

УДК 616.34-005.1

***ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ
И ПАТОГЕНЕЗ***

Агафонов Я.Д.,

*студент 314 группы лечебного факультета,
Ижевская Государственная Медицинская Академия,
Ижевск, Россия.*

Байрашева П.В.,

*студент 314 группы лечебного факультета,
Ижевская Государственная Медицинская Академия,
Ижевск, Россия.*

Стяжкина С.Н.,

*доктор медицинских наук, профессор, заведующая Кафедры оперативной
хирургии и топографической анатомии,
Ижевская Государственная Медицинская Академия,
Ижевск, Россия.*

Неганова О.А.,

*кандидат медицинских наук, ассистент Кафедры оперативной хирургии и
топографической анатомии,
Ижевская Государственная Медицинская Академия,
Ижевск, Россия.*

Аннотация. Воспалительные заболевания кишечника по тяжести течения, частоте осложнений и летальности занимают одну из ведущих позиций в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта. Язвенный колит является одним из наиболее часто встречаемых патологий в современной гастроэнтерологии. В статье представлен современный взгляд на основные аспекты в механизмах возникновения, развития и диагностики заболевания,

также даётся краткий обзор литературы, представлен клинический случай данной патологии.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, этиология, патогенез, диагностика.

ULCERATIVE COLITIS: MODERN VIEW ON ETIOLOGY AND PATHOGENESIS

Agafonov Y. D.,

*student of the 314th group of the Faculty of Medicine,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Bayrasheva P. V.,

*student of the 314th group of the Faculty of Medicine,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Styazhkina S. N.,

*Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Operative
Surgery and Topographic Anatomy,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia.*

Neganova O. A.,

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Operative Surgery
and Topographic Anatomy,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Annotation. Inflammatory bowel diseases occupy one of the leading positions in the structure of diseases of the gastrointestinal tract in terms of severity, frequency of complications and mortality. Ulcerative colitis is one of the most common

pathologies in modern gastroenterology. The article presents a modern view of the main aspects in the mechanisms of the occurrence, development and diagnosis of the disease, also provides a brief review of the literature, and presents a clinical case of this pathology.

Keywords: gastrointestinal tract, inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, pathogenesis, diagnosis.

По данным Национального Регистра пациентов воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в Российской Федерации заболеваемость язвенным колитом составляет 20-24 человека на 100 тысяч населения. Средний возраст пациентов в Регистре $40,6 \pm 13,1$ (13–83 года) [2].

Язвенный колит (ЯК) — хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. При ЯК поражается толстая кишка, в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой кишки с образованием язв и носит диффузный характер [1].

Полная этиология возникновения ВЗК, в том числе ЯК, пока не ясна. Заболевание развивается в результате сочетания многих факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, нарушения кишечной микрофлоры и воздействие факторов окружающей среды. Основным фактором является нарушение распознавания бактериальных молекулярных паттернов дендритными клетками. При ВЗК отмечается уменьшение разнообразия кишечной микрофлоры, причиной которого могут быть курение, питание с пониженным содержанием полисахаридов (клетчатки), стресс, дефицит витамина D и кишечные инфекции.

Генетическая предрасположенность многофакторного генеза ВЗК связана с областью человеческого лейкоцитарного антигена (HLA) в хромосоме 6, описано 16 аллельных ассоциаций HLA (II класса), характерных

для ЯК. Одним из последних значимых открытий стало выявление нового и редкого варианта миссенс мутации (присутствующего в 0,6% случаев) в гене аденилатциклазы-7, которая увеличивает риск развития ЯК в 2 раза [4].

Результатом взаимного влияния различных факторов является активация субпопуляций Т-лимфоцитов: Т-хелперов 1, 2, 17 типов(CD4+) и регуляторных Т-лимфоцитов(CD4+, CD25+) на разных этапах воспаления, что ведет к повышенной экспрессии провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли-альфа (ФНО- α), интерлекинов 1, 12, 23, 17. Вследствие этих процессов формируется деструкция слизистой оболочки толстой кишки с макроскопическими изменениями.

ЯК классифицируется по протяженности поражения толстой кишки, характеру течения, тяжести атаки и наличию осложнений определяет вид и форму введения лекарственных препаратов. Выделяют острое и хроническое течение ЯК. При хронической форме длительность ремиссии составляет менее 6 месяцев.

В первые пациенты сталкиваются с ЯК в возрасте 25–35 лет, у 20–25% больных ЯК возникают в возрасте 20 лет или моложе. ЯК одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Клинические проявления ЯК зависят от протяженности поражения толстой кишки. Первыми проявлениями являются видимая кровь в стуле (у более 90% пациентов), жидкий стул, сохраняющийся более 6 недель, это отличает ЯК от большинства вариантов инфекционной заболеваний. Пациенты также могут предъявлять жалобы на тенезмы, отхождение слизисто-гнойного экссудата, ночные дефекации и спастическую боль в животе, усиливающуюся перед дефекацией и стихающую после нее. Системные признаки воспаления характерны для тяжелой атаки ВЗК: лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, увеличение содержания острофазных белков. Метаболические нарушения: потеря веса, общая слабость, гипопроteinемия, дисбаланс электролитов. У 10-20% больных

выявляются длительно не заживающие анальные трещины и свищи прямой кишки [18].

Внекишечные проявления ЯК отмечаются у 30-35% больных, например, поражение крупных суставов (артриты), полости рта и губ. Гангренозная пиодермия¹ встречается у 1-2% пациентов с ВЗК, характеризуется болевым синдромом в соответствующем участке кожи и появлением язв до 4 см.

Инструментальные методы диагностики ЯК позволяют дифференцировать данную патологию от других заболеваний ВЗК (например, от Болезни Крона²). К ним относятся КТ/МР-энтерография, УЗИ кишечника, исследование пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке, МРТ малого таза, ТРУЗИ, ЭГДС и видеокапсульная эндоскопия.

Клинический случай. Пациентка, 83 года, обратилась с жалобами на жидкий стул с примесью слизи и крови, спастические боли в брюшной области, стихающие после акта дефекации. Считает себя больной 3 месяца.

Проведен осмотр пациентки, при котором были выявлены: живот округлой формы, при поверхностной пальпации мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. При пальцевом ректальном пальпировании патологических образований не выявлено.

Назначена колоноскопия и УЗИ сигмовидной и прямой кишки. Во время проведения колоноскопия были выявлены: в просвете умеренное количество непрозрачного содержимого, полностью аспирировано, складки уплощены, расправляются при инсуффляции; слизистая оболочка осмотренных отделов толстой кишки диффузно гиперемирована, отечная, контактно кровоточит, покрыта полигональными язвами с фибрином, местами видны псевдополипы, в сигмовидном отделе ободочной кишки определяются дивертикулы до 0,5 см

¹ Гангренозная пиодермия — редкий хронический воспалительный нейтрофильный дерматоз, неизвестной этиологии.

² Болезнь Крона – хроническое, рецидивирующее заболевание неизвестной этиологии, вызывающее иммунное трансмуральное сегментарное гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта.

с гнойным содержимым. Заключение: неспецифический язвенный колит высокой стадии активности, дивертикулёз сигмовидной кишки, долихосигма.

На УЗИ были выявлено утолщение стенки сигмовидной кишки, а также гиперплазия мезентеральных лимфоузлов.

Данные лабораторных анализов: С-реактивный белок 47,5 мг/л, железо 3,9, гематокрит 29,2,

Пациентке был выставлен диагноз – неспецифической язвенный колит. На фоне проведенного консервативного лечения в условиях стационара была замечена положительная динамика. Пациентка была выписана домой через 1 месяц, находится на амбулаторном лечении.

Вывод. Несмотря на многочисленные исследования ЯК и многообразие методов его диагностики, ясный патогенез заболевания до сих не выявлен, что говорит об актуальности данной проблемы по сей день. Распространённость заболеваемости ЯК аргументируется трудностью дифференциальной, несвоевременной диагностики и преобладанием осложненных форм данной патологии.

Библиографический список:

1. Абдулхаков С. Р., Абдулхаков Р. А. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению // Вестн. соврем. клинич. медицины, 2009. Т. 2, вып. 1. С. 32–41.
2. Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., Алексеенко С.А. и соавт. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018; с. 445–463.
3. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. – Тверь: Триада, 2002. – 128 с.
4. Воспалительные заболевания кишечника: клинические, эндоскопические, морфологические аспекты диагностики, принципы

современной терапии / О.В. Головенко, С.Г. Хомерики, Е.В. Иванова [и др.]. – 2-е издание, доп. и перераб. – М.: Прима Принт, 2022. – 258 с.

5. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. О проблеме системных проявления воспалительных заболеваний кишечника // Фарматека. 2011. - С. 44–49.

6. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых, больных язвенным колитом, 2013. - с. 1-22.

Оригинальность 76%