UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Джурабаев Аваз Азизович
Ассистент кафедры Нормальной анатомии, оперативной хирургии и топографической анатомии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Республика Узбекистан, г.Фергана.

Аннотация. Язвенный колит (ЯК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся рецидивирующим течением, высокой частотой осложнений и значительным влиянием на качество жизни пациентов. Несмотря на сравнительно меньшую распространённость среди заболеваний желудочно-кишечного тракта, ЯК занимает одно из ведущих мест по тяжести клинического течения и риску инвалидизации.

Современные данные свидетельствуют о росте заболеваемости ЯК, достигающей 50–80 случаев на 100 000 населения, при распространённости до 505 случаев на 100 000 [1-4]. Особую клиническую значимость представляют тяжёлые формы заболевания, при которых консервативная терапия оказывается неэффективной у значительной доли пациентов, а уровень хирургической активности и летальности остаётся высоким.

В последние годы всё большее внимание уделяется роли кишечной микробиоты в патогенезе ЯК [5-7]. Нарушения микробиоценоза рассматриваются как важный фактор, поддерживающий хроническое воспаление и влияющий на тяжесть течения заболевания. Однако подходы к антибактериальной терапии остаются дискутабельными, особенно при тяжёлых формах ЯК, где часто применяется эмпирическое лечение без учёта микробиологического профиля. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка рациональных методов диагностики и лечения, основанных на комплексной оценке клинических, эндоскопических и микробиологических данных.

Ключевые слова: язвенный колит, воспалительное заболевание кишечника, микробиота кишечника, диагностика, лечение, антибактериальная терапия, эндоскопия, микробиоценоз, хроническое воспаление.

Introduction. Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory disease of the colon characterized by a relapsing course, a high rate of complications, and a significant impact on patients' quality of life. Despite its relatively lower prevalence among gastrointestinal diseases, UC occupies a leading position in terms of severity of clinical course and risk of disability.

Current data indicate an increasing incidence of UC, reaching 50–80 cases per 100,000 population, with a prevalence of up to 505 cases per 100,000 [1–4]. Severe forms of the disease are of particular clinical importance, in which conservative therapy proves ineffective in a significant proportion of patients, while the rates of surgical intervention and mortality remain high.

In recent years, increasing attention has been paid to the role of the intestinal microbiota in the pathogenesis of UC [5–7]. Disturbances in the microbiocenosis are considered an important factor that sustains chronic inflammation and influences disease severity. However, approaches to antibacterial therapy remain controversial, especially in severe forms of UC, where empirical treatment is often used without consideration of the microbiological profile. In this regard, the development of rational diagnostic and treatment methods based on a comprehensive assessment of clinical, endoscopic, and microbiological data is of particular relevance.

Keywords: ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, intestinal microbiota, diagnosis, treatment, antibacterial therapy, endoscopy, microbiocenosis, chronic inflammation.

Annotatsiya. Yarali kolit (YK) yo‘g‘on ichakning surunkali yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, qaytalanuvchi kechishi, asoratlarning yuqori chastotasi hamda bemorlarning hayot sifatiga sezilarli

ta’siri bilan tavsiflanadi. Oshqozon-ichak tizimi kasalliklari orasida nisbatan kam uchrashiga qaramay, YK klinik kechishining og‘irligi va nogironlik xavfi jihatidan yetakchi o‘rinlardan birini egallaydi.

Zamonaviy ma’lumotlar YK bilan kasallanish darajasi oshib borayotganini ko‘rsatadi va u har 100 000 aholiga 50–80 ta holatni tashkil etadi, tarqalishi esa 100 000 aholiga 505 tagacha yetadi [1–4]. Kasallikning og‘ir shakllari alohida klinik ahamiyatga ega bo‘lib, bunda konservativ davolash bemorlarning sezilarli qismida samarasiz bo‘ladi, jarrohlik aralashuvlar va o‘lim darajasi esa yuqori bo‘lib qolmoqda.

So‘nggi yillarda YK patogenezida ichak mikrobiotasining roli tobora ko‘proq e’tibor qozonmoqda [5–7]. Mikrobiotsenoz buzilishlari surunkali yallig‘lanishni saqlab turuvchi va kasallik og‘irligiga ta’sir qiluvchi muhim omil sifatida qaralmoqda. Biroq antibakterial terapiyaga yondashuvlar hanuz munozarali bo‘lib qolmoqda, ayniqsa YKning og‘ir shakllarida, bu yerda ko‘pincha mikrobiologik profil hisobga olinmasdan empirik davolash qo‘llaniladi. Shu munosabat bilan klinik, endoskopik va mikrobiologik ma’lumotlarni kompleks baholashga asoslangan ratsional diagnostika va davolash usullarini ishlab chiqish alohida dolzarb ahamiyat kasb etadi.

Kalit so‘zlar: yarali kolit, ichakning yallig‘lanish kasalligi, ichak mikrobiotasi, diagnostika, davolash, antibakterial terapiya, endoskopiya, mikrobiotsenoz, surunkali yallig‘lanish.

Цель исследования. Разработать рациональные подходы к диагностике и лечению язвенного колита с использованием микробиологического анализа биоптатов толстой кишки и персонализированной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Исследование носило наблюдательный характер и включало пациентов с верифицированным диагнозом язвенного колита различной степени тяжести.

Объект исследования. Пациенты с левосторонним и тотальным поражением толстой кишки, включая тяжёлые формы заболевания.

Критерии включения:

подтверждённый диагноз язвенного колита;

наличие клинических и эндоскопических признаков воспаления.

Критерии исключения:

приём антибиотиков или пробиотиков до госпитализации;

тяжёлая сопутствующая патология;

сверхтяжёлое течение заболевания (для отдельных анализов микробиоты).

Методы исследования. Использован комплекс методов:

клинические и лабораторные исследования;

эндоскопическая диагностика с биопсией;

микробиологическое исследование биоптатов стенки толстой кишки;

ПЦР в реальном времени для анализа микробиоты;

анализ образцов фекалий и соскобов эпителия;

определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Особое внимание уделялось забору биоптатов из зоны язвенного дефекта (включая дно язвы и участки под фибриновой плёнкой), что повышало диагностическую точность.

Статистический анализ

Обработка данных проводилась с использованием программ: Microsoft Excel; IBM SPSS Statistics.

Использовались методы описательной статистики, сравнительного анализа и оценки достоверности различий.

Результаты. Проведённое исследование позволило выявить ряд ключевых закономерностей.

1. Особенности микробиоты

У пациентов с язвенным колитом выявлены значительные изменения состава пристеночной и просветной микробиоты по сравнению с контрольной группой:

снижение разнообразия нормофлоры;

увеличение доли условно-патогенных микроорганизмов;

преобладание представителей рода Bacteroides, рассматриваемых как потенциальный биомаркер воспаления.

2. Связь микробиоты с тяжестью заболевания. Установлено, что:

- при увеличении протяжённости поражения наблюдается более выраженный дисбиоз;
- при высокой эндоскопической активности усиливается микробная агрессия;
- состав микробиоты зависит от проводимой терапии.

3. Диагностическая значимость методов. Показано, что:

- ПЦР в реальном времени является высокочувствительным методом оценки микробиоты;
- при невозможности биопсии допустимо использование анализа фекалий, однако его информативность ниже;
- микробиологическое исследование биоптатов обеспечивает наиболее точную диагностику.

4. Эффективность целенаправленной терапии. Сравнительный анализ показал:

- более быстрое достижение ремиссии при целенаправленной антибактериальной терапии;
- увеличение длительности ремиссии;
- снижение частоты осложнений и хирургических вмешательств;
- уменьшение послеоперационных осложнений.

5. Практическая эффективность. Использование специализированного контейнера для транспортировки биоптатов позволило:

сохранить качественный и количественный состав микрофлоры;

повысить достоверность микробиологических исследований.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают ключевую роль микробиоты в патогенезе язвенного колита и обосновывают необходимость её учёта при выборе лечебной тактики.

Традиционный эмпирический подход к антибактериальной терапии не учитывает индивидуальные особенности микробного состава, что снижает эффективность лечения. В отличие от этого, персонализированная терапия, основанная на микробиологическом анализе биоптатов, позволяет:

воздействовать на конкретные патогенные микроорганизмы;

снизить риск антибиотикорезистентности;

повысить эффективность лечения.

Особое значение имеет разработка стандартизированного метода забора биоптатов, поскольку именно от качества материала зависит точность диагностики. Введение специализированных контейнеров и оптимизация условий транспортировки значительно повышают воспроизводимость результатов.

Дополнительным направлением является использование цифровых технологий для самоконтроля пациентов, что способствует раннему выявлению обострений и своевременному обращению за медицинской помощью [6,7].

Таким образом, рациональный подход к диагностике и лечению ЯК должен включать:

комплексную оценку состояния пациента;

обязательное исследование микробиоты;

персонализированную терапию;

динамическое наблюдение.

Заключение. Рационализация диагностики и лечения язвенного колита основана на интеграции клинических, эндоскопических и микробиологических методов исследования.

Ключевые выводы:

Микробиологическое исследование биоптатов толстой кишки является высокоинформативным методом диагностики.

Изменения микробиоты играют важную роль в патогенезе и тяжести течения заболевания.

Целенаправленная антибактериальная терапия значительно повышает эффективность лечения.

Персонализированный подход позволяет снизить частоту осложнений и улучшить прогноз.

Внедрение современных технологий (ПЦР, программ самоконтроля) расширяет возможности диагностики и мониторинга.

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой новых диагностических маркеров и оптимизацией индивидуализированной терапии у пациентов с язвенным колитом.

Список литературы

1. Nino DF, Sodhi CP, Hackam DJ. Necrotizing enterocolitis: new insights into pathogenesis and mechanisms. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;13(10):590–600. doi:10.1038/nrgastro.2016.119
2. Hackam DJ, Sodhi CP. Bench to bedside: new insights into the pathogenesis of necrotizing enterocolitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2022;19(7):468–479. doi:10.1038/s41575-022-00594-x
3. Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. J Crohns Colitis. 2012;6(10):991–1030. doi:10.1016/j.crohns.2012.09.003
4. Hindryckx P, Jairath V, D'Haens G. Acute severe ulcerative colitis: from pathophysiology to clinical management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;13(11):654–664. doi:10.1038/nrgastro.2016.134
5. Djurabaev A. A. Etiopathogenesis, prevention and treatment of acute gastritis and duodenitis //Ethiopian International Journal of Multidisciplinary Research. – 2024. – Т. 11. – №. 05.
6. Мамасаидов Ж.Т., Джурабаев А.А. и Эшбаев Э.А. 2025. Некротик энтероколитда ингичка ичак шиллиқ қаватининг патоморфологияси. Журнал гуманитарных и естественных наук. 1, 17 (янв. 2025), 200–205.
7. Djurabayev A. A. On the etiological and pathogenetic aspect of nonspecific colitis //World Bulletin of Public Health. – 2023. – Т. 29. – С. 24-26.
8. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2011;140(6):1785–1794. doi:10.1053/j.gastro.2011.01.055
9. Paramsothy S, Nielsen S, Kamm MA, et al. Specific bacteria and metabolites associated with response to fecal microbiota transplantation in ulcerative colitis. Gastroenterology. 2019;156(5):1440–1454.e2. doi:10.1053/j.gastro.2018.12.001
10. Khan KJ, Ullman TA, Ford AC, et al. Antibiotic therapy in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2011;106(4):661–673. doi:10.1038/ajg.2011.72
11. Regueiro M, Greer JB, Szigethy E. Etiology and treatment of ulcerative colitis. Gastroenterology. 2014;146(6):1554–1567. doi:10.1053/j.gastro.2014.01.054
12. Lee-Kong SA, Stocchi L, Hull TL. Surgical management of ulcerative colitis. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(4):263–271. doi:10.1055/s-0036-1584505
13. Islomjon T. RADIOLOGY OF IDC AFTER CHEMOTHERAPY: POST-TREATMENT IMAGING CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC CHALLENGES //SPAIN-SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS AND PROSPECTS OF MODERN SCIENCE AND EDUCATION. – 2025. – Т. 1. – №. 10. – С. 4-8.
14. Maxamatov U., To'lkinov I., Xabibullayeva M. Eating Habits in Hematological Diseases. – 2023.