

УДК 616.345-002.3-022-089.168.1-06

## К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

**Шапошников В.И.**

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный бюджетный медицинский университет  
Минздрава России», Краснодар, e-mail Shaposhnikov35@mail.ru*

Целью исследования было изучение роли клизм в формировании неспецифического язвенного колита. Установлено снижение количества кишечной палочки, и дислокация патогенной микрофлоры из анального канала в толстую кишку. Доказана патогенетическая связь изменений в толстой кишке в зависимости от динамики лечения клизмами копростазы и тяжести воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** неспецифический язвенный колит, патогенез, клизма

## TO QUESTION PATHOGENESIS NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

**Shaposhnikov V.I.**

*Kuban state medical university, Russia, Krasnodar, e-mail Shaposhnikov35@mail.ru*

The aim of this study was to assess the role enema in formation nonspecific ulcerative colitis. Depression of quantity *Escherichia coli* and dislocate pathogens microform from anal canals in c colon. Communication of question changes of level in colon in depending on dynamics treatments enema coprostasis and gravity of inflammatory process.

**Keywords:** nonspecific ulcerative colitis, pathogenesis, enema

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 год диагностируется от 3 до 15 новых наблюдений на 100 000 населения, а заболеваемость достигает 50–80. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. Первый пик выявляемости НЯК приходится на возраст от 20 до 40 лет, второй – 60–70 лет [3]. В настоящее время нет четкой информации об этиологии и патогенезе этого заболевания. 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 так же контактного воздействия продуктов питания. Данное мнение основано на частом сочетании НЯК с другими аутоиммунными процессами [2]. Обнаружение же в слизистой оболочке толстой кишки IgG -антител к эпителиальным клеткам и p-ANCA только усилило позицию сторонников данной гипотезы. Выполненные исследования по определению соотношения Т-лимфоцитов в слизистой оболочке этой кишки указывают на нарушение иммунорегуляторных взаимодействий активированных CD4- и CD8-лимфоцитов. В норме эпителиальные клетки стимулируют преимущественно CD8-Т лимфоциты.

В то время как при НЯК они активируют исключительно CD4 – лимфоциты, а это сопровождается секрецией ИЛ-2 лимфокинов и стимуляцией макрофагов в системе комплемента. Выявлена и семейная предрасположенность к НЯК, при этом родственники первой линии заболевают значительно чаще, чем в среднем в популяции, а в качестве факторов риска у них четко прослеживается употребление пероральных контрацептивов, а так же особенности питания и психосоциальные проблемы [3, 5]. Внекишечные симптомы НЯК выявляются у 20% больных. К ним относятся узловатая эритема, гангренозная пиодермия, воспалительные заболевания глаз, артриты, анкилозирующий спондилит, нарушения функции дыхательной системы, миозиты, васкулиты, гломерулонефрит и другие патологические процессы вне стенки толстой кишки [3].

**Цель и задачи исследования.** Данные литературы свидетельствуют о важной роли нормальной микрофлоры кишечника в адаптационной реакции организма человека к возрастным меняющимся условиям его жизни [1, 3]. С учетом этих данных, становится понятной причина развития патологического симптомокомплекса при изменении микрофлоры толстой кишки. В молодом возрасте, возникший по тем или иным причинам, кишечный дисбиоз сопровождается диареей в сочетании с бродильным процессом. У каждого пятого пациента этой возрастной группы отмечаются аллергический дерматит, протекающий на фоне выражен-

ного психовегетативного нарушения. Дисбактериоз же связывают с перенесенной кишечной инфекцией и с продолжительным лечением антибиотиками. Выполненные бактериологические исследования у данной группы пациентов свидетельствуют о выраженном подавлении роста кишечной палочки с одновременным заселением просвета толстой кишки условно-патогенной микрофлорой (энтеробактерии, цитробактерии, клебсиеллы, протей, грибки рода кандиды, гемолизирующие штаммы эшерихий и др.). У лиц же зрелого возраста (40-59 лет), у которых наблюдается чередование стойкого запора с периодической диареей, в бактериологической картине кала возрастает удельный вес функционально неполноценных (лактозонегативных и ферментативно ослабленных) штаммов кишечной палочки, что происходит на фоне умеренного снижения роста бифидумбактерий. У лиц же в возрасте старше 60 лет, страдающие стойкими запорами, в кале отмечается резкое снижение облигатной микрофлоры (бифидум – и лактобактерии) с одновременным возрастанием уровня условно патогенной микрофлоры [1, 4]. Нередко именно инфекции служат причиной развития и обострения НЯК, так как поврежденная тем или иным путем слизистая оболочка легко контаминируется патогенной микрофлорой [3, 5].

Если роль условно патогенной микрофлоры в развитии НЯК четко определена, то вот механизм её дислокации из зоны анального канала в просвет ободочной кишки не отражен ни в одном из известных нам источнике медицинской литературы. Определение этих путей и явилось целью данного исследования.

Наблюдали 38 пациентов с НЯК, имевших выраженные внекишечные (костно-суставные) симптомы проявления данного заболевания, которые и явились причиной их госпитализации в травматологическое отделение. Только в процессе обследования у них была выявлена истинная причина развития болезненного состояния, то есть НЯК. Все эти пациенты, возраст которых был от 42 до 68 лет, страдали деформирующими артрозами суставов нижних конечностей и анкилозирующим спондилитом. Мужчин было 16 (42,2%). При поступлении в стационар все эти пациенты акцентировали внимание врачей на костно-суставную патологию и умалчивали о проблемах, которые наблюдались у них во время акта дефекации. Только через 2–3 дня после госпитализации они стали предъявлять жа-

лобы на жидкий стул с примесью крови и слизи в кале. Частота дефекаций доходила до 5–6 раз в сутки. У больных заподозрена пищевая токсиконфекция и были предприняты соответствующие диагностические мероприятия. При выполнении ректороманоскопии было обращено внимание на наличие у больных покраснения, мацерации и трещин в перианальной области. Эндоскопическое же исследование выявило типичные симптомы хронического или рецидивирующего, или непрерывно – рецидивирующего НЯК. Бактериологическое исследование тканевого детрита, взятого с поверхности яз, выявило микробные ассоциации из клебсиеллы, протей, гемолизирующих эшерихий и др. После верификации диагноза был собран подробный анамнез жизни в данном направлении. Было установлено, что все пациенты с подросткового возраста страдали запорами. Стул был лишь через сутки, а порою через 2–3 дня. С возрастом запоры стали носить более упорный характер и без постановки клизм добиться акта дефекации не удавалось. Больные часто прибегали к постановке солевых, мыльных, масляных и прочих клизм, после которых появлялись боли в левой подвздошной области и тенезмы после акта дефекации. В последнее же время перед госпитализацией, а этот срок составил от 6 месяцев и до 4 лет, характер дефекации резко изменился – развилась диарея с примесью слизи и прожилок крови в кале. За медицинской помощью не обращались, так как описанные изменения в акте дефекации они связывали с частым приемом клизм. Костно-суставные заболевания у них стали развиваться после 30 лет.

### Заключение

Сопоставляя собственные клинические наблюдения с данными литературы можно прийти к выводу, что в развитии патологического симптомокомплекса под названием «неспецифический язвенный колит» ведущее значение у наблюдавшихся нами больных имеет дислокация микробной флоры из анального канала в просвет ободочной кишки, что происходило во время постановки клизм. Прибегать же к этому способу освобождения прямой кишки от каловых масс пациентов заставили постоянные запоры, которые наблюдались у них с подросткового возраста. Следовательно, у этих больных клизмы носили характер порочных манипуляций. Обострение же у них НЯК на 2–3 день после госпитали-

зации в травматологическое отделение можно объяснить резкой сменой характера питания и психоэмоциональной нагрузкой. Считаем нужным указать, что хронические запоры относятся к широко распространенным заболеваниям. С целью подтверждения этого мнения мы провели анкетирование 234 студентов вуза и установили, что у 211 (90%) из них отсутствовал утренний стул, и это патологическое явление развилось ещё в школьные годы. Многие из них для свершения акта дефекации вместо клизм прибегали к приему слабительных средств, в том числе и к солевым препаратам, а это сопровождалось негативным воздействием на их здоровье. Ведь слабительные средства вызывают приток жидкости из сосудистого русла в просвет кишечника, а в ней кроме воды содержится альбумин, микроэлементы и другие вещества, крайне необходимые для сохранения гомеостаза. Выходит, для достижения регулярного утреннего стула наиболее оправ-

дана диета, содержащая большое количество растительной клетчатки, утренний массаж живота, физические упражнения, направленные на возбуждение перистальтики кишечника и прочие мероприятия в подобном же плане.

#### Список литературы

1. Желнова Т.И. Кандидозный дисбактериоз кишечника. Клинические особенности / Т.И. Желнова, О.Г. Яковлева // Актуальные вопросы колопроктологии: труды I съезда колопроктологов России. – Самара, 2003. – С. 423–424.
2. Краткое руководство по гастроэнтерологии / под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. – М.: ООО Издат. дом «М-Вести», 2001. – 458 с.
3. Секачева М.И. Современные аспекты лечения неспецифического язвенного колита; результаты медицины, основанной на доказательствах // Consilium medicum. – 2003. – № 3. – С. 18–22.
4. Яковлева О.Г. Микробиоценоз кишечника в различных возрастных группах. Клинические особенности / О.Г. Яковлева, Т.И. Желнова, О.А. Хивинцева // Актуальные вопросы колопроктологии: труды I съезда колопроктологов России. – Самара, 2003. – С. 439–441.
5. Stack W.A., Long R.G., Hawkwy C.J. Short-and long-term outcome of patients treated with cyclosporine for severe acute ulcerative colitis. Aliment Pharmacologic There 1998; 12:973-8.