так как попытке дальнейшего его проведения сопровождалась резкой болезненностью. На осмотренном участке в просвете кишки и по стенкам местами жидкий кал обычного цвета. Начиная с 15 см. от ануса, до селезеночного угла слизистая неравномерно утолщена, очагово гиперемирована, имеются единичные полиповидно утолщенные участки полушаровидной формы размерами до 0,4 см. Складки обычного калибра. Перистальтика удовлетворительная. Анальный канал без особенностей. Заключение: Язвенный колит, минимальная активность по Schroeder, с локализацией процесса в левых отделах. Учитывая легкое течение обострения язвенного колита, проводилось лечение препаратами 5-аминосалициловой кислоты в дозе 4 г перорально и в виде ректальных форм 2 г ежедневно в течение 6 - ти недель. При выписке общее состояние удовлетворительное, дыхание самостоятельное, гемодинамика стабильная, живот не вздут, симметричный, активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный в левых отделах, стул – 2 раза в сутки, оформленный, без примеси крови. Рекомендовано наблюдение гастроэнтеролога поликлиники по месту жительства, диетический стол №4б, салофальк микрогранулы по 3,0 г в сутки, салофальк микроклизмы (или свечи) 1,0 г в сутки или салофальк-пена 0,5 г в сутки; феррум-лек по 100 мг х 3 раза в день в течение месяца под контролем гемоглобина крови; динамическое

наблюдение колопроктолога, комплексное обследование через 2 месяца.

При контрольной фиброколоноскопии от 17.03.2021: Колоноскоп проведен до печеночного угла, при попытке дальнейшего проведения резкая болезненность. На осмотренном участке слизистая бледно-розовая, сосудистый рисунок неравномерный. Складки обычного калибра. Перистальтика удовлетворительная. Анальный канал без особенностей. Заключение: Язвенный колит, неактивное заболевание по Schroeder.

Колопроктологом рекомендовано: диетический стол №4б; исключение тяжелой физической нагрузки, стрессов; салофальк-гранулы по 2 г/сут. в один приём утром; свечи салофальк 500 мг по 1 свече 2 раза в день 1 раз в 3 дня – длительно; коррекция анемии: консультация гематолога, феррофольгама по 1 капс. 3 р\д или ферретаб по 1 таб. 2 р/д, или феррум-лек по 1 таб. 2 раза в день (возможна замена на аналоги в эквивалентных дозах), контроль общего анализа крови и сывороточного железа в динамике; консультация гастроэнтеролога/колопроктолога для оценки динамики и согласования лечебной тактики.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует особенности течения язвенного колита, важность динамического наблюдения специалистом и своевременной коррекции терапии, что позволяет значительно сократить периоды обострения и продлить период ремиссии заболевания.

#### Список литературы:

1. Карпова И.Ю., Молчанова Д.В., Ладыгина Т.М. Экспериментальное моделирование некротизирующего энтероколита: патогенез, предикторы заболевания, профилактика. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2020;13(3):293-300.
2. Куликовский В., Олейник Н., Караманян Э. Первый опыт применения инфликсимаба у пациентов со стероид-резистентными и стероид-зависимыми формами неспецифического язвенного колита. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2009;2(4):288-290.
3. Карпова И., Паршиков В. Роль инструментальных методов исследования в диагностике некротического энтероколита у новорожденных. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012;5(2):412-415.

- 
4. Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Карапыш В.А., Василенко И.В. (2015). Неспецифический язвенный колит. Архивъ внутренней медицины, (4), 62-65.
  5. Шапошников В.И., Сторожук П.Г. О патогенезе неспецифического язвенного колита. Кубанский научный медицинский вестник, (2013). (7), 129-131.
  6. Денисенко, Л. С., Гаврина, С. Е., Рогаткина, Е. С., & Шкуратова, О. К. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита. Acta Biomedica Scientifica, (2007). (4S), 67-68.
  7. Карпова И.Ю., Молчанова Д.В., Ладыгина Т.М. Современный взгляд на диагностику и лечение некротизирующего энтероколита у новорожденных. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2020;13(4):362-370.