

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Фатима Хуснутдиновна Ирсалиева

Любовь Анатольевна Ремпель

Ташкентский государственный медицинский университет

Ташкент, Узбекистан

Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к наиболее серьёзным и нерешенным проблемам гастроэнтерологии. НЯК - это распространенное хроническое заболевание толстой кишки, сопровождается язвенно - конструктивными изменениями её слизистой оболочки. В мире насчитывается 50 – 230 случаев на 110 000 населения [1]. Заболевание может обостриться абсолютно в любом возрасте, но особенно подвержены мужчины и женщины в возрасте 18-45 лет. У курящих людей колит встречается аж в 2 раза реже, чем тех, которые не курят. На возникновение этого заболевания влияют много различных факторов, самые распространенные среди них: инфекционные, иммунологические, генетические, ну и естественно факторы внешней среды. Заболевание отличается длительным упорным течением, склонностью к сезонным обострениям и тяжелым осложнениям, высоким уровнем инвалидизации, поражает в основном лиц молодого и зрелого работоспособного возраста. В последние годы все большее значение в патогенезе НЯК придается состоянию иммунной системы, во многом определяющий и исход заболевания [1,2]. ЯК впервые описан в медицинской литературе много веков назад. Первое описание морфологической картины ЯК при надлежит венскому патологоанатому Карлу Рокитанскому, которое он представил в 1842 г. в докладе «О катаральном воспалении кишечника». Выполнив несколько тысяч вскрытий умерших от инфекционного колита, он описал «язвенноподобный колит». В циркуляре № 4 в 1865 г. уже содержалась детальная характеристика гистологической картины ЯК, базирующаяся на исследовании свыше 200 аутопсий. Заболевание описывалось в фолликулах и железистых структурах кишечного эпителия. «Разрыв увеличенных фолликулов приводил к сливным и распространяющимся изъязвлениям» [2]. Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к нерешенным проблемам гастроэнтерологии. Заболевание отличается длительным упорным течением, В последние годы все большее значение в патогенезе НЯК придается состоянию иммунной системы, во многом определяющей и исход заболевания [3]. Наиболее широко НЯК распространен в странах Европы, Северной Америки и Австралии. Его частота в этих регионах достигает 8 - 15 новых случаев на 100 тыс. населения в год, а распространенность

- 80–120 человек на 100 тыс. населения [4]. Ежегодное увеличение заболеваемости неспецифическим язвенным колитом (НЯК) во всем мире, преимущественное поражение лиц молодого, трудоспособного возраста, осложнения, приводящие к ранней инвалидности, привлекает внимание к данному заболеванию [5]. Эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют о значительном росте заболеваемости неспецифического язвенного колита, а также больших расходах на лечение больных. В США, где распространенность ЯК составляет 286 на 100 000 человек, в странах Азии распространенность ЯК составляет от 5,3 до 63,6 случаев на 100 тыс. общая годовая стоимость лечения заболевания составляет от 8,1 до 14,9 млрд долл. Самый высокий уровень ЯК наблюдался в странах Северной Европы – до 505 на 100 000 населения, стоимость лечения пациентов с ЯК колеблется от 12 до 29,1 млрд евро. Заболеваемость мужчин и женщин сопоставима, причем пик заболеваемости приходится на социально активный возраст от 20 до 40 лет [6,7]. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ЯК и в развивающихся странах Африки, Азии и Южной Америки, включая Бразилию и Тайвань [8]. В европейской популяции доля больных ЯК с дистальным поражением (проктитом) значительно колеблется от 27 до 60% в зависимости от страны и периода времени [9]. Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к числу диффузных хронических рецидивирующих заболеваний ободочной кишки, при котором преимущественно поражается слизистая оболочка этого полого органа. Данное заболевание встречается во всех странах мира. В настоящее время нет четкой информации об этиологии и патогенезе этого заболевания. Этиология воспалительных заболеваний кишечника на сегодняшний день, остаётся мало изученной [9,10]. Считается, что для развития болезни необходимо взаимодействие определённого генетически предрасположенного диатеза, в том числе детерминирующего иммунные механизмы, факторов окружающей среды, потенциальных участников патогенеза – вирусов (корь), бактерий и их метаболитов, в том числе и кишечной микрофлоры. Наиболее часто рассматривается наследственная предрасположенность к развитию аутоиммунного воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки в ответ на обсеменение её поверхности микроорганизмами и вирусами, а также контактного воздействия продуктов питания. Данное мнение основано на частом сочетании НЯК с другими аутоиммунными процессами [10]. Имеющиеся на сегодняшний день данные демонстрируют центральную роль дисрегуляции иммунного ответа против микрофлоры кишечника в сочетании с нарушением в работе противовоспалительных или провоспалительных путей в патогенезе ЯК [2,3]. Причиной факторов риска язвенного колита предусматривается

патологии иммунной системы, например иммунодефицитные состояния или наследственные мутации активности иммунных клеток, нарушение микрофлоры кишечника - снижение количества полезных и рост численности болезнетворных микроорганизмов, длительное течение кишечных инфекций, скудный рацион, недостаточное потребление витамина D, длительный стресс и возникшее на его фоне ухудшение пищеварения и нарушения в работе иммунной системы [7,9,10]. Аберрантные иммунологические реакции, которые происходят в кишечнике, могут влиять на эпителиальный барьер, повышая его проницаемость для новых антигенов, что приводит к стойкому хроническому воспалению [11]. Семейный анамнез неспецифического язвенного колита - это фактор риска развития заболевания, но, согласно общепризнанному мнению исследователей, не является негативным прогностическим фактором [12]. Но существуют некоторые доказательства того, что прогрессирование заболевания и генетические полиморфизмы, обуславливающие восприимчивость к ЯК, гетерогенны между различными регионами и популяциями, что затрудняет поиск «универсальных» генов или триггеров. Несмотря на неоднородность факторов риска развития ЯК, выявлены некоторые общие тенденции [7,12]. Гипотеза о генетической приверженности для не специфического язвенного колита базируется на доказанной связи дефекта гена 16-й хромосомы NOD2/CARD15, который детерминирует синтез протеина, идентифицирующего метаболиты бактерий и триггера иммунных реакций с выбросом цитокинов. Поддерживаемый генетическим диатезом дисбаланс иммунной системы на фоне воздействия различных факторов окружающей среды, приводит к чрезмерному воспалительному ответу на триггеры. Для классификации по тяжести течения патологического процесса, также используют Монреальскую классификацию ЯК. [6,8]. Данная шкала учитывает такие симптомы, как частота стула в день, наличие крови в стуле, ЧСС, наличие повышения температуры тела больного, снижение уровня гемоглобина в крови, СОЭ. Ремиссия (S0) по данной шкале характеризуется отсутствием перечисленных симптомов. Активная стадия НЯК подразделена на S1, S2, S3 подпункты, характеризующие степень тяжести: для S1 характерно изменение частоты стула – 4 и менее раз в день, наличие примеси крови в кале и другие симптомы могут отсутствовать, для S2 – стул > 4, примесь крови в стуле, для S3 – стул ≥ 6 с кровью [6,13]. Различают несколько групп симптомов, характерных для язвенного колита: кишечные и внекишечные, интоксикационные, метаболические. Это значит, что заболевание может проявляться поразному, от незначительного дискомфорта в животе до серьёзного ухудшения общего самочувствия. **Кишечные симптомы язвенного колита, внекишечные, интоксикационные, метаболические**

Первым этапом обследования больных с подозрением на ВЗК является

дифференциальная диагностика с колитами различной этиологии, а также между ЯК и БК. Описываются различные эндоскопические, гистологические, клинические и рентгенологические признаки каждого из ВЗК. Язвенный колит характеризуется поражением только толстой кишки и явлениями ретроградного илеита при вовлечении в процесс восходящей кишки, диффузным поражением сегмента, обязательным вовлечением в процесс прямой кишки и распространением воспаления в проксимальном направлении, крипт-абсцессами и уменьшением бокаловидных клеток в биоптатах. Ввиду увеличивающегося количества пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, тяжести патологии, а также ранней инвалидизации больных, своевременная постановка диагноза язвенного колита и болезни Крона — актуальная задача, требующая своевременного решения [8,14]. Нерешенности вопросов этиопатогенетического лечения делает неспецифического язвенного колита актуальной по отношению его лечения [15]. Бактериологическое исследование кала проводится с целью исключения инфекционных коли- тов. Лабораторные методы исследования имеют значение для установления тяжести НЯК. Кроме этого, при длительном течении заболевания вследствие диареи развиваются гипонатриемия, гипохлоремия, гипоальбуминемия, прогрессирует уменьшение массы тела; часто наблюдается анемия. Для тяжелых форм заболевания характерно повышение СОЭ, наличие лейкоцитоза. Неспецифический язвенный колит дифференцируют в первую очередь с инфекционными поражениями кишечника, ишемическим колитом, болезнью Крона [16,17]. Язвенный колит различают по ряду признаков - локализации, степени тяжести, развитию осложнений и другим параметрам. Такая классификация помогает врачу назначить эффективное лечение и оценить вероятность осложнений: **по локализации, по характеру течения, по степени тяжести, по развитию осложнений.** Длительное воспаление и кровотечение в кишечнике может приводить к целому ряду осложнений - от локальных, которые влияют на состояние желудочно-кишечного тракта, до системных, которые затрагивают весь организм [8,16,17]. Необходимость хирургического лечения возникает в 10–30% случаев язвенного колита. Хирургическое лечение вызывает осложнения в 15–50% случаев. Язвенный колит способен вызывать сильный физический и психологический дискомфорт, а вылечить его полностью невозможно - даже при успешном купировании симптомов сохраняется вероятность, что они появятся снова. Лечение язвенного колита длительное - оно может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет. Если препараты отменить на фоне первых улучшений, с большой долей вероятности симптомы появятся снова. Зная вероятные причины язвенного колита, можно заранее предотвратить развитие патологии. Язвенный колит требует постоянного контроля и лечения, даже в

периоды ремиссии. Благодаря своевременной диагностике и лечению язвенного колита можно добиться стойкой ремиссии и повысить качество жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУР:

1. Dusanov A.D., Yuldasheva D.A. Clinical immunological characteristics of non-specific ulcerative colitis. *Journal of cardiorespiratory research*. 2022, vol 3, issue 2, pp.
2. Князев О.В., Каграманова А.В., Парфенов А.И. Язвенный колит. К 180-летию описания Карлом Рокитанским. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1564–1568. DOI: 10.26442/00403660.2021.12.201219.
3. Дусанов А.Д.1, Мамурова Н.Н. Клинико-иммунологическая характеристика неспецифического язвенного колита. *Терапевтический архив*. 65-68.
4. Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Карapyш В.А., Василенко И.В. Неспецифический язвенный колит. *Архивъ внутренней медицины*. № 4(24). 2015. УДК 616.345-002.44. 62-65.
5. Гвидо Адлер. Болезнь Крона и язвенный колит - М.: Гэотар Мед, 2001. - 527с.
6. Baghaei A., Emami M.H., Adibi P., Tavakkoli H., Daghighzadeh H., Tamizifar B. et al. Inflammatory Bowel Disease Registry and Monitoring: Feasibility Study and Application (Isfahan Inflammatory Bowel Disease Surveillance Project). *Int J Prev Med*. 2019;10:190. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_316_17.
7. Болотова Е.В., Юмукян К.А., Дудникова А.В. Современные представления о механизмах развития и предикторах тяжести язвенного колита. *Доктор.Ру*. 2022; 21(2): 34–39. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-2-34-39.
8. Wei S.C., Sollano J., Hui Y.T. et al. Epidemiology, burden of disease, and unmet needs in the treatment of ulcerative colitis in Asia. *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 2021; 15(3): 275–89. DOI: 10.1080/17474124.2021.1840976
9. Burisch J., Jess T., Martinato M., Lakatos P.L., *Gastroenterol*. 2005;19(SA):5A–36A. doi: 10.1155/2005/269076. 6. ECCO-EpiCom. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis*. 2013;7(4): 322–337. doi: 10.1016/j.crohns.2013.01.010.
10. Шапошников В.И., Сторожук П.Г., О патогенезе неспецифического язвенного колита. *Кубанский научный медицинский вестник*. №7 (142) 2013. УДК 616.345-002.3-022-089.168.1-06. 129-131.
11. Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Маев И.В. и др. Проблемы диагностики гистологической ремиссии у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Архив патологии*. 2017; 79(3): 3–9. [Tertychny A.S., Akhrieva Kh.M., Maev I.V. et al. Diagnostic problems of histological remission in patients

- with inflammatory bowel disease. *Arkhiv Patologii*. 2017; 79(3): 3–9. (in Russian)]. DOI: 10.17116/patol20177933-9
12. Orlanski-Meyer E., Aardoom M., Ricciuto A. et al. Predicting outcomes in pediatric ulcerative colitis for management optimization: systematic review and consensus statements from the pediatric inflammatory bowel disease-ahead program. *Gastroenterology*. 2021; 160(1): 378–402.e22. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.07.066
 13. Луговкина А.А., Рудакова Л.О., Крюкова Н.А., Бессонов А.А., Скворцов В. В. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019;164(4): 10–16. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-164-4-10-16.
 14. А.А. Будзинская, Е.А. Белоусова, С.Г. Терещенко, А.В. Левитская. Язвенный колит и болезнь крона: проблемы дифференциальной диагностики. DOI: <https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.92.54.003>
 15. Эгамов Ю.С., Хайдаров С.А. Преимущественное значение эндомезентериальной лимфотропной терапии в комплексе лечения неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. *Re-Health Journal*. RИJ-2(10)-2021. 260-266
 16. Язвенный колит (взрослые): клинические рекомендации / Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России». 2020.
 17. Абдулхаков С.Р., Абдулхаков Р.А.. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению. *Вестник современной клинической медицины*. 2009 Том 2, вып. 1. УДК 616.348-002.44-07-08. 32-41.