Язвенный колит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K51 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Язвенный колит — хроническое иммунное воспаление слизистой оболочки толстой кишки с обязательным поражением прямой кишки. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза, оценку протяжённости и тяжести атаки, ступенчатое лечение до бесстероидной клинико-эндоскопической ремиссии, профилактику осложнений и показания к хирургии.

Главное

- 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.
- Тяжесть атаки по Truelove–Witts: лёгкая — менее 4 кровянистых стулов в сутки, ЧСС менее 90/мин, температура менее 37,5 °C, гемоглобин более 115 г/л, СОЭ не более 20 мм/ч и нормальный СРБ; тяжёлая — не менее 6 стулов и хотя бы один признак: ЧСС более 90/мин, температура выше 37,8 °C, гемоглобин менее 105 г/л, СОЭ более 30 мм/ч или СРБ более 30 мг/л. Сверхтяжёлая атака сопровождается диареей более 10–15 раз в сутки, прогрессирующей анемией, температурой выше 38 °C, тяжёлой гипопротеинемией и электролитными нарушениями.
- Цель лечения — стойкая бесстероидная клинико-эндоскопическая ремиссия: отсутствие крови и нормализация стула, эндоскопическая ремиссия и отмена ГКС в течение 12 недель от начала терапии. Эффективность контролируют клинически, по СРБ и фекальному кальпротектину, а также эндоскопически.
- ГКС не применяют для поддержания ремиссии. После достижения ремиссии неоперированному пациенту нужна постоянная поддерживающая противорецидивная терапия.
- При сверхтяжёлой атаке консервативное лечение эффективно не более чем у половины пациентов; ухудшение состояния или отсутствие ответа на терапию спасения через 7 дней требует хирургической тактики.
- Диспансерное наблюдение пожизненное. В клинической ремиссии колоноскопию выполняют не реже одного раза в 3 года, а кальпротектин в кале и/или ректороманоскопию — каждые 6 месяцев.

Диагностика

1. Собрать анамнез: частота и характер стула, кровь, тенезмы, длительность симптомов, боли, поездки, антибиотики и НПВП, курение, семейный анамнез воспалительных и опухолевых заболеваний кишечника. При подозрении на ЯК сбор жалоб и анамнеза имеет УУР С, УДД 4; уточнение курения — УУР С, УДД 3.
2. Выполнить осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки у всех пациентов с подозрением на ЯК — УУР С, УДД 5.
3. Назначить общий анализ крови и биохимический анализ крови с оценкой белка, альбумина, электролитов, СРБ, фибриногена, печёночных ферментов и других указанных показателей — УУР С, УДД 4.
4. При первой атаке исключить острую кишечную инфекцию; при обострении исследовать кал на токсины A и B Clostridioides difficile методом иммуноферментного или иммунохемилюминесцентного анализа и/или ПЦР — УУР С, УДД 4. При подозрении на ЯК, среднетяжёлой или тяжёлой атаке, стероидорезистентности либо резистентности к биологической терапии исследовать биоптаты на ЦМВ — УУР С, УДД 4.
5. Для верификации диагноза выполнить илеоколоноскопию при лёгкой и умеренной активности, а при выраженной активности — сигмоидоскопию; при первичной диагностике взять биопсии слизистой толстой кишки — УУР С, УДД 4–5. Стандартно биоптаты берут из прямой кишки и не менее чем из четырёх других отделов толстой кишки, а также из подвздошной кишки.
6. При тяжёлой атаке выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости для исключения перфорации и токсической дилатации. Комплексное УЗИ органов брюшной полости и малого таза проводят при первичной диагностике, сомнениях в диагнозе и подозрении на осложнения — УУР А, УДД 2.

Лечение

- При лёгком или среднетяжёлом проктите первая линия — местный месалазин: суппозитории 1 г/сут с возможным увеличением до 2 г/сут или ректальная пена 1 г/сут с возможным увеличением до 2 раз/сут. Ответ оценивают через 2 недели; при улучшении лечение продолжают 6–8 недель — УУР B, УДД 2.
- При неэффективности ректального месалазина используют ректальные ГКС: пену будесонида 2 мг/сут или свечи с преднизолоном 10 мг 2 раза/сут; ответ оценивают через 2 недели — УУР A, УДД 1. Для поддержания ремиссии применяют ректальный месалазин 1 г 3 раза в неделю не менее 2 лет — УУР B, УДД 2.
- При лёгком левостороннем или тотальном ЯК назначают пероральный месалазин в максимальной терапевтической дозе в сочетании с месалазином в клизмах 4 г/сут. Ответ оценивают через 2 недели, а при улучшении лечение продолжают 6–8 недель — УУР B, УДД 3. После ремиссии месалазин принимают внутрь 2–2,4 г/сут; дополнительно возможны клизмы по 2 г 2 раза в неделю.
- При среднетяжёлой атаке левостороннего или тотального ЯК используют пероральный месалазин в максимальной терапевтической дозе плюс клизмы с месалазином 4 г/сут — УУР A, УДД 1. При отсутствии эффекта через 2 недели без системного воспаления назначают будесонид MMX 9 мг/сут на 8 недель с последующим снижением дозы через день в течение 1–2 недель; при системном воспалении — системные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 1 мг/кг/сут, с последующим снижением по 5 мг каждые 5–7 дней, не более 12 недель — УУР A, УДД 1–2.
- При тяжёлой атаке первая линия — внутривенные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 2 мг/кг/сут, при высокой массе тела возможно 1,5 мг/кг/сут, в течение 7 дней. Ответ оценивают через 3–7 дней; отсутствие значимого улучшения через 7 дней расценивают как стероидорезистентность — УУР A, УДД 2.
- При стероидорезистентной тяжёлой атаке без непосредственной угрозы жизни применяют терапию спасения: инфликсимаб 5 мг/кг на 0, 2 и 6-й неделе, или циклоспорин внутривенно 2–4 мг/кг в течение 7 дней, или тофацитиниб 20 мг/сут в течение 8 недель. Результат оценивают через 7 дней; при отсутствии эффекта рассматривают операцию.
- При сверхтяжёлой атаке назначают внутривенные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 2 мг/кг/сут, и оценивают клинические и лабораторные показатели каждые 24 часа. При стероидорезистентности применяют инфликсимаб 5 мг/кг на 0, 2 и 6-й неделе, циклоспорин 2–4 мг/кг внутривенно 7 дней или тофацитиниб 20 мг/сут 8 недель; отсутствие ответа на 7-й день — показание к хирургическому лечению.
- При обнаружении ДНК ЦМВ в слизистой толстой кишки назначают ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в сутки на 14–21 день; базисную терапию на этот период отменять не требуется — УУР C, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- При сверхтяжёлой атаке пациента госпитализируют в многопрофильный или специализированный стационар; гастроэнтеролог и колопроктолог/хирург должны совместно решить вопрос об операции в течение 24 часов.
- Экстренная операция показана при кишечном кровотечении, перфорации толстой кишки или токсической дилатации на фоне адекватной инфузионной терапии. Токсический мегаколон — необструктивное расширение ободочной кишки 6 см и более с интоксикацией.
- При подозрении или выявлении ЯК пациента направляют к гастроэнтерологу и/или колопроктологу: консультация должна состояться не позднее 14 рабочих дней, а при тяжёлой форме — не позднее 3 рабочих дней.
- Плановая госпитализация нужна для сложных диагностических вмешательств или специализированной терапии, включая хирургическое, гормональное, цитостатическое, биологическое и таргетное лечение, если требуется наблюдение в стационаре.
- При дисфункции илеостомы с увеличением лейкоцитов более 15×10^9/л, креатинина выше 115 мкмоль/л, температурой выше 38 °C и альбумином менее 25 г/л пациенты должны получать лечение в круглосуточном стационаре. Гипотония, гипертермия выше 38,5 °C, задержка стула, выраженное вздутие, нарушение сознания, лейкоцитоз более 15×10^9/л или лейкопения ниже 2×10^9/л, лактат выше 2,2 ммоль/л или полиорганная недостаточность требуют перевода в ОРИТ.

Частые вопросы

Какие исследования обязательны для подтверждения язвенного колита?

Однозначных диагностических критериев ЯК не существует. Диагноз устанавливают на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины, лабораторных исследований, инструментального обследования и типичных эндоскопических и гистологических изменений.

Когда при ЯК нужно исключать Clostridioides difficile и ЦМВ?

При первой атаке проводят дифференциальную диагностику с острой кишечной инфекцией, а при обострении исследуют кал на токсины A и B C. difficile. Биоптаты на ЦМВ исследуют при подозрении на ЯК, среднетяжёлой или тяжёлой атаке, стероидорезистентности или резистентности к биологической терапии.

Как лечить лёгкий или среднетяжёлый проктит?

Первая линия — ректальный месалазин: суппозитории 1–2 г/сут или пена 1 г/сут с возможным увеличением до 2 раз/сут. При неэффективности используют ректальные ГКС; ответ оценивают через 2 недели.

Как распознать стероидорезистентность при тяжёлой атаке?

При тяжёлой атаке отсутствие значимого клинического улучшения после 7 дней внутривенных ГКС расценивают как стероидорезистентность. Если нет непосредственной угрозы жизни, применяют инфликсимаб, циклоспорин или тофацитиниб как терапию спасения и оценивают эффект через 7 дней.

Когда пациента с ЯК направлять на операцию?

Показания включают неэффективность или невозможность продолжения консервативной терапии, токсическую дилатацию, перфорацию, кишечное кровотечение, колоректальный рак или высокий риск его развития.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/193-yazvennyj-kolit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/193_2