

КОЛІТ: КЛЮЧОВІ МОМЕНТИ ОБСТЕЖЕННЯ

B. A. Taylor, J. A. DiPalma
Colitis: key components of the evaluation
Consultant, 1998; 48: 375—383

Коліт — це неспецифічний стан, який має різноманітні причини: запальні захворювання кишки, інфекції, ішемію, опромінення чи антибіотикотерапію (Табл. 1). Серед симптомів, як звичайно, наявні кривава діарея або діарея без наявності видимої крові, біль у животі та тенезми.

Швидка і точна діагностика коліту важлива з двох причин. По-перше, коліт може бути не лише патологією, схильною до самостійного стихання, з мінімальними клінічними проявами, але й важким, навіть фатальним захворюванням. По-друге, принципово важливо з'ясувати специфічну причину захворювання, адже,

Таблиця 1.
Причини та типи колітів

Основні бактеріальні збудники Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, Escherichia coli, Clostridium difficile, Edwardsiella tarda
Віруси-збудники Цитомегаловірус, вірус простого герпесу, ротавірус, астровірус, вірус Норвалк ¹
Грибки-збудники Histoplasma capsulatum, Blastomyces
Паразити Entamoeba histolytica
Інші збудники Chlamydia trachomatis, Aeromonas hydrophila, Isospora, Dientamoeba fragilis, Cryptosporidium muris, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum
Ідіопатичні коліти Виразковий коліт, проктит, хвороба Крона, ілеоєюніт, “невизначений коліт”
Коліти різного генезу Ішемічний коліт, колагенозний коліт, променевий коліт, гемолітично-уремічний синдром, синдром солітарної виразки прямої кишки, синдром Бехчета, некротизуючий ентероколіт, амілоїдоз, медикаментозний коліт, коліт, зумовлений відключенням відрізка кишки

¹ Вірус з роду каліцивірусів, вперше виявлений у місті Норвалк (Norwalk), штат Огайо, США. Він є звичайною причиною гострого епідемічного гастроентериту, що проявляється блюванням та діареєю через 24-48 год. після інфікування (Прим. ред.).

якщо пацієнтові з амебним колітом помилково встановити діагноз неспецифічного виразкового коліту і застосувати кортикостероїди, то це може не тільки погіршити його стан, але й навіть призвести до смерті. Проте з'ясувати причину захворювання часто дуже важко, оскільки амебіаз та інші кишкові інфекції можуть бути дуже схожими на ідіопатичні запальні захворювання кишки.

Основа обстеження і оцінки стану пацієнта — збір анамнезу і фізикальне обстеження, сигмоїдоскопія з біопсією слизової, аналіз калу і рентгенівське дослідження з барієм — мало змінилася протягом останніх 50 років. Ми застосовуємо ці діагностичні методи в певній послідовності для того, щоб отримати відповідь на такі чотири основні запитання:

- ◆ чи є у хворого коліт?
- ◆ яка його важкість?
- ◆ чи має він специфічну причину?
- ◆ наскільки розповсюджене ураження (яка за протяжністю ділянка кишки уражена)?

У статті ми опишемо наш підхід з метою отримання відповідей на ці запитання. Ми також спинимося на тих особливостях, які свідчать про можливість потенційно загрозливих ускладнень коліту.

Чи є у хворого коліт?

Хоча гематохезія², діарея і/або тенезми є неспецифічними ознаками, інші важливі симптоми, виявлені при ретельному зборі анамнезу та фізикальному обстеженні, можуть підтвердити діагноз коліту (табл. 2). Анамнестичні дані, що можуть свідчити на користь коліту, включають подорожі, особливості статевого життя, службу в армії, променеву терапію, прийом певних медикаментів (антибіотики, препарати золота, естрогени, нестероїдні протизапальні препарати), слабкість, втомлюваність, частоту дефекацій. Ортостатичні явища, об'ємні утвори в животі, подразнення очеревини (симптом Щоткіна-Блюмберга) і позакишкові прояви хронічних запальних захворювань кишки (наприклад, виразки слизової рота, вузлувата еритема, артрит) також наводять на думку про коліт.

Для підтвердження діагнозу коліту необхідні ректороманоскопія або колоноскопія з допомогою гнучкого сигмоїдоскопа. Характерними знахідками є еритема, набряк і крихкість слизової, виразки та ерозії. Додатковим підтвердженням діагнозу коліту є результати біопсії, наявність лейкоцитів у препараті калу, хоча і при багатьох інших захворюваннях можна виявити такі гістологічні зміни, як крипт-абсцеси, ізольовані гігантські клітини і активне запалення з наявністю поліморфно-ядерних лейкоцитів.

Результати біохімічних і гематологічних досліджень, включаючи загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, біохімічний аналіз крові, ШОЕ, також можуть допомогти підтвердити діагноз коліту та оцінити його важкість.

Наскільки важким є коліт?

Якщо діагноз коліту підтверджено, то насамперед, навіть ще до спроб встановити етіологію захворювання, важливо оцінити його важкість. Якщо захворювання легке, то ви маєте можливість не поспішаючи, ретельно обстежити хворого, перш ніж призначити специфічну терапію. Натомість, якщо стан хворого критичний, то його необхідно негайно госпіталізувати і стабілізувати стан за допомогою неспецифічних заходів і тільки після цього вирішувати питання специфічного лікування.

Важкі та фульмінантні форми виразкового коліту частіше трапляються в людей похилого віку. У таких випадках важкість хвороби треба оцінити якнай-

² Наявність малозміненої крові в калі (Прим. ред.).

Таблиця 2.
Систематичний підхід до обстеження хворих з підозрою на коліт

<p>Встановити, чи є у пацієнта коліт</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Дані анамнезу (подорожі, особливості статевого життя, служба в армії, променева терапія, прийом певних медикаментів) ◆ Дані фізикального обстеження (ортостатичні явища, об'ємні утвори в животі, симптоми подразнення очеревини, позакишкові прояви хронічних запальних захворювань кишки) ◆ Дані ректороманоскопії або колоноскопії (еритема, набряк і крихкість слизової, виразки, ерозії)
<p>Оцінити важкість коліту</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Дані анамнезу (слабкість, втомлюваність, запаморочення, часті дефекації протягом дня) ◆ Фізикальні знахідки (гарячка, ортостатичні явища, блідість, симптоми подразнення очеревини, тахікардія, позакишкові прояви запальних захворювань кишок) ◆ Лабораторні дані (низький рівень гемоглобіну крові, підвищена ШОЕ, лейкоцитоз, гіпоальбумінемія)
<p>Спробувати встановити специфічну причину коліту</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Дані анамнезу (подорожі, особливості статевого життя, служба в армії, променева терапія, прийом певних медикаментів) ◆ Результати дослідження калу: лейкоцити, яйця глистів, паразити, патогенна кишкова флора (<i>Campylobacter</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Clostridium difficile</i>, <i>Escherichia coli</i> O157:H7) ◆ Результати серологічних тестів, ректороманоскопічні і гістологічні знахідки
<p>Оцінити розповсюдженість ураження</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Рентгенологічне дослідження з барієм ◆ Колоноскопія

швидше, насамперед на основі даних, отриманих шляхом ретельного прицільного вивчення анамнезу та фізикального обстеження.

Гарячка, слабкість, втомлюваність, запаморочення та часті дефекації протягом дня свідчать про більш важке захворювання. До уваги беруть також наявність ортостатичних явищ, блідості, подразнення очеревини, тахікардії та позакишкові прояви хронічних запальних захворювань кишки.

Лабораторні дані, які є корисними для оцінки важкості захворювання, включають загальний аналіз крові з формулою, ШОЕ, рівень альбуміну в сироватці крові. Зниження рівня гемоглобіну, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ та гіпоальбумінемія свідчать про важке захворювання.

Описані критерії застосовуються в різних градаціях оцінки важкості коліту. Відомими є кількісна оцінка важкості за допомогою критеріїв Леннарда-Джонса (Lennard-Jones) та міжнародної багатоцентрової бальної системи Світової організації гастроентерологів. Критерії для поділу колітів на легкі, середньої важкості та важкі запропонував також Данович (Табл. 3).

Таблиця 3.
Критерії для визначення важкості коліту (S. H. Danovitch, 1989)

Характеристики	Важкість захворювання		
	Помірна	Середня	Важка
Частота дефекацій (за добу)	<4	4—6	>6
Пультс (уд./хв.)	<90	90—100	>100
Гематокрит (%)	Норма	30—40	<30
Втрата ваги (%)	Відсутня	1—10	>10
Температура тіла (°C)	Норма	37,2—38	>38
ШОЕ (мм/год.)	Норма	20—30	>30
Альбумін сироватки крові (г/л)	Норма	30—35	<30

Чи захворювання має специфічну причину?

Як уже зазначалося, етіологію коліту встановити дуже важливо, оскільки передчасне призначення лікування, як при неспецифічному виразковому коліті, при іншому генезі захворювання може бути небезпечним для життя. Причину коліту можна з'ясувати на підставі даних анамнезу, дослідження калу, ректороманоскопії, серологічних досліджень та біопсії.

Чимало захворювань за клінічними проявами можуть нагадувати коліт, і їх необхідно враховувати при диференціальній діагностиці. Сюди належать васкуліти/запалення сполучної тканини, реакції типу "трансплантат проти господаря", лімфома, хронічна лімфоцитарна лейкемія, гемолітично-уремічний синдром, а також імунодефіцитні синдроми.

Анамнез. Інформація про подорожі, військову службу, супутні захворювання, застосування антибіотиків, особливості статевого життя, перенесену променеву терапію можуть наводити на думку про специфічну причину захворювання. Наприклад, амебний коліт трапляється переважно в мандрівників та гомосексуалістів.

Дослідження калу. Зразки калу досліджують на наявність лейкоцитів, яєць глистів, паразитів (досліджують не менше трьох зразків) і патогенної кишкової флори. Проводять посів на спеціальні середовища для виявлення *Campylobacter*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*. Проводять також дослідження з метою виявлення ентеротоксину, який продукує *Clos. difficile*.

У США при гострому коліті найчастіше висівають *Campylobacter jejuni*, сальмонели, кишкову паличку та шигели. *E. coli* O157:H7 — патогенний мікроорганізм, зараження яким часто відбувається при вживанні м'яса, недостатньо обробленого термічно, він викликає захворювання в людей похилого віку, яке часто нагадує ішемічний коліт або ідіопатичні запальні захворювання кишки.

Посів калу на баккультуру або аналіз з метою виявлення паразитів треба призначати до проведення таких досліджень, як рентгеноскопія з барієм або колоноскопія. Ці інструментальні методи застосовують для оцінки розповсюдження ураження і вони можуть завадити виявленню патогенної кишкової флори, оскільки очищення кишки перед процедурою і барій ускладнюють ідентифікацію паразитів чи вирощування бактерій на середовищах.

Серологічні дослідження і ректороманоскопія. Серологічні тести допомагають встановити діагноз амебіазу, сифілітичного проктиту або ураження прямої кишки при венеричній лімфогранульомі. Ректороманоскопія також допомагає віддиференціювати ці захворювання. Наприклад, при сифілітичному або лімфогранульоматозному проктиті поодинокі виразки, міхури і ділянки запалення локалізуються, як звичайно, лише в прямій кишці.

Гістологічне дослідження. Незважаючи на те, що крипт-абсцеси, ізольовані гігантські клітини та активне запалення з поліморфноядерними лейкоцитами виявляють при багатьох захворюваннях з ураженням товстої кишки, певні гістологічні характеристики можуть навести на думку про специфічну етіологію. Наприклад, епітеліальні гранульоми є високоспецифічною ознакою хвороби Крона. При біопсії у хворих з неспецифічним виразковим колітом, як звичайно, виявляють порушення архітекτονіки крипт.

При гострому коліті, схильному до самостійного стихання, структура крипт залишається в межах норми; це важлива ознака, що дає змогу віддиференціювати це захворювання від неспецифічного виразкового коліту. При ішемічному коліті виявлені зміни залежать від того, чи процес гострий, чи загоєння вже розпочалось або відбулось. Ознаками ураження товстої кишки при колагенозі є потовщені субепітеліальні колагенові волокна.

Особливі ситуації. За певних обставин можна запідозрити деякі рідкісні форми коліту, наприклад, коліт відключеного відрізка кишки, нейтропенічний тифліт, коліт, пов'язаний з прийомом антибіотиків, та ураження товстої кишки при тривалому прийомі проносних засобів (т. зв. cathartic colon). Запалення у відключеному внаслідок операції відрізка товстої кишки, як вважають, виникає внаслідок голодування ентероцитів після припинення пасажу калу. Цей стан минає після реанастомозування. Коліт відключеної кишки може бути як випадковою знахідкою, так і супроводжуватися важкими проявами — болем, тенезмами, діареєю з виділенням гною чи крові.

Нейтропенічний тифліт (відомий також під назвами нейтропенічний ентероколіт, некротизуючий ентероколіт, ілеоцекальний синдром) трапляється у пацієнтів з нейтропенією і супроводжується некротизуючим запаленням сліпої кишки.

Коліт, пов'язаний з прийомом антибіотиків, спричинюється надмірним розмноженням *Clos. difficile*, які продукують специфічний токсин. Це захворювання звичайно описують як "псевдомембранозний коліт", проте псевдомембрани виявляють лише у 50% випадків цього захворювання, натомість їх можна знайти і при інших формах коліту. Найчастіше захворювання розвивається після прийому кліндаміцину, лінкоміцину та ампіциліну, проте коліт може виникнути і після застосування більшості інших антибіотиків, у т. ч. цефалоспоринів.

Ураження кишки, яке можна сплутати з хронічним колітом, може бути також зумовлене тривалим прийомом проносних засобів. Зміни, як звичайно, вираженіші в правій половині ободової кишки, рентгенологічна картина може нагадувати ураження при довготривалому розповсюдженому виразковому коліті, проте гістологічне дослідження засвідчує збереження крипт.

До інших причин коліту належать опромінення, прийом деяких медикаментів (препарати золота, естрогени), солітарна виразка прямої кишки (її можна сплутати з хворобою Крона).

Наскільки розповсюджене ураження?

З'ясування анатомічної розповсюдженості ураження доцільне лише після того, як діагноз коліту підтверджено, оцінено його важкість та вжито заходів для встановлення специфічної причини. Воно не є необхідним для призначення лікування,

проте може бути корисним у випадку тривалого ведення хронічних запальних захворювань кишки.

Якщо важкість захворювання помірна або середня, то очікують результат бакпосіву, перш ніж проводити колоноскопію, рентгенологічне дослідження з барієм чи розпочинати лікування. У пацієнтів з важким колітом проводити ці дослідження не слід. Щоб визначити розповсюдженість ураження, проводять рентгенографію як товстої, так і тонкої кишки з барієм або колоноскопію. Порівняння інформативності цих методів засвідчило перевагу колоноскопії при діагностиці хронічних запальних захворювань кишки.

Ускладнення

До ускладнень коліту належать токсичний мегаколон, перфорація, кровотеча та кишкова непрохідність у випадку ішемічного ураження. Ускладнення можуть розвиватися гостро і бути загрозливими для життя. Як звичайно, вони трапляються у хворих з довготривалим перебігом неспецифічного виразкового коліту, проте можуть бути і першими проявами хвороби Крона, ішемічного коліту або інфекційного ураження.

Токсичний мегаколон (токсична дилатація товстої кишки). При цьому синдромі виникає дилатація товстої кишки внаслідок гострого, фульмінантного запалення. Як звичайно, гострий коліт триває принаймні тиждень до розвитку токсичного мегаколону. Клінічні прояви є різними, проте, як звичайно, включають біль у животі, гарячку понад 38°C, тахікардію, лейкоцитоз і анемію. Крім того, токсичний мегаколон може супроводжуватися порушенням свідомості, гіпотензією, зневодненням та електролітними розладами.

Гіпоальбумінемія. Як звичайно, вона характерна для пацієнтів з колітом, проте швидке падіння концентрації альбуміну наводить на думку про наростання інтоксикації. Летальність зростає при рівні сироваткового альбуміну, меншому від 19 г/л.

Розширення товстої кишки. Клінічні та рентгенологічні симптоми розширення товстої кишки наявні завжди, найбільше дилатована поперечна ободова кишка. Загалом вважають, що за межі норми виходить розширення понад 5,5 см.

Перфорація. Найчастіше трапляється у пацієнтів з панколітом, звичайним місцем перфорації є сигмовидна кишка. Якщо перфорацію діагностують за наявністю в черевній порожнині повітря, то показана негайна операція.

Якщо перфорацію не підтверджено, проте її підозрюють або є загроза її виникнення, необхідно проводити інтенсивне терапевтичне лікування. Воно включає введення назогастрального зонда з метою декомпресії, інфузійну терапію, корекцію водно-електролітного балансу, при необхідності — гемотрансфузії, призначення антибіотиків широкого спектру дії, які ефективні як проти анаеробів, так і проти грамнегативних аеробних паличок, а також метронідазолу у випадку, якщо підозрюють амебіаз або коліт, викликаний *Clostridium difficile*. Загалом рекомендують введення кортикостероїдів.

Оскільки стан пацієнта з колітом може погіршитися раптово, необхідне ретельне спостереження з частими повторними оглядами та оглядовими рентгеноскопійми черевної порожнини. Лінія просвітлення паралельно до просвіту кишки є рентгенологічною ознакою загрози перфорації. Якщо, незважаючи на агресивну терапію, протягом 2–3 діб не настало поліпшення, необхідне хірургічне лікування.

Кровотеча. Належить до рідкісних ускладнень коліту, часто зупиняється спонтанно. Якщо ж вона триває, то може виникнути потреба в гемотрансфузіях та хірургічному лікуванні.

Переклад Ігоря Тумака