

## СВЕРХТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (клиническое наблюдение)

Пак В.Е.<sup>1,3</sup>, Коротаева Н.С.<sup>2,3</sup>, Чашкова Е.Ю.<sup>2,3</sup>, Желтовская А.А.<sup>3</sup>,  
Макеева И.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия  
(ректор – профессор И.В. Малов)

<sup>2</sup> ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск,  
Россия

(директор – профессор В.А. Сороковиков)

<sup>3</sup> ГБУЗ Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница,  
г. Иркутск, Россия

(главный врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

*Представлено клиническое наблюдение дебюта сверхтяжелой (фульминантной) формы язвенного колита у молодого, ранее практически здорового пациента. Диагноз установлен при поступлении в инфекционный отделений районной больницы, начато этиопатогенетическое лечение. Неэффективно. Переведен в специализированное отделение областной клинической больницы в тяжелом состоянии с метаболическими и волемическими нарушениями, анемией, тромбоцитопенией, синдромом системной воспалительной реакции. Несмотря на интенсивную терапию, состояние ухудшалось, рецидивировало массивное кишечное кровотечение. По неотложным показаниям выполнена колпроктэктомия. Илеостома по Бруку. При патоморфологическом исследовании диагноз язвенного колита подтвержден – воспаление высокой степени активности с вовлечением подслизистого и мышечного слоев кишки с множественными крипт-абсцессами. На 26-е сутки выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Осмотрен через 3,5 года. Самочувствие удовлетворительное. Режим питания и характер пищи без ограничений. Работает по специальности.*

**[Ключевые слова: язвенный колит, сверхтяжелая форма, хирургический сепсис,  
массивное кровотечение, неотложная колпроктэктомия]**

.....  
Для цитирования: Пак В.Е., Коротаева Н.С., Чашкова Е.Ю., Желтовская А.А., Макеева И.Е. Сверхтяжелая форма язвенного колита (клиническое наблюдение). *Колопроктология*. 2019; т. 18, № 4(70), с. 130-133.  
.....

### ACUTE SEVERE ULCERATIVE COLITIS (case report)

Pak V.E.<sup>1,3</sup>, Korotaeva N.S.<sup>2,3</sup>, Chashkova E.Yu.<sup>2,3</sup>, Zheltovskaya A.A.<sup>3</sup>, Makeeva I.E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

<sup>2</sup> Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia

<sup>3</sup> Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk, Russia

*The case report of the onset of acute severe ulcerative colitis (ASUC) in a young, previously healthy patient. The UC was revealed department of the infectious disease in general hospital, a proper conservative treatment was started but was ineffective. The patient was taken to the colorectal surgery unit of the tertiary referral center. His status was very poor including metabolic changes and dehydration, anemia, thrombocytopenia, systemic inflammatory response syndrome. Despite intensive therapy, the condition impaired and massive intestinal bleeding recurred. Urgent coloproctectomy with end ileostomy was performed. Pathomorphological study verified the diagnosis of ulcerative colitis – highly active inflammation involving the submucosal and muscular layers of the intestine with multiple crypt abscesses. The patient was discharged 2 days after surgery. Follow-up was 3.5 years, patient in good condition without restrictions.*

**[Key words: ulcerative colitis, super severe course, surgical sepsis, massive bleeding, urgent coloproctology]**

.....  
**For citation:** Pak V.E., Korotaeva N.S., Chashkova E.Yu., Zheltovskaya A.A., Makeeva I.E. Acute severe ulcerative colitis (case report). *Koloproktologia*. 2019; v. 18, no. 4(70), pp. 130-133.  
.....

Адрес для переписки: Коротаева Наталья Сергеевна, Иркутская областная клиническая больница,  
мкр. Юбилейный, 100, г. Иркутск, 664049; тел.: (3952) 40-79-37, e-mail: korotaeva.natali@mail.ru  
For correspondence: Korotaeva Nataliya, Irkutsk Regional Clinic, 100, Yubileyniy microdistrict, Irkutsk, 664049;  
tel.: (3952) 40-79-37, e-mail: korotaeva.natali@mail.ru

## ВВЕДЕНИЕ

Язвенный колит (ЯК) – хроническое аутоиммунное заболевание толстой кишки. Активность воспалительного процесса, протяженность поражения слизистой оболочки определяют клиническую картину и тяжесть состояния пациента.

Нередко встречается «сверхтяжелая» или «крайне тяжелая атака» ЯК. До 2016 г. этот вариант болезни называли «фульминантной формой» [1], в иностранной литературе используется термин «острый тяжелый ЯК» (acute severe ulcerative colitis, ASUC) [2]. Течение острой тяжелой атаки характеризуется внезапным началом и быстрым развитием клинической картины: многократной диареей (более 10-15 раз в сутки), лихорадкой, снижением показателей красной крови, развитием тяжелой гипопроотеинемии, электролитными и метаболическими нарушениями, высоким уровнем СРБ [3,6]. Быстрое прогрессирование заболевания ведет к развитию системных проявлений и возникновению кишечных осложнений. Консервативная терапия с использованием адекватных доз глюкокортикостероидных гормонов, циклоспорина, биологической терапии (инфликсимаб) во многих случаях оказывается эффективной, но задержка в проведении оперативного лечения увеличивает риск операционных осложнений и вероятность летального исхода [4-6].

### Клиническое наблюдение

Пациент 1992 г.р. доставлен санитарной авиацией из районной больницы в тяжелом состоянии с клиникой кишечного кровотечения. Госпитализирован 24.11.2016 г. в 01:45 в палату интенсивной терапии с диагнозом: впервые выявленный язвенный колит, тотальное поражение, сверхтяжелое осложненное течение.

Заболел остро, 12 суток назад. Заболевание манифестировало многократным частым жидким стулом, калом с примесью крови и слизи, субфебрильной температурой тела. С подозрением на кишечную инфекцию 13.11.2016 госпитализирован в профильное отделение районной больницы, где диагностирована «острая тяжелая атака язвенного колита». Переведен в терапевтический стационар, где назначена терапия глюкокортикостероидами (в/в преднизолоном 120 мг/сутки) и антибиотиками (цефтриаксон, метронидазол, ванкомицин). На фоне лечения сохранялся частый стул до 10-12 раз в сутки, в том числе, ночью до 5-6 раз (кал с примесью крови), постоянная субфебрильная температура тела, умеренные боли в животе, снижение массы тела на 10 кг за 7 дней. В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы до миелоцитов и палочко-

ядерных форм, анемии, тромбоцитопения.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружено утолщение стенок ободочной кишки до 0,5 см, увеличение лимфатических узлов брыжейки, скопление жидкости между петлями кишечника.

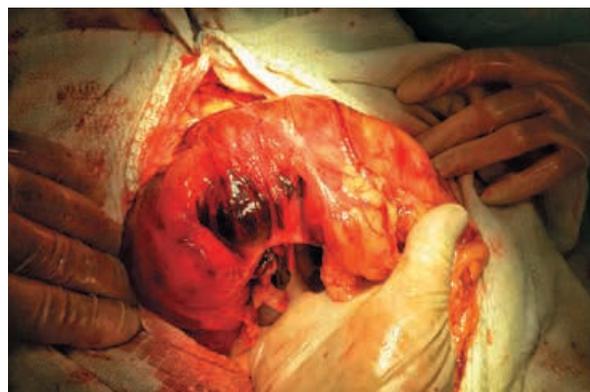
При эзофагогастродуоденоскопии установлено, что слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки ярко гиперемирована, отечная, с множественными внутрислизистыми кровоизлияниями, в просвете следы старой крови по типу «кофейной гущи». При колоноскопии толстая кишка осмотрена до левого изгиба, в просвете кишечное содержимое с примесью крови и гноя. Слизистая оболочка ярко гиперемирована, отечная, с множественными глубокими язвенными дефектами до 0,4-0,7 см, покрытыми фибрином, сгустками крови.

При поступлении в клинику общее состояние тяжелое, обусловлено кишечным кровотечением, хроническим вялотекущим сепсисом, ДВС-синдромом, метаболическими и волемическими нарушениями, анемией, тромбоцитопенией. Пациент в сознании, адекватен. Рост 188 см, вес 70 кг, индекс массы тела 19,8.

Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, язык сухой, обложен бурым налетом. Артериальное давление – 120/68-137/74 мм рт.ст., пульс – 82-90 ударов в минуту, ЦВД – 25 мм Н<sub>2</sub>O, фебрильная температура. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий умеренно болезненный во всех отделах, больше справа, перитонеальные симптомы сомнительные. Частота стула до 10-12 раз, кал с примесью крови.

Общий анализ крови: лейкоциты –  $21,7 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Нв – 10<sup>2</sup> г/л, Нт – 31,3%, тромбоциты –  $48 \times 10^9$ /л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 49 г/л, альбумин – 26 г/л, общий билирубин – 8,9 мкмоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, креатинин – 0,10 ммоль/л,



**Рисунок 1.** Интраоперационное фото (кровоизлияния и стекловидный отек стенки ободочной кишки и мезаколон)

мочевина – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 43 МЕ/л, АСТ – 74 МЕ/л, амилаза – 111 МЕ/л, ЛДГ – 458 МЕ/л, калий – 3,3 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 0,99 ммоль/л.

Протромбиновое время – 22, МНО – 1,69, протромбиновый индекс – 59%, фибриноген – 1,74 г/л.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: ободочная кишка с утолщенными стенками, между петлями тонкой кишки и под правой долей печени свободная жидкость до 2,0 см. Спленомегалия (S-63 см<sup>2</sup>).

На фоне инфузионной терапии, включающей свежезамороженную плазму, глюкокортикостероиды, тромбоконцентрат, антибактериальные препараты (меронем 3 г/сутки) болевой синдром усилился. Температура тела повысилась до 39,0 °С. Развился эпизод массивного кишечного кровотечения (до 1 литра).

Учитывая сверхтяжелое течение язвенного колита, осложненное кишечным кровотечением, ДВС-синдромом, подострым вялотекущим сепсисом, постгеморрагической анемией (Hb 90 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}$ , Ht 30,1%), тромбоцитопенией (тромбоциты  $59 \times 10^9$ ), резистентностью к проводимой терапии глюкокортикоидными гормонами в течение 10 дней, определены показания к оперативному лечению в экстренном порядке.

24.11.2016 выполнена колпроктэктомия, илеостомия по Бруку. На операции в брюшной полости серозный выпот до 400 мл, ободочная кишка багрового цвета, выраженный стекловидный отек стенки и брыжейки (Рис. 1), отмечается повышенная кровоточивость тканей.

Макропрепарат (Рис. 2): толстая кишка около 1 м с

червеобразным отростком, с 20 см от проксимального края и на протяжении 30 см истончена, во всех отделах множественные язвенные дефекты слизистой оболочки, с наложениями фибрина, периметр кишки 8-10 см.

Патоморфологическое исследование: хроническое воспаление высокой степени активности с вовлечением червеобразного отростка, с множественными крипт-абсцессами, наличием язв, с вовлечением подслизистого и мышечного слоев стенки ободочной кишки, с очагами массивных кровоизлияний и отека в стенке кишки, в сосудах фибриновые тромбы.

Во время оперативного вмешательства проводилась коррекция гомеостаза, антибактериальная и заместительная терапия (переливание свежезамороженной плазмы – 1740 мл, эритроцитарной массы – 680 мл). В послеоперационном периоде состояние оставалось крайне тяжелым, экстубирован через 15 часов после окончания оперативного вмешательства, продолжена инфузионная корригирующая, заместительная, антибактериальная терапия, преднизолон по снижающей схеме отменен.

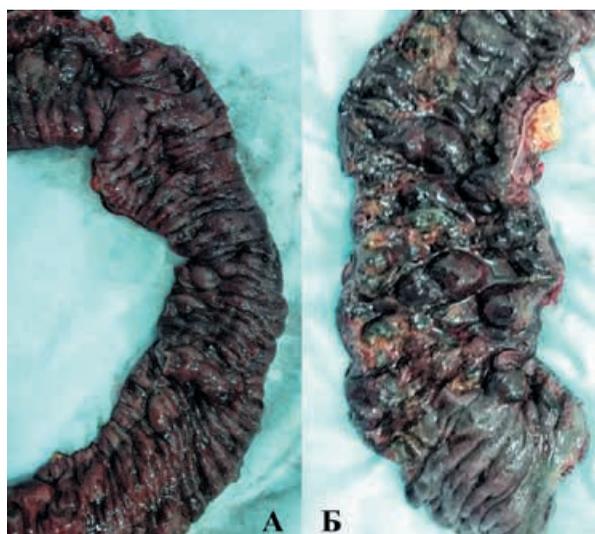
На 5-е сутки послеоперационного периода развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость. 29.11.2016 – релапаротомия, энтеролиз, назоинтестинальная интубация.

На 7-е сутки послеоперационного периода пациент переведен из палаты интенсивной терапии в отделение колопроктологии. Инфузионно-корректирующая и антибактериальная терапия отменена на 14-е сутки послеоперационного периода.

Пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение и реабилитацию 20.12.2016 г. Осмотрен 20.05.2019. Рост 188 см, масса тела 79 кг, индекс массы тела 22,4. Адаптирован к стоме. Использует одно- или двухкомпонентные калоприемники и средства по уходу за стомой. Физически активен. Режим питания и характер пищи без ограничений. Работает по специальности – механизатор.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сверхтяжелая атака ЯК относится к жизнеугрожающим состояниям. Пациент должен быть госпитализирован в многопрофильный стационар, тактика лечения определяется хирургом-колопроктологом и гастроэнтерологом. В 30-50% случаев сверхтяжелые формы язвенного колита рефрактерны к медикаментозному лечению [5,6]. В приведенном наблюдении в районной больнице исключена кишечная инфекция, выставлен верный диагноз и назначена терапия первой линии – стероиды в адекватной дозе внутривенно, что соответствует современной стратегии ведения пациентов с острой тяжелой атакой ЯК



**Рисунок 2.** Макропрепарат. А – внешний вид удаленной толстой кишки; Б – вид слизистой оболочки удаленной толстой кишки

(ASUC). Оценку эффективности терапии необходимо проводить через 3-5 дней от начала лечения, с последующим выбором терапии второй линии (циклоспорин, инфликсимаб) или принятием решения об оперативном лечении.

Пациент доставлен санавиацией в Иркутскую областную клиническую больницу на 10-е сутки от начала заболевания и адекватного лечения с фебрильной температурой, дефекацией более 10 раз в сутки, наличием глубоких язвенных дефектов, выявленных при эндоскопическом исследовании, снижением уровня общего белка и гипоальбуминемией. При наличии указанных симптомов уже на 3-5 сутки, необходимо выставлять показания к колэктомии или назначении инфликсимаба или циклоспорина, что в условиях районной больницы оказалось невоз-

можно. Эти обстоятельства обусловили тяжелое состояние пациента, развитие массивного кишечного кровотечения и осложненного послеоперационного периода.

#### УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Концепция и дизайн исследования – Пак В.Е., Чашкова Е.Ю.

Сбор и обработка материала – Макеева И.Е., Желтовская А.А., Коротаева Н.С.

Написание текста – Коротаева Н.С.

Редактирование – Пак В.Е.

*Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflicts of interest.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита. *Колопроктология*. 2017; № 1(59), с. 6-30.
2. Chen JH, Andrews JM, Kariyawasam VC. et al. Review article: acute severe ulcerative colitis – evidence-based consensus statements. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(2):127-144. doi: 10.1111/apt.13670
3. Dulai PS, Jairath V. Acute severe ulcerative colitis: latest evidence and therapeutic implications. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017;9(2):65-72. doi: 10.1177/2040622317742095

4. Hindryckx P, Jairath V, D'Haens G. Acute severe ulcerative colitis: from pathophysiology to clinical management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016; 13(11): 654-664. doi: 10.1038/nrgastro.2016.116
5. Randall J, Singh B, Warren BF. et al. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg*. 2010;97(3):404-409. doi: 10.1002/bjs.6874
6. Seah D, De Cruz P. Review article: the practical management of acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016; 43(4):482-513. doi: 10.1111/apt.13491

## REFERENCES

1. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Khalif I.L. et al. Clinical guide of Russian association of gastroenterology and Russian association of coloproctology on diagnostics and treatment of ulcerative colitis. *Koloproktologia*. 2017; no. 1(59), pp. 6-30. (in Russ.).
2. Chen JH, Andrews JM, Kariyawasam VC. et al. Review article: acute severe ulcerative colitis – evidence-based consensus statements. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(2):127-144. doi: 10.1111/apt.13670
3. Dulai PS, Jairath V. Acute severe ulcerative colitis: latest evidence and therapeutic implications. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017;9(2):65-72. doi: 10.1177/2040622317742095

4. Hindryckx P, Jairath V, D'Haens G. Acute severe ulcerative colitis: from pathophysiology to clinical management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016; 13(11): 654-664. doi: 10.1038/nrgastro.2016.116
5. Randall J, Singh B, Warren BF. et al. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg*. 2010;97(3):404-409. doi: 10.1002/bjs.6874
6. Seah D, De Cruz P. Review article: the practical management of acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016; 43(4):482-513. doi: 10.1111/apt.13491