Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Рецензия к.м.н. доцента кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО, Песеговой Марины Витальевна на реферат ординатора первого года обучения специальности «ОВП» Торгунаковой Екатерины Сергеевны по теме: «Язвенный колит».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный /отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

**Итоговая оценка: положительная /
отрицательная** Комментарии
рецензента: _____

Дата: 15.03.23

Подпись рецензента: _____

Подпись ординатора: _____

Оглавление

Эпидемиология.....	3
Классификация	3
Патоморфология.....	5
Клиническая картина	5
Диагностика.....	7
Дифференциальная диагностика	9
Лечение	9
Список литературы	12

Введение

Язвенный колит — хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. При ЯК поражается только толстая кишка (за исключением ретроградного илеита), в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой и носит диффузный характер. Язвенный колит является одной из наиболее сложных проблем современной гастроэнтерологии. По уровню распространенности язвенный колит значительно уступает другим гастроэнтерологическим заболеваниям, но по тяжести течения, частоте осложнений и летальности они занимают во всем мире одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта. Постоянный интерес к язвенному колиту обусловлен прежде всего тем, что, несмотря на многолетнюю историю изучения, их этиология остается неизвестной, а патогенез раскрыт недостаточно.

Эпидемиология

Заболеваемость - 50-230 случаев на 100 000 населения. Язвенный колит возможен во всех возрастных группах, но основной пик заболеваемости приходится на 20-40 лет. Частота заболевания у мужчин и женщин одинаковая.

Классификация

Обострение язвенного колита- появление типичных симптомов заболевания в период клинической ремиссии — спонтанной или медикаментозно поддерживаемой. Ранним называют рецидив, возникший менее чем через 3 месяца после медикаментозно достигнутой ремиссии. На практике признаками клинического обострения являются увеличение частоты дефекаций с выделением крови и/или характерные изменения, обнаруживаемые при эндоскопическом исследовании толстой кишки. Ремиссией ЯК считают исчезновение основных клинических симптомов

заболевания и заживление слизистой оболочки толстой кишки. Выделяют клиническую ремиссию — отсутствие примеси крови в кале и императивных/ложных позывов при частоте дефекаций не более 3 раз в сутки; эндоскопическую ремиссию — отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления при эндоскопическом исследовании толстой кишки; гистологическую ремиссию — отсутствие микроскопических признаков воспаления.

Для описания протяженности поражения применяется Монреальская классификация, оценивающая область макроскопических изменений при эндоскопическом исследовании толстой кишки: проктит- воспаление ограничено прямой кишкой, левосторонний колит распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит), тотальный колит.

По характеру течения выделяют острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания) и хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии). Выделяют хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии), хроническое редко рецидивирующее (1 раз в год или реже); хроническое часто рецидивирующее (2 и более раз в год).

Классификация язвенного колита в зависимости от ответа на гормональную терапию включает гормональную резистентность и гормональную зависимость. Гормональная резистентность характеризуется в случае тяжелой атаки сохранением активности заболевания, несмотря на внутривенное введение ГКС в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона в течение более 7 дней; или в случае среднетяжелой атаки — сохранением активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона на протяжении 4 недель. При гормональной зависимости развивается увеличение активности болезни при уменьшении дозы ГКС ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки

в течение 3 месяцев от начала лечения; или возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.

Патоморфология

Морфологически язвенный колит характеризуется воспалением различных отделов толстой кишки. Обычно поражается слизистая оболочка, и лишь при тяжёлых формах воспаление распространяется на глубокие слои кишечной стенки. Слизистая оболочка гиперемирована, отёчна, изъязвлена. Язвы округлой формы, имеют различные размеры. Микроскопические изменения характеризуются инфильтрацией собственной пластинки эозинофилами, лимфоцитами, тучными клетками и нейтрофилами.

Клиническая картина

В клинической картине выделяют три ведущих синдрома, связанных с поражением кишки: нарушения стула, геморрагический и болевой. Позже присоединяются общие симптомы: анорексия, тошнота и рвота, слабость, снижение массы тела, лихорадка, анемия. Начало заболевания может быть постепенным или острым.

Фульминантная форма язвенного колита почти всегда сопровождается тотальным поражением толстой кишки, развитием хирургических осложнений (токсическая дилатация толстой кишки, перфорация) и в большинстве случаев требует неотложного хирургического вмешательства. Заболевание начинается бурно, в течение нескольких дней формируется выраженная клиническая картина с частотой кровавистого стула более 10 раз в сутки, снижением концентрации гемоглобина менее 60 г/л, повышением СОЭ более 30 мм/ч.

Язвенный колит, начинающийся постепенно, клинически обычно манифестирует только ректальным кровотечением. Кровотечения чаще возникают из мелких язв толстой кишки. Если воспалительный процесс

распространяется в проксимальном направлении на большую часть толстой кишки, возможно значительное кровотечение.

У большинства больных наблюдают учащение стула (в тяжёлых случаях до 20 раз в сутки). Часто при позыве на дефекацию выделяется только кровянистая слизь. В начальный период заболевания, протекающего в форме проктосигмоидита, возможен запор, преимущественно вследствие спазма сигмовидной кишки.

Боли, обычно ноющего характера, возникают у 2/3 больных. Их локализация зависит от протяжённости патологического процесса (чаще в левой половине живота). У многих больных интенсивность болей нарастает через 30-90 мин после еды. По мере развития заболевания связь между приёмами пищи и болями в животе утрачивается, так как угасает гастроколитический рефлекс, при котором вслед за приёмом пищи возникает усиленная перистальтика кишечника.

Внекишечные проявления язвенного колита, связанные с иммунными нарушениями, обнаруживают у 10-20% больных, чаще при тотальном поражении толстой кишки. К внекишечным проявлениям язвенного колита относят:

- первичный склерозирующий холангит (развивается в 2-7,5% случаев);
- холангиокарциному (обычно связана с развитием первичного склерозирующего холангита);
- различные поражения кожи (чаще развивается узловатая эритема), которые необходимо дифференцировать с лекарственным дерматитом вследствие приёма сульфасалазина;
- эписклерит, увеит, иридоциклит;
- артриты (с преимущественным поражением крупных суставов);
- анкилозирующий спондилит, саркоилеит.

Все внекишечные проявления, за исключением саркоилеита, анкилозирующего спондилита и первичного склерозирующего холангита, исчезают или уменьшаются по мере снижения активности воспаления или после колопроктэктомии.

Осложнения язвенного колита, связанные с поражением кишки, перфорация кишки, профузное кровотечение, токсическая дилатация толстой кишки, стриктуры, полипоз, малигнизация, перфорация, сепсис, тромбозы и тромбоэмболия.

Диагностика

Диагноз ставится на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений. Для этого необходимо провести: подробный опрос пациента, физикальный осмотр, при котором оценивают частоту пульса, температуру тела, артериальное давление, индекс массы тела, наличие перитонеальных симптомов и признаков токсической дилатации, состояние ротовой полости (исключение афтозного стоматита), кожного покрова (исключение узловатой эритемы и гангренозной пиодермии), глаз (исключение увеита, иридоциклита, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию.

Главным инструментальным методом обследования является колоноскопия с илеоскопией с биопсией, при невозможности ее выполнения — ирригоскопия с двойным контрастированием. Эндоскопическую активность язвенного колита наилучшим образом отражают контактная ранимость (выделение крови при контакте с эндоскопом), отсутствие сосудистого рисунка и наличие или отсутствие эрозий и изъязвлений. Биопсию слизистой оболочки толстой кишки при первичной постановке диагноза, при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза; при длительном анамнезе язвенного колита более 7–10 лет. К микроскопическим признакам относятся деформация крипт — разветвленность,

разнонаправленность, уменьшение плотности и укорочение», появление крипт разного диаметра, крипты не достигают подлежащего слоя мышечной пластинки слизистой оболочки, «неровная» поверхность последней во взятом биоптате, уменьшение числа бокаловидных клеток, базальный плазмцитоз, инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, наличие крипт-абсцессов и базальных лимфоидных скоплений. Степень воспалительной инфильтрации обычно уменьшается по мере удаления от прямой кишки. При рентгенологическом исследовании обнаруживают типичную картину сглаженности или отсутствия гаустр (симптом "водопроводной трубы". Также больным с язвенным колитом необходимо проводить ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.

Язвенный колит может сопровождаться повышением уровня СОЭ, СРБ, лейкоцитозом и анемией. Вследствие длительной диареи развиваются гипонатриемия, гипохлоремия, гипоальбуминемия. Обязательными лабораторными исследованиями являются развернутый анализ крови, СОЭ, С-реактивный белок, гемокоагулограмма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Анализ кала исследуется для исключения острой инфекции при первичной диагностике язвенного колита, исключения паразитарного колита. Исследование токсинов А и В *C. Difficile* проводится при тяжелом обострении заболевания, резистентного к проводимой терапии. Исследование уровня фекального кальпротектина при первичной дифференциальной диагностике язвенного колита с функциональными заболеваниями кишечника, а также для неинвазивной оценки активности воспалительного процесса в кишечнике на фоне лечения.

При необходимости дифференциальной диагностики проводят магнитно-резонансную томографию; компьютерную томографию; трансабдоминальное ультразвуковое сканирование тонкой и ободочной кишки; трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и

анального анала; рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки с бариевой взвесью; фиброгастродуоденоскопию; капсульную эндоскопию; одно- или двухбаллонную энтероскопию.

Дифференциальная диагностика

Язвенный колит дифференцируют с инфекционными поражениями кишечника, ишемическим колитом, болезнью Крона.

При дифференциальной диагностике с инфекционной патологией первостепенное значение имеет микробиологическое исследование кала.

Распознаванию ишемического колита способствуют пожилой возраст больных, характерные рентгенологические признаки (симптом "пальцевых вдавлений", псевдодивертикулы), обнаружение гемосидерин-содержащих макрофагов при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки.

Наибольшие трудности могут возникнуть при дифференциальной диагностике язвенного колита с болезнью Крона с локализацией в толстой кишке (табл. 1).

Таблица 1. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита и болезни Крона

Лечение

Лечебные мероприятия при язвенном колите включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургические вмешательства, психосоциальную поддержку и диетические рекомендации. Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки заболевания, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений. Целью терапии является достижение и поддержание бесстероидной ремиссии

(прекращение приема ГКС в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений — своевременное назначение хирургического лечения.

Проктит. Легкая и среднетяжелая атака

Терапия заключается в назначении суппозиториев с месалазином (1–2 г/сут) ли ректальной пены месалазина (1–2 г/сут). Оценка терапевтического ответа проводится в течение 2 недель. При ответе на терапию прием указанных доз пролонгируется до 6–8 недель. В случае неэффективности лечения целесообразно подключение ректальных форм ГКС — суппозиториев с преднизолоном 10 мг 1–2 раза в сутки. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия — местное введение месалазина (свечи или ректальная пена) 1–2 г 3 раза в неделю в виде монотерапии не менее 2 лет. При неэффективности к лечению следует подключить пероральные формы месалазина в дозе 3–4 г/сут. В случае отсутствия эффекта показано назначение системных ГКС (преднизолон 0,75 мг/кг) в комбинации с азатиоприном 2 мг/кг или 6-меркаптопурином 0,5 мг/кг. При достижении ремиссии, индуцированной при помощи ГКС, поддерживающая терапия проводится при помощи АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет. Тяжелая атака развивается крайне редко. Лечение заключается в назначении системных ГКС в дозе, эквивалентной 1 мг/кг преднизолона в комбинации с местной терапией месалазином или преднизолоном (суппозитории, ректальная пена). При достижении ремиссии поддерживающая терапия проводится местными препаратами месалазина (суппозитории, ректальная пена) 1–2 г 3 раза в неделю в виде монотерапии или в комбинации с пероральным месалазином 1,5–2 г не менее 2 лет (УД 1b, CP). При рецидиве, требующем повторного назначения ГКС, дополнительно назначается АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг) и дальнейшая поддерживающая терапия проводится иммуносупрессорами (АЗА или 6-МП) не менее 2 лет.

Левосторонний и тотальный колит. Легкая атака

Первая атака или рецидив требуют назначения месалазина внутрь 3 г/сут (или сульфасалазина 4 г/сут) в комбинации с месалазином в клизмах 2–4 г/сут — в зависимости от эндоскопической активности. Терапевтический ответ оценивается в течение 2 недель. В случае ответа терапия продолжается до 6–8 недель. При отсутствии эффекта от местных и пероральных препаратов 5-АСК целесообразно подключение ректальных форм ГКС — клизмы с суспензией гидрокортизона 125 мг 1–2 раза в сутки. Отсутствие ответа на терапию пероральной 5-АСК в сочетании с местным лечением, как правило, является показанием к назначению системных ГКС. При достижении ремиссии поддерживающая терапия проводится при помощи перорального месалазина 1,5 г/сут. Дополнительное введение месалазина в клизмах по 2 г 2 раза в неделю (так называемая «терапия выходного дня») увеличивает вероятность долгосрочной ремиссии.

Левосторонний и тотальный колит. Среднетяжелая атака

При первой атаке или рецидиве необходимо назначение месалазина в таблетках, ГКС преднизолон ,75 мг/кг) в комбинации с азатиоприном (АЗА) 2 мг/кг или 6-меркап-топурином (6-МП) 1,5 мг/кг УД , СР С). Местная терапия (свечи с преднизолоном 10 мг 1–2 раза в сутки) может быть продолжена. При достижении ремиссии, индуцированной при помощи ГКС, поддерживающая терапия проводится при помощи АЗА 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет. Тяжелая атака развивается крайне редко. Лечение заключается в назначении системных ГКС в дозе, эквивалентной 1 мг/кг преднизолона в комбинации с местной терапией месалазином или преднизолоном (суппозитории, ректальная пена) — УД 5, СР D. При достижении ремиссии поддерживающая терапия проводится местными препаратами месалазина (суппозитории, ректальная пена) 1–2 г 3 раза в неделю в виде монотерапии или в комбинации с пероральным месалазином 1,5–2 г не менее 2 лет.

Список литературы

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 Т. / под редакцией Н . А . Мухина, В . С . Моисеева, А . И . Мартынова . - М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 .
2. Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике (в 2 - х частях) б учебное пособие для студентов/ Поликарпов Л . С.. Балашова Е . В . , Карпухина Е . О . и др . - Красноярск : тип . КрасГМУ, 2011
3. Внутренние болезни : учебник. Т. 2 ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. • Внутренние болезни : учебник. Т. 1 ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин М. : ГЭОТАРМедиа, 2013.
6. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425800.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин М. : ГЭОТАРМедиа, 2013.
7. В. Т. Ивашкин, Ю. А. Шельгин, Д. И. Абдулганиева, Р. А. Абдулхаков, О. П. Алексеева, С. И. Ачкасов, А. Ю. Барановский, Е. А. Белоусова, О. В. Головенко, Е. Г. Григорьев, Н. В. Костенко, Т. Л. Лапина, И. В. Маев, А. И. Москалев, А. И. Низов, Н. Н. Николаева, М. Ф. Осипенко, В. В. Павленко, А. И. Парфенов, Е. А. Полуэктова, В. Г. Румянцев, В. М. Тимербулатов, А. С. Тертычный, А. В. Ткачев, А. С. Трухманов, А. Л. Халиф, Д. А. Хубезов, Е. Ю. Чашкова, О. С. Шифрин, О. Б. Щукина. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом