

*Плотникова Полина Андреевна,
студент 5 курс,
лечебный факультет,
Пермский государственный медицинский
университет им. ак. Е.А. Вагнера,
РФ, г. Пермь*

*Павлова Варвара Николаевна,
студент 5 курс,
лечебный факультет,
Пермский государственный медицинский
университет им. ак. Е.А. Вагнера,
РФ, г. Пермь*

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО КОЛИТА

***Аннотация:** В статье представлены литературные данные об эпидемиологии, факторах риска, особенностях течения, диагностике и методах лечения микроскопического колита.*

***Abstract:** The article presents the literature data on epidemiology, risk factors, features of the course, diagnosis and methods of treatment of microscopic colitis.*

***Ключевые слова:** микроскопический, колит, заболевание.*

***Keywords:** microscopic, colitis, disease.*

Микроскопический колит является особой формой хронического заболевания, при которой у больных наблюдаются диспепсические симптомы, а в слизистой кишечника протекает воспалительная реакция, не

сопровождающаяся видимыми эндоскопическими изменениями, что затрудняет диагностику данного состояния.

Целью исследования стал анализ медицинской литературы об аспектах эпидемиологии, факторах риска, клинической картине, методах диагностики и лечения микроскопического колита.

Микроскопический колит (МК) — это воспалительное заболевание хронического течения, поражающее слизистую толстого кишечника и сопровождающееся постоянными приступами диареи. Название заболевания обусловлено тем, что при проведении эндоскопического исследования признаки воспалительной реакции могут отсутствовать – для постановки диагноза необходимо проведение микроскопии биологического материала, взятого при проведении биопсии. Морфологически различают два вида микроскопического колита: коллагеновый и лимфоцитарный колит. Чаще всего заболеванию подвержены лица женского пола, соотношение мужчин и женщин по частоте выявления МК составляет 1:3, при этом у 70% женщин диагностируется коллагеновая форма колита. В 20% случаев обращений по поводу ежедневной диареи без кровяных примесей диагностируют данное заболевание. Возрастной пик микроскопического колита приходится на возрастной диапазон от 55 до 70 лет [1]. Описаны единичные случаи возникновения эозинофильного колита у детей, в том числе у новорожденных и детей грудного возраста. Ежегодно в развитых странах регистрируется до 6 заболевших пациентов на сто тысяч населения, а в последнее время выявляется тенденция к увеличению распространения заболевания, обусловленная как более совершенными методами диагностики, так и прогрессией факторов риска.

Для заболевания характерна идиопатическая этиология. К наиболее значимым факторам риска развития микроскопического колита относят:

- Бесконтрольный прием лекарственных препаратов, нарушающих целостность защитного слизистого барьера желудочно-кишечного тракта (НПВС, антидепрессанты, ингибиторы протонной помпы);
- Злоупотребление никотином и алкогольными напитками;
- Наследственную предрасположенность – выявляется взаимосвязь между развитием МК и наличием синдрома раздраженного кишечника;
- Сопутствующие аутоиммунные патологии (сахарный диабет первого типа, ревматоидный артрит, тромбоцитопеническая пурпура идиопатического генеза);
- Кишечные бактериальные инфекции в анамнезе;
- Пожилой возраст пациентов;
- Женский пол. Некоторые данные свидетельствуют о корреляции возникновения микроскопического колита на фоне проведения гормональной заместительной терапии во время постменопаузы.

Клиническая картина заболевания характеризуется неспецифической симптоматикой заболеваний кишечника, что затрудняет своевременную диагностику колита. У 50 % больных отмечается ежедневный стул объемом до полулитра с частотой до восьми раз в сутки, водянистый кал без прожилок крови, снижение аппетита и незначительная потеря в весе [2]. В 30% случаев пациенты предъявляют жалобы на спастические боли внизу живота, сопровождающиеся чувством тошноты или рвотой. При этом диарея может сопровождаться периодами ремиссии и нормализацией стула. В старших возрастных группах могут возникать эпизоды недержания кала. Клинические симптомы могут беспокоить больных длительное время до момента постановки правильного диагноза. Изменения лабораторных данных не несут специфического характера и редко сопровождаются развитием анемии или снижением концентрации белковых фракций.

При эозинофильной форме микроскопического колита принято выделять два возрастных вида – «детский» с развитием первых клинических

симптомов в возрасте от 2 до 9 лет и «взрослый» колит, с манифестацией в период от 35 до 45 лет. В детском возрасте причиной развития МК может стать употребление аллергенов - коровьего молока, орехов, томатов и других провоцирующих продуктов. При эозинофильном колите поражаются желудок, тонкий и толстый кишечник, что обуславливает обширную клиническую картину от жалоб на тошноту и рвоту до нарушения сна и болей в животе. В зависимости от степени поражения стенки кишечника выделяют следующие клинические варианты течения микроскопического колита:

- При нарушении слизистого слоя отмечается синдром нарушения всасывания отдельных продуктов; в лабораторных исследованиях выявляются признаки железодефицитной анемии в крови и умеренная стеаторея в анализах кала;
- Поражение мышечного слоя влечет за собой утолщение и ригидность ЖКТ, что обуславливает симптоматику кишечной непроходимости;
- При поражении субсерозных тканей развивается асцит с преобладанием эозинофильного компонента.

Диагностика заболевания основывается на проведении инструментальных и лабораторных исследований. Золотым стандартом диагностики микроскопического колита считается проведение гистологического исследования биологического материала, взятого из участков ободочной кишки и проксимальных отделов толстого кишечника. Для диагностики коллагеновой формы заболевания целесообразно применение ирригоскопии с целью выявления гипомоторной дискинезии кишечника. С целью определения аллергического компонента в развитии колита проводят ряд тестирований: элиминационное исключение определенных продуктов питания, кожные пробы и пищевую провокацию. Лабораторные исследования у 50% пациентов позволяют выявить повышенный уровень циркулирующих иммуноглобулинов к эпителиоцитам кишечника, микросомам и тиреоглобулину [3]. Специфических изменений в клинических анализах крови не наблюдается, лишь в редких случаях отмечен

повышенный уровень СОЭ, что обусловлено обезвоживанием на фоне массивной диареи.

Основное лечение микроскопического колита заключается в проведении медикаментозного лечения. Терапевтические схемы препаратов включают в себя следующие основные лекарственные группы веществ:

- Противодиарейные средства (лоперамид);
- Глюкокортикостероиды (будесонид, преднизон) – применение обусловлено снижением активности воспалительного процесса;
- Адсорбенты и гастропротекторы (висмута субсалицилат) – показывают эффективность у 95% пациентов;
- При отсутствии клинического эффекта в ответ на применение вышеперечисленных препаратов целесообразно использование иммунодепрессантов (азатиоприн).

При упорных, рецидивирующих вариантах течения, чрезмерном болевом синдроме и кахексии рекомендуется проведение радикального оперативного вмешательства, объем которого включает резекцию толстого кишечника с выведением стомы на переднюю брюшную стенку.

Выводы:

1-Микроскопический колит – редко встречающееся, хроническое воспалительное заболевание толстого кишечника, основным симптомом которого является ежедневная водянистая диарея.

2 – Золотым стандартом диагностики колита является прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием биоматериала, а основным методом лечения – проведение медикаментозной терапии.

Литература:

1- Livzan M.A., Makeikina M.A. Inflammatory bowel diseases: modern aspects of diagnosis and treatment. Gastroenterology. Appendix to the journal Consilium Medicum, 2010; 7 (1): 60—5.

2-Андреев Д.Н., Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Микроскопический колит: дефиниция и критерии диагностики. *Consilium medicum journal*, 2014; 12 (2): 30—4.

3-Sonnenberg A., Genta R. M. Geographic distributions of microscopic colitis and inflammatory bowel disease in the United States. *Inflammatory Bowel Diseases journal*, 2012; 7 (1): 2288—93.