

5. Mekhtiev, S.N. Funkcional'nye biliarnye rasstrojstva: kriterii diagnostiki i algoritm terapevticheskoy taktiki / S.N. Mekhtiev// Farmproekt. Sankt-Peterburg. - 2013. - S. 2–11. [In Russ.].
6. Efremova, L. I. Funkcional'noe sostoyanie pecheni i biliarnogo trakta u bol'nykh hronicheskimi nealkoholnymi holekistitami / L.I. Efremova, M.V. Pecherskih, I.A. Kazakova // Consilium Medicum. Gastroenterologiya. (Pril.). - 2016. - №1. - S. 23-26. [In Russ.].
7. Park M. Body mass index and biliary tract disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies / Park M. [et al.] //Prev Med. -2014.-V.65.-P:13-22.
8. Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders/ Cotton P.B. [et al.] //Gastroenterology, 2016. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.033.
9. Algoritmy diagnostiki i lecheniya v gepatologii: spravochnye materialy. / V.T. Ivashkin [i dr.]. - M.: MEDprecis-inform, 2016. - 176 s. [In Russ.].
10. Drossman D. A. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction / Drossman D. A., Hasler W. L. // Gastroenterology. 2016;150 (6):1257–1261.
11. Gaby A.R. Nutritional approaches to prevention and treatment of gallstones // Altern Med Rev. 2009;14 (3):258-67.
12. Jessri M., Rashidkhan B. Dietary patterns and risk of gallbladder disease: a hospital-based case-control study in adult women // J Health Popul Nutr. 2015;33 (1):39-49.
13. Volevach L.V., Gabbasova L.V., Demidova N.A., Guryev R.D., Garipova R.A., Kamalova A.A. Biological age as a new integral criterion for the integrated assessment of the functional state of the human body. International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJABR) ISSN 0976-2612, Online ISSN 2278–599X, Special Issue.2019:152-161. <http://www.bipublication.com>.
14. Volevach, L.V. Lichnostno orientirovannaya obrazovatel'naya programma u pacientov s zhelchevyvodyashchej patologiej / L.V. Volevach [i dr.]// Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. – 2019. - №162(2).- S.79-83.[In Russ.].
15. Mihajlova, A.P. Voprosy kvalifikacii i psihologicheskoy diagnostiki pishchevogo povedeniya v norme i pri ego narusheniyah // A.P. Mihajlova, D.A. Ivanova, A.V. Shtrahova / Vestnik YUUrGU. Seriya Psihologiya. – 2019. - № 1 (12). - S. 97-117. [In Russ.].

УДК 616.348-002.44-036

© Коллектив авторов, 2020

В.В. Рыбачков¹, С.В. Куликов¹,
С.А. Сорогин^{1,2}, А.Б. Сорогин², С.В. Цыбулько^{1,2}

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Ярославль

²ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница», г. Ярославль

Цель: оценить клиническое течение и результаты лечения больных с язвенным колитом.

Материал и методы: обследованы 144 больных с язвенным колитом. Диагноз заболевания ставился на основании клиники, данных ультразвукового исследования, эндоскопии, гистологии и оперативных вмешательств. Более чем в половине случаев (64%) длительность заболевания не превышала 5 лет. Рецидивное течение язвенного колита выявлено в 41,6% случаев.

Результаты и выводы: легкая степень заболевания наблюдалась в 28,4% случаев: средняя – в 44,8%, тяжелая – в 26,8% случаев. Оперативное лечение выполнено у 57 (39,5%) больных. Объем операции сводился к гемиколэктомии, субтотальной колэктомии и колпроктэктомии. В 61,4% случаев операция завершалась наложением илеостомы. Летальность (23%) наблюдалась в основном при тяжелой степени заболевания. При гистологическом исследовании резецированных препаратов кроме язвенно-деструктивных и воспалительных изменений в слизистой оболочке толстой кишки нередко обнаруживались диспластические изменения эпителия желез. Данный предраковый процесс является предшественником колоректального рака и характеризуется нарушением пролиферации и дифференцировки железистого эпителия.

Ключевые слова: язвенный колит, клиника, морфология, диагностика, лечение.

V.V. Rybachkov, S.V. Kulikov,
S.A. Sorogin, A.B. Sorogin, S.V. Tsybulko

ON THE FEATURES OF THE COURSE OF THE ULCERATIVE COLITIS

The aim: to evaluate the clinical course and results of treatment of patients with ulcerative colitis.

Material and methods: 144 patients with ulcerative colitis. The diagnosis of the disease was made on the basis of the clinic, ultrasound data, endoscopy, histology, and surgical interventions. In more than half of the cases (64%), the duration of the disease did not exceed 5 years. The recurrent course of the ulcerative colitis was detected in 41.6% of cases.

Results and conclusions: mild degree of the disease was observed in 28.4%, the medium severity - in 44.8%, severe degree - in 26.8% of cases. The surgical treatment was performed in 57 patients (39.5%). The scope of the operation was limited to hemicolectomy, subtotal colectomy and coloproctectomy. In 61.4% of cases, the operation ended with the imposition of an ileostomy. The mortality was 23%, mainly in severe degree of the disease. During histological examination of the resected reparations, in addition to ulcerative-destructive and inflammatory changes in the mucous membrane of the colon, dysplastic changes in the epithelium of the glands were often found. This precancerous process is a precursor of colorectal cancer and is characterized by impaired proliferation and differentiation of the glandular epithelium.

Key words: ulcerative colitis, clinical picture, morphology, diagnosis, treatment.

За последние годы частота язвенного колита неуклонно возрастает [1-4]. Согласно собственным данным за 10 лет количество больных с данной патологией увеличилось на 60%. Подобная тенденция наиболее выражена в развивающихся странах. Распространённость заболевания превышает 60 человек на

100000 населения, и позитивной динамики в этом направлении, к сожалению, не прослеживается. Необходимо отметить, что язвенный колит чаще всего развивается у пациентов трудоспособного возраста и нередко приводит к преждевременной инвалидности. Несмотря на социальную значимость проблемы, следует

признать, что результаты лечения данной патологии нельзя считать удовлетворительными [5]. Частота рецидивов заболевания весьма значительна, уровень летальности не имеет тенденции к снижению. Недостаточная эффективность лечебных мероприятий обусловлена прежде всего несвоевременной диагностикой вследствие неопределённости клинических проявлений, а также сложностью и недостаточной изученностью патогенеза данного заболевания.

Материал и методы

На основе анализа опыта лечения 144 пациентов с язвенным колитом, которые находились на госпитализации в профильных отделениях лечебных учреждений Ярославской, Вологодской и Костромской областей, нами было установлено, что спектр клинических проявлений не отличается большим разнообразием. Диарея наблюдалась в 78,6%, кровь в каловых массах в 58%, боли в животе в 55,5%, гипертермия и снижение массы тела в 15,9% случаев.

Возраст больных колебался от 14 до 87 лет и в среднем составлял $45 \pm 3,6$ года. Более чем в половине случаев (64%) длительность заболевания не превышала 5 лет. Рецидивное течение язвенного колита выявлено в 41,6% случаев.

Диагноз язвенный колит ставился на основании клинических данных, УЗИ и диагностической колоноскопии.

Результаты и обсуждения

Согласно результатам оценки тяжести язвенного колита по Truelove-Witts [6] легкая степень заболевания наблюдалась в 28,4% случаев, средняя – в 44,8%, тяжелая – в 26,8% случаев.

Консервативное лечение включало применение глюкокортикоидов (преднизолон, дексаметазон по схеме), сульфаниламидных препаратов (сульфасалазин, месалазин, пентаса по схеме), иммуносупрессоров (азатиоприн, метотрексат) и биологическую терапию.

Оперативное лечение выполнено у 57 (39,5%) больных. В этой группе было 25 женщин и 32 мужчины в возрасте от 14 до 86 лет. Средний возраст составил $44,9 \pm 3,3$ года. Объем оперативного вмешательства определялся протяженностью воспалительного процесса и сводился к удалению пораженной толстой кишки. Завершение хирургического пособия с наложением первичного анастомоза выполнено у 7 больных (после левосторонней и правосторонней гемиколэктомии – 8,7%, резекции поперечно-ободочной кишки – 5,2%). У 33 (61,4%) пациентов операция завершалась наложением илеостомы по Бруку (после субтотальной колэктомии – 6 (10,5%), колэктомии – 12 (21,05%), колпроктэктомии –

15 (26,3%)). Реконструкция илеостомы по поводу ее стеноза была выполнена в 5,2% случаев. У 3 больных послеоперационный период осложнился развитием перитонита вследствие перфорации тонкой кишки. Этим больным выполнены релапаротомия, ушивание дефекта кишки, санация и дренирование брюшной полости. Осложнение со стороны раны в виде нагноения имело место в 3,5% случаев. Ранней спаечной послеоперационной непроходимостью течение заболевания осложнилось у одного больного, у двух больных была выполнена реконструкция стомы ввиду ее некроза.

Летальные исходы наблюдались у 13 (22,8%) больных и преимущественно были связаны с развитием и прогрессированием полиорганной недостаточности. Неблагоприятные исходы при тяжелой степени заболевания наблюдались после субтотальной колэктомии у 3 (23%) больных, колэктомии – у 1 (7,6%) и колпроктэктомии – у 5 (38,5%) больных. Послеоперационный период составил в среднем 23 койко-дня.

Во всех случаях интраоперационный препарат подвергался морфологическому исследованию. Как правило, это была толстая кишка, а в ряде случаев – начальный отдел прямой кишки. Кроме язвенно-деструктивных и воспалительных изменений в слизистой оболочке толстой кишки нередко обнаруживались диспластические изменения эпителия желез. Данный предраковый процесс является предшественником колоректального рака и характеризуется нарушением пролиферации и дифференцировки железистого эпителия. При легкой дисплазии (рис. 1) железы располагаются в собственной пластинке скученно. Форма желез округлая, просветы хорошо определяются. Железистые клетки располагаются или в один ряд, или многорядно. Кроме того, отмечается различная форма и размеры клеток с гиперхроматозом ядер и фигурами митозов, нередко патологическими. Секретция выражена слабо.

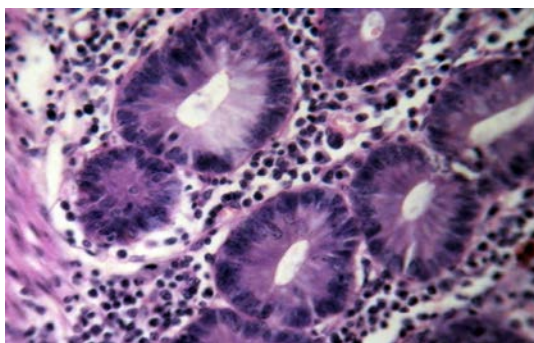


Рис. 1. Легкая дисплазия эпителия желез, имеющих вид трубочек с незначительной атипией при неспецифическом язвенном колите. Окраска гематоксилином и эозином. Увел. $\times 200$

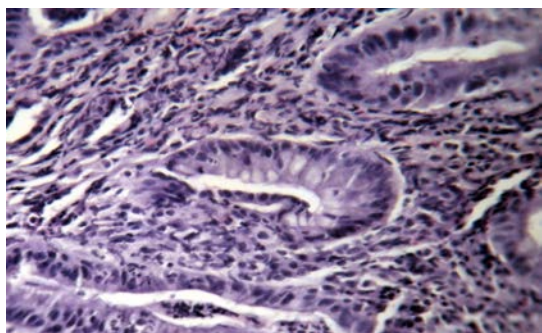


Рис. 2. Умеренная дисплазия эпителия желез неправильной формы с выраженной атипией при неспецифическом язвенном колите. Окраска гематоксилином и эозином. Увел.×100

При умеренной дисплазии (рис. 2) расположение желез в собственной пластинке характеризуется многорядностью и более выраженными признаками клеточного и ядерного атипизма, морфологически выражающимися различной формой и величиной клеток, гиперхроматозом ядер с большим количеством патологических митозов и значительном увеличении ядерно-цитоплазматического соотношения в пользу ядра. При этом базальная мембрана сохранена, а секреция полностью утрачена.

При тяжелой дисплазии (рис. 3) расположение желез становится еще более компактным по типу «спина к спине». Форма желез неправильная, причудливая, нередко железы уже не имеют вида железистых трубочек, как при легкой и умеренной дисплазиях, а принимают вид солидных, трабекулярных и

криброзных (решетоподобных) структур. Железистые клетки располагаются на базальной мембране в несколько рядов или слоев. Отмечается резко выраженный клеточный и ядерный атипизм нередко с образованием уродливых ядер и клеточных форм с большим количеством патологических митозов, в то же время базальная мембрана по-прежнему сохранена.

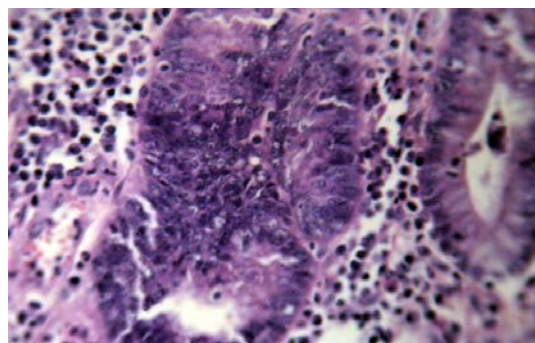


Рис. 3. Тяжелая дисплазия эпителия железы солидного вида с резко выраженной атипией при неспецифическом язвенном колите. Окраска гематоксилином и эозином. Увел. ×200

Заключение

Представленные данные свидетельствуют, что дисплазия эпителия различной степени выраженности является атрибутом язвенного колита. Есть все основания считать, что частота клинических проявлений при язвенном колите может являться отражением выраженности дисплазии эпителия слизистой толстой кишки.

Сведения об авторах статьи:

Рыбачков Владимир Викторович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. Адрес: 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, 5. Тел.: 8(4852)54-27-64. E-mail: rector@ysmu.ru.

Куликов Сергей Владимирович – д.м.н., заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. Адрес: 150003, г. Ярославль, ул. Загородный сад, 11. Тел: 8(4852)73-26-53. E-mail: 11 kip@chosp.yar.ru.

Сорогин Станислав Алексеевич – врач хирург в ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница». Адрес: 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, 5. E-mail: stassorogin@gmail.com.

Сорогин Алексей Борисович – заведующий отделением колопроктологии в ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница». Адрес: 150062, г. Ярославль, Яковлевская ул., 7. E-mail: stassorogin@gmail.com.

Цыбулько Светлана Вячеславовна – к.м.н., заведующий отделением гастроэнтерологии в ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница». Адрес: 150062, г. Ярославль, Яковлевская ул., 7. E-mail: stassorogin@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

- Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. Gut. 2008;57(9):1185–1191.
- Goh K, Xiao SD. Inflammatory bowel disease: a survey of the epidemiology in Asia. J Dig Dis. 2009;10(1):1–6.
- Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, [et al.] Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. 2012;142(1):46–54. e42. quiz e30.
- Amosv E. M Koma. Inflammatory Bowel Disease: An Expanding Global Health Problem Clin Med Insights Gastroenterol 2013; 6: 33–47.
- Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь крона. – Тверь: Триада. – 2002: – С. 5-10.
- Truelove S.C. [et al.] Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. Br Med J 1955; 2:1041-8.

REFERENCES

- Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. Gut. 2008;57(9):1185–1191.
- Goh K, Xiao SD. Inflammatory bowel disease: a survey of the epidemiology in Asia. J Dig Dis. 2009;10(1):1–6.
- Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, [et al.] Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. 2012;142(1):46–54. e42. quiz e30.
- Amosv E. M Koma. Inflammatory Bowel Disease: An Expanding Global Health Problem Clin Med Insights Gastroenterol 2013; 6: 33–47.
- Belousova E.A. Jazvennyj kolit i bolezni' krona. 2002:5-10.(In Russ)
- Truelove S.C. [et al.] Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. Br Med J 1955; 2:1041-8.