

дефицит веса (<10%), отсутствие симптомов общего воспалительного интоксикационного синдрома, мальабсорбции, инфильтрата, фистулы, стеноза, с 20-35% функциональными и структурными нарушениями, 80-65% сохраненной трудоспособности.

Для *средней степени* люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с умеренной степенью активности, стенозирующей или пенетрирующей формы, компенсированной с умеренно-выраженной степенью активности характерны следующие признаки: боли в животе частые или хронические (постоянные), хроническая диарея с макроскопической стеатореей, средний дефицит веса (10-15% от общего веса), анемия, мальабсорбция средней степени, общий воспалительный интоксикационный синдром умеренной степени, внекишечные проявления легкой, умеренной степени, частичный ответ на лечение, с 40-55% функциональными и структурными нарушениями, 60-45% сохраненной трудоспособности.

Для *выраженной степени* люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с выраженной степенью активности, стенозирующей или пенетрирующей формы, компенсированной с умеренно-выраженной степенью активности, характерны следующие признаки: частые или постоянные боли в животе, хроническая диарея с макроскопической стеатореей, средний дефицит веса (20-30% от общего веса), общий воспалительный интоксикационный синдром умеренно-выраженной степени, мальабсорбция, анемия выраженной степени, внекишечные проявления умеренной и выраженной степени, минимальный ответ на лечение, с 60-75% функциональными и структурными нарушениями, 40-25% сохраненной трудоспособности.

Для *тяжелой степени* люминальной (воспалительно-инфильтративной) формы с тяжелой степенью активности, стенозирующей или пенетрирующей форм, субкомпенсированной с умеренно-выраженной степенью активности характерны следующие признаки: постоянные боли в животе, хроническая диарея с макроскопической стеатореей, выраженный дефицит веса (>30% общего веса), общий воспалительный интоксикационный синдром умеренно-выраженной степени, анемия средней тяжести, мальабсорбция тяжелой степени, которая нуждается в заместительной терапии, внекишечные проявления выраженной степени, тяжелые осложнения при лечении (остеопороз, сахарный диабет и др.), отсутствие ответа на лечение, с 80-100% функциональными и структурными нарушениями, 20-0% сохраненной трудоспособности.

Реабилитация больных со степенью ограничения возможностей и трудоспособности

Профилактические мероприятия в поликлинических условиях – профорентация, рациональное трудоустройство, создание хороших условий труда, рабочих мест, переобучение непротивопоказанным профессиям и т.д.

Литература

Шифрин О.С. *Болезнь Крона. Гастроэнтерология.* Национальное руководство, с. 475-489, Москва: издательство „Геотар-Медиа”, 2008.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

И. ЦЫБЫРНЭ, В. АНДРЕЕВ, Г. БЕЗУ,
Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану

Summary

Expert assessment of determining the degree of limited potentialities and working capacities in ulcerative colitis

This article treats, on a contemporary scientific level, the problems of incidence, causes, pathogenesis, classification, clinical picture and diagnosis, including the differential one. This work also approaches the problems of rehabilitation measures, an active system of prevention and treatment of the possible exacerbations and complications, determination of limited potentialities and working capacities for short and long periods before establishing the degree and indications for employment with modified working conditions for the patients with ulcerative colitis.

Keywords: *ulcerative colitis, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, rehabilitation, prevention, employment*

Rezumat

Evaluare expertă a determinării gradului de limitare a posibilităților și a capacității de muncă în colita ulceroasă

Autorii tratează, la nivel științific contemporan, problemele privind incidența, cauzele, patogeneza, clasificarea, tabloul clinic și diagnosticul, inclusiv diagnosticul diferențiat al colitei ulceroase. Lucrarea de asemenea abordează problemele măsurilor de reabilitare, dispensarizare activă, cu profilaxia posibilelor acutizări și complicații, determinării posibilităților și capacității de muncă limitate pe perioade scurte sau îndelungate de timp până la determinarea gradului și indicațiilor pentru angajare în câmpul muncii cu condiții modificate pentru cei cu colită ulceroasă.

Cuvinte-cheie: *colită ulceroasă, etiologie, patogeneza, tablou clinic, diagnostic, reabilitare, profilaxie, angajare*

Введение

Язвенный колит (ЯК) – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание неясной этиологии, характеризующееся наличием диффузного воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки (О.С. Шифрин, 2008). В российской литературе применяют термин „неспецифический язвенный колит“.

Распространенность

Наибольшую распространенность ЯК отмечают в странах Северной Европы, США и Канаде. Например, в США на 100000 населения заболеваемость составляет 16%, в Швеции – 13,1%, Норвегии – 12,4%, чаще у мужчин молодого (20-40 лет) возраста (О.С. Шифрин, 2008).

Этиология, патогенез

До настоящего времени четко не установлена этиология ЯК. Предполагают, что возникновение ЯК связано с перенесенными в детском возрасте инфекциями – связь с эпидемическим паротитом, другими детскими инфекционными болезнями.

В патогенезе воспалительных заболеваний толстого кишечника ведущая роль принадлежит аутоиммунному компоненту. Однако не установлен антиген иницирующий иммунный ответ. Большое значение в патогенезе ЯК придается генетической предрасположенности (частые внутрисемейные заболевания).

При ЯК установлен дисбаланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сторону воспалительных.

Классификация

По распространенности поражения различают: *дистальный* (прямая кишка), *левосторонний* (до селезеночного изгиба), *субтотальный* (поперечно-ободочная кишка) и *тотальный* (всей толстой кишки) колит.

По степени тяжести различают (классификация Трулав и Виттс, 1995): *легкий*, *среднетяжелый* и *тяжелый*.

По характеру течения ЯК делят на: *рецидивирующий*, *непрерывный* и *фульминантный* – тяжелый с осложнениями (О.С. Шифрин, 2008).

Клиническая картина

Для ЯК характерны следующие симптомы: кровь в кале, частый жидкий стул (чаще в ночное время), тенезмы, боли в животе, похудание. При проктите кровь чаще покрывает поверхность кала, а при проксимальных поражениях толстой кишки характерно смешение кала и крови. Частота стула может достигать до 15-20 раз в сутки

с небольшим объемом. В тяжелых случаях стул состоит из смеси крови, гноя, слизи.

Тенезмы часто мучительные и при тотальном поражении толстой кишки носят диффузный характер. Могут быть и внекишечные проявления: узловатая эритема, гангренозная пиодермия (чаще на поверхности голени), афтозный стоматит, гиперпластические изменения полости рта, моно- или полиартрит, ирит; заболевания печени (аутоиммунный гепатит), цирроз, амилоидоз, гидронефроз; синдромы нарушенного всасывания, раздраженного кишечника; моче-желчекаменная болезнь, тиреоидит, панкреатит, поражение сосудов, гемолитическая анемия и др.

Осложнения – острое токсическое расширение толстой кишки, перфорация кишки, кровотечение, свищи, абсцессы, стриктуры, стенозы, колоректальный рак и др.

Диагноз. Дифференциальный диагноз

Диагноз устанавливают на основании: анамнеза (длительного периода с момента появления первых симптомов заболевания); физикального обследования с оценкой не только кишечника, других органов брюшной полости, но и всех органов и систем организма; лабораторных – клинический анализ крови в динамике, СОЭ; биохимические исследования – активность щелочной фосфатазы, амилазы, трансаминаз, других ферментов, функциональные состояния печени, поджелудочной железы, микроэлементы, витамины, показатели жирового, углеводного, белкового обменов, С-реактивного белка, иммуноглобулинов, группы крови, показателей коагулограммы, кала на бактерии, гельминты, выраженность гематохедии; инструментальных – обзорная рентгеноскопия брюшной полости (исключение токсической дилатации толстой кишки, перфорации), рентгенография органов брюшной полости, компьютерная томография брюшной полости (оценка распространенности воспалительного процесса в толстой кишке), ультразвуковое (увеличение диаметра толстой кишки), илеоколоноскопия только после стихания остроты процесса (гиперемия, разрыхленность слизистой, повышенная кровоточивость, эрозии, язвы в тяжелых случаях), морфологическое (биопсийный материал должен быть взят из различных участков толстой кишки – обильная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, нарушение нормального строения крипт, многочисленные микроабсцессы в поверхностном эпителии и др.), денситометрия при подозрении на нарушение плотности костной ткани, особенно при длительном лечении глюкокортикоидами.

Дифференциальную диагностику проводят с большим спектром воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) инфекционного, паразитарного с другой природы возникновения. Например, с инфекционными заболеваниями вызванными сальмонеллами, шигеллами, штаммами кишечной палочки, гонококками, вирусами, паразитами, простейшими – амебная дизентерия протекающая с симптомами напоминающими таковые при ЯК. В постановке диагноза решающую роль играют микробиологические методы исследования – нахождение амеб в кале или иммунологическим методом определение соответствующих антител в сыворотке крови. Представляют трудности проведения дифференциальной диагностики с иммунодефицитными состояниями (ВИЧ-инфекционных, цитомегаловирусных), грибкового, антибиотико-ассоциированного колита.

Клиническая форма ишемического колита, протекающего с поносами, гематохезией, язвенными изменениями слизистой оболочки толстой кишки, также требует дифференциальной диагностики с ЯК. Особая роль принадлежит возрасту больного, наличие сердечно-сосудистых заболеваний и др. В дифференциальной диагностике лимфоцитарного, коллагенового колита ведущее значение в постановке правильного диагноза принадлежит гистологическому изучению биоптатов слизистой оболочки толстой кишки – обнаружение значительного числа межэпителиальных лимфоцитов (о лимфоцитарном), гомогенного отложения коллагеновых волокон (о коллагеновом) колите. Важнейшей составляющей является разграничение между ЯК и болезнью Крона (БК).

При длительном течении ЯК высока вероятность колоректального рака, а при БК – лимфомы. При ЯК колэктомия является методом излечения заболевания, тогда как при БК воспалительный процесс поражает все отделы пищеварительного тракта. Гранулёмы выявляют как при ЯК, так и при БК. В 10-15% всех случаях невозможно провести разграничение между ЯК и БК. Эти клинические случаи выделяют в группу недифференцированного колита.

Реабилитационные мероприятия

Целью лечения являются: купирование обострения заболевания, поддержание ремиссии, профилактика обострений. Госпитализация показана для уточнения диагноза, подозрение на осложнения и невозможность купировать обострение в поликлинических условиях. В лечении атак ЯК, пишет О.С. Шифрин (2008), широко используют глюкокортикоиды и другие лекарства. Так, З. Трулав при высокой активности заболевания назначал преднизолон парентерально в дозе

240-300 мг/сутки. При достижении клинического эффекта переходил на пероральный прием 40-50 мг/сутки. При отсутствии выраженного клинического результата в течение 6-8- дней от начала парентерального введения преднизолона, применял циклоспорин в дозе 4-5 мг/кг массы тела или препарат биологического происхождения инфликсимаба в дозе 5-10 мг/кг.

При применении циклоспорина следует проводить мониторинг за функциями печени, почек, крови (гепато-нефротическое воздействие). На фоне лечения инфликсимабом удается добиться не только клинической ремиссии но и регресса воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки. При неэффективности консервативной терапии ставят вопрос о проведении хирургического лечения – колэктомии. Абсолютными показателями для операции являются перфорация, кровотечение, колоректальный рак, токсическое расширение толстой кишки. При невысокой активности обострений ЯК назначают глюкокортикоид будесонид в дозе 9 мг/сутки, умеренно-среднетяжелой – препарат 5-АСК (месалазин и сульфасалазин) в дозе 2,5-3 г/сутки, среднетяжелой – 5-АСК комбинируют с глюкокортикоидами внутрь. При клиническом эффекте дозу препарата, препаратов снижают.

При обострении дистальных форм ЯК применяют 5-АСК в виде клизм или свечей в качестве монотерапии при легких и среднетяжелых обострениях. При обострении проксимальных отделов считают целесообразно применять 5-АСК дважды в сутки. При более выраженной активности воспалительного процесса и отсутствия клинического эффекта от 5-АСК, рекомендуют назначать глюкокортикоид гидрокортизон или будесонид.

Для противорецидивной терапии успешно применяют 5-АСК в дозе 1,5-2,0 г/сутки. При неэффективности препарата 5-АСК назначают азатиоприн 2 мг/кг массы тела (в сутки 150 мг). На протяжении первого месяца лечения необходимо еженедельно исследовать клеточный состав крови. В дальнейшем контрольные анализы крови можно делать ежемесячно.

В случае неэффективности азатиоприна можно применить метотрексат в дозе 25 мг внутримышечно один раз в неделю. При неэффективности вышеотмеченных препаратов назначают инфликсимаб внутривенно, капельно через каждые 8 недель (мониторинг печеночных маркеров, клеточного состава крови). При выраженной воспалительной реакции слизистой оболочки толстой кишки целесообразно использовать антибиотики широкого спектра действия (ципрофлоксацин и др.). В комплексной терапии

необходимо включать солевые растворы до 2 литров в сутки с исследованием электролитного состава сыворотки крови, введение белковых препаратов при гипоальбуминемии, переливание эритроцитарной массы при выраженной анемии, плазмаферез, применение лоперамида, холинолитиков при тяжелых формах ЯК. При обострении заболевания больные освобождаются от трудовой деятельности и находятся под наблюдением семейного, участкового врача, который проводит осмотр и противорецидивное лечение.

Больной должен быть информирован о своей болезни, диете, режиме труда и отдыха. В периоде ремиссии пациент также должен избегать психоэмоциональных и физических перенапряжений, инсоляции, исключить молочные продукты, алкоголь, экстрактивные вещества и т.д.

Профилактика

Поскольку этиология ЯК неизвестна, посему не разработаны методы профилактики. Однако в связи с высоким риском возникновения карциномы толстой кишки, то необходимо применять комплекс мероприятий по уменьшению развития и ранней диагностики этого грозного осложнения (отбор потенциальной группы больных, регулярные, ежегодные колоноскопии с множественной биопсией и др.).

Определение степени ограничения возможностей и трудоспособности

Критерии степени ограничения возможностей и трудоспособности

Для *легкой степени* характерны следующие признаки: редкие боли в животе минимальной интенсивности, понос с кровью при рецидивах, легкие признаки общего интоксикационного воспалительного синдрома при рецидивах и отсутствие в ремиссии, хронический рецидивирующий ЯК с редкими рецидивами, с легкой и умеренной степенью активности, ремиссией больше года без поддерживающей терапии, с 20-35% функциональными и структурными нарушениями, 80-65% сохраненной трудоспособности.

Для *средней степени* характерны следующие признаки: частые рецидивы легкой, умеренной степени или редкие, но выраженной степени, общий воспалительный интоксикационный синдром, дефицит веса, анемия, внекишечные проявления умеренной степени активности, хронический рецидивирующий ЯК с редкими, частыми рецидивами умеренной степени активности, с частичным ответом на лечение преднизолоном или 5-АСК, с 40-45% функциональными и структурными нарушениями, 60-55% сохраненной трудоспособности.

Для *средней степени* характерны следующие признаки: в ремиссии или редких рецидивах при поддерживающем лечении преднизолоном, биологическими препаратами, иммуносупрессорами – умеренная степень активности общего воспалительного интоксикационного синдрома, умеренный дефицит веса, осложнения – остеопороз, сахарный диабет, с 50-55% функциональными и структурными нарушениями, 50-45% сохраненной трудоспособности.

Для *выраженной степени* характерны следующие признаки: хронический ЯК с острым выраженным дебютом, частыми, выраженной активности рецидивами, с постоянными болями в животе, диареей, выраженными дефицитом веса, общим воспалительным интоксикационным синдромом, внекишечными осложнениями (остеопороз, сахарный диабет и др.), умеренно-выраженной анемией, уменьшенным ответом на базисное лечение преднизолоном, иммуносупрессорами или биологическими препаратами в больших дозах, с 60-75% функциональными и структурными нарушениями, 40-25% сохраненной трудоспособности.

Для *тяжелой степени* характерны следующие признаки: хронический ЯК с острым дебютом, частыми рецидивами с тяжелой степенью активности, с постоянными болями в животе, диареей, частыми эпизодами ректоррагий, дефицитом веса, выраженными общим воспалительным интоксикационным синдромом, анемией и внекишечными проявлениями с отсутствием ответа на базисное лечение кортикостероидами, биологическими препаратами или иммуносупрессорами в больших дозах, первые 12 месяцев после тотальной колэктомии с илео-анальным анастомозом, ЯК с илиостомией или сигмоидостомией, с 80-100% функциональными и структурными нарушениями, 20-0% сохраненной трудоспособности.

Реабилитация больных со степенью ограничения возможностей и трудоспособности

Профилактические мероприятия в поликлинических условиях – профориентация, рациональное трудоустройство, создания хороших условий труда, рабочих мест, переобучение непротивопоказанным профессиям и т.д.

Литература

Шифрин О.С. *Неспецифический язвенный колит. Гастроэнтерология*. Национальное руководство, 460-475. Москва: издательство „Геотар-Медиа“, 2008.

В. Андреев, профессор

Тел.: 022 448 648