

Щукина Оксана Борисовна

Болезнь Крона.

Возвращаясь к вопросу о том,
что необходимо знать пациенту

Санкт-Петербург
2016



«К написанию данной брошюры меня побудило желание помочь пациентам с болезнью Крона, а также их родственникам и друзьям, дать им ответы на многие вопросы, касающиеся диагностики и лечения болезни Крона»

Щукина О.Б., к.м.н., доцент

Содержание

Введение **5**

Представление о болезни **5**

Причины болезни Крона **6**

Диагностика болезни Крона **7**

Различия между язвенным колитом и болезнью Крона **12**

Осложнения болезни Крона **14**

Влияние болезни Крона на качество жизни пациента **14**

Лечение болезни Крона **16**

Медикаментозное лечение активной болезни Крона **16**

Рекомендации по образу жизни **32**

Наиболее часто задаваемые вопросы о беременности и болезни Крона **39**

Словарь **43**

Введение

Болезнь Крона (БК) — тяжелое хроническое заболевание, которое требует пожизненного лечения, постоянного наблюдения специалистом, повторных госпитализаций и нередко хирургических вмешательств. Кроме того, у пациентов с болезнью Крона часто возникают проблемы из-за неправильного представления о сути заболевания. Например, из-за страха за свое будущее они не решаются на семейные отношения, планирование детей, перестают интересоваться карьерой и т.д. Чтобы развеять мифы, я попытаюсь предоставить как можно больше доступной и достоверной информации об этом заболевании.

За последние годы произошли некоторые изменения в подходах к диагностике и ведению больных БК. Важна не только своевременная диагностика заболевания, но и строгая оценка ответа на терапию, а также постоянный контроль активности воспаления в кишечнике и адекватная коррекция медикаментозной терапии, проводимые с одной лишь целью — остановить прогрессирование болезни и развитие осложнений. Это требует от специалиста не только профессиональных знаний, но и постоянного диалога с больным, обсуждения с ним необходимости проведения диагностических процедур, которые зачастую осуществляются за пределами обязательного медицинского страхования. Результаты обследований могут влиять на изменение тактики лечения, зачастую являясь показанием для проведения хирургических вмешательств.

Представление о болезни

Болезнь Крона — одно из воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), которое поражает тонкую и толстую кишку, реже — любые другие отделы желудочно-кишечного тракта, начиная с полости рта и заканчивая задним проходом. Кроме того, возможно поражение не только кишечника, но и других органов, чаще всего кожи, суставов, глаз — так называемые внекишечные проявления. Причина заболевания до сих пор остается неизвестной, поэтому на сегодняшний день оно считается неизлечимым.

Воспаление при БК носит, как правило, прерывистый характер и пораженные сегменты чередуются с нормальными участками кишечника — это называется «скачущее поражение». При этом, в зависимости от тяжести воспаления, слизистая оболочка, выстилающая изнутри кишечную стенку, может выглядеть красной (гиперемированной) и припухшей (отечной), с изъязвлениями разного размера и формы (афтозными, поверхностными, глубокими, продольными), иногда напоминая вид «бульжной мостовой». Для болезни характерно воспаление всей толщи стенки кишечника, что нередко приводит к осложнениям, таким как стенозирование (сужение) его просвета и / или пенетрации, в результате которой образуются абсцессы (происходит распространение содержимого просвета кишечника в брюшную полость) или свищи (тракты, по которым дренируется содержимое просвета кишки, сообщающиеся с кожей

или соседними органами, такими как мочевой пузырь или рядом расположенные петли кишечника).

В последнее время отмечен рост заболеваемости во всем мире, особенно среди лиц молодого возраста. Так как симптомы БК разнообразны и похожи на целый ряд других заболеваний, например, на кишечные инфекции, синдром раздраженного кишечника, язвенный колит, врачу порой бывает сложно поставить правильный диагноз.

Болезнь Крона — хроническое заболевание, протекающее с периодами обострений и ремиссий (определенный интервал времени без обострений). Во время обострения самочувствие больных ухудшается, тогда как в течение ремиссии оно, как правило, становится лучше. Для конкретного пациента ремиссия — это действительно хорошее самочувствие и способность реализовать все, что он собирается сделать в своей жизни. Периоды ремиссий и обострений индивидуальны и практически не прогнозируемы. Иногда болезнь может не беспокоить пациента на протяжении многих лет или даже десятилетий, но все же симптомы возвращаются. Самочувствие во время обострений также индивидуально и может сильно отличаться у разных больных. У немногих из них течение заболевания легкое, при обострении жалобы немногочисленны, а периоды полного затишья болезни могут длиться годами. Те же, у кого тяжелое, прогрессирующее течение болезни, почти постоянно испытывают дискомфорт. Еще совсем недавно большинству пациентов с болезнью Крона в конечном счете требовалось оперативное вмешательство, но в настоящее время, с появлением новых видов лечения, ситуация изменилась. Современная терапия направлена на уменьшение воспаления в кишечнике и других органах (при внекишечной его локализации), сохранение нормальной их функции, предотвращение осложнений и обеспечение пациентов нормальным качеством личной, профессиональной и общественной жизни без инвалидности.

Лечебные мероприятия включают обязательное прекращение курения, диетические рекомендации, а также прием различных медикаментозных препаратов, которые используются по отдельности или в комбинации, в зависимости от локализации и тяжести заболевания.

Причины болезни Крона

Есть несколько теорий возникновения болезни Крона, но ни одна из них пока не является доказанной. Известно, что иммунная система человека состоит из клеток и различных белков, которые защищают организм от инфекций. Согласно самой популярной теории, у людей с болезнью Крона иммунная система реагирует неправильно, воспринимая безобидные бактерии, пищевые продукты и другие вещества как чужеродные. В результате этого в слизистой оболочке кишечника скапливаются лейкоциты, которые вызывают хроническое воспаление в стенке кишки, что в свою очередь приводит к её повреждению.

Многочисленные исследования показали, что в формировании воспалительного процесса в желудочно-кишечном тракте участвуют следующие предрасполагающие факторы:

- Наследственность;
- факторы внешней среды;
- состав микрофлоры кишечника;
- особенности иммунной системы.

Кроме того, ученые доказали, что белок, называемый фактором некроза опухоли альфа (ФНО- α), который в избытке производится иммунной системой в процессе её неадекватного функционирования, является основным маркером воспаления – цитокином, связанным с активностью болезни Крона. Однако основополагающая причина болезни Крона все еще остаётся неизвестной.

Диагностика болезни Крона

Проявления болезни у пациентов варьируют в зависимости от возраста больного, в котором произошел дебют болезни, ее локализации в кишечнике и поведения (формы заболевания). При этом отсутствует какой-либо один метод диагностики болезни. Диагноз устанавливается путем комбинации симптомов, анализов крови, данных *визуализации*, *эндоскопии* и *гистологического* исследования биопсий кишечника. На данный момент не рекомендуется генетическое исследование для рутинной диагностики болезни Крона.

Симптомы заболевания могут быть самыми разнообразными. Настораживающими жалобами, особенно у молодых пациентов, являются боли в животе, потеря веса и понос, сохраняющийся в течение более четырех недель. Реже, чем у пациентов с язвенным колитом, наблюдается примесь слизи и крови в стуле. Наиболее часто встречающиеся общие жалобы включают усталость, слабость, потерю аппетита, повышение температуры тела, ночную потливость. Симптомы зависят от того, какой сегмент желудочно-кишечного тракта вовлечен в патологический процесс. Вышеперечисленные симптомы характерны для обострения заболевания. Иногда у пациентов в этот период бывает кишечное кровотечение, которое может привести к анемии, а у кого-то обострение может сопровождаться только усилением поноса и / или болью в животе. У детей с болезнью Крона часто наблюдается задержка роста и развития, которая может быть единственным проявлением болезни. В свою очередь, в периоды ремиссии заболевания у многих пациентов симптомы полностью отсутствуют.

Основные жалобы

Когда ко мне приходят пациенты, я всегда спрашиваю их: «Что Вас заставило обратиться к врачу?» Гораздо проще помочь тем, кто откровенно рассказывает о своих жалобах. Попробую остановиться на тех из них, которые Вам нужно обсудить со своим врачом наиболее подробно.

Боль в животе:

- Как давно Вас беспокоит боль в животе?
- Когда (время суток) у Вас она появляется?
- Чем она бывает вызвана? (Например, появляется после еды, при физической нагрузке или провоцируется эмоциональным стрессом).
- Что уменьшает боль? (Возможно, смена положения, дефекация, отхождение газов или прием каких-нибудь лекарственных препаратов).

Понос:

- Как часто Вы ходите в туалет? Просыпаетесь ли Вы для этого ночью?
- Есть ли примесь крови и слизи в кале?

Температура тела:

- Бывает ли у Вас повышение температуры тела (иногда/постоянно), ночная потливость?

Масса тела:

- Вы похудели недавно, без явных на то причин?
- У Вас всю жизнь наблюдался дефицит массы тела?
- У Вас периодически пропадает аппетит, и Вы худеете?

Внекишечные проявления:

- Вас беспокоят боли в суставах или в позвоночнике?
- Периодически появляются язвочки в полости рта (афтозный стоматит)?
- Периодически без явной на то причины, появляются высыпания на коже?

Из списка вопросов следует, что Ваш врач должен спросить о кишечных симптомах и внекишечных проявлениях со стороны полости рта, кожи, глаз или суставов, а также имевших место в прошлом анальных трещинах или абсцессах, так называемых парапроктитах.

После подробного рассказа о самочувствии, времени появления симптомов, врач должен задать Вам более детальные вопросы, например, путешествовали ли Вы в последнее время, есть ли у Вас пищевая непереносимость, а также предшествовал ли прием каких-либо лекарств появлению симптомов, включая антибактериальные препараты и нестероидные противовоспалительные средства, такие как аспирин или диклофенак. Важным является указание на перенесенную Вами в прошлом аппендэктомию. Кроме того, врач должен обратить особое внимание на хорошо известные факторы риска болезни Крона, такие как курение, наличие члена семьи с болезнью Крона, а также недавно перенесенную бактериальную или вирусную кишечную инфекцию.

Больные не всегда связывают внекишечные проявления с основным заболеванием, тем более, что зачастую они предшествуют появлению кишечных симптомов и их тяжесть уменьшается при манифестации или обострении болезни.

Проявления со стороны глаз включают конъюнктивит, эписклерит, увеит, ирит и кератопатию. Большинство из них регрессирует при успешном лечении болезни Крона, но некоторые могут потребовать самостоятельной терапии.

Конъюнктивит («красный глаз») представляет собой воспаление слизистой оболочки, покрывающей глаз и внутреннюю поверхность века. Увеит — воспаление сосудистой оболочки глаза. Симптомы его включают светобоязнь, боль, покраснение, снижение зрения и нередко головную боль. Если оставить увеит без лечения, он может привести к потере зрения. Воспаление наружного слоя белой оболочки глаза (склеры) называют эписклеритом. Симптомы включают умеренный или сильный дискомфорт, локальное или разлитое, иногда болезненное, покраснение в глазу, светобоязнь и слезотечение. Ирит — воспаление радужной оболочки; проявляется болью, светобоязнью, снижением и нечеткостью зрения, изменением цвета радужки и уменьшением размера зрачка.

Поражение **суставов** чаще бывает в виде *периферического артрита*, который сопровождается болью, припухлостью и ограничением подвижности в суставах. Боль обычно мигрирует от одного сустава к другому и может длиться в течение нескольких дней или даже недель. При болезни Крона могут также встречаться анкилозирующий *спондилит* и *сacroилеит*, которые, как правило, не связаны с активностью основного заболевания, поэтому боли по ходу позвоночника и нарушение его подвижности могут быть достаточно интенсивными в отсутствие каких-либо симптомов со стороны кишечника.

Характерные поражения **кожи** в виде узловой эритемы или гангренозной пиодермии могут встречаться задолго или в ходе обострения болезни Крона. *Узловая эритема* — это болезненные красные узелки или узлы, которые появляются на руках или голенях чаще у женщин, чем у мужчин. *Гангренозная пиодермия* может появиться в виде пузырьков на ногах или руках. Пузырек может напоминать фурункул, который в дальнейшем самостоятельно вскрывается с образованием болезненной язвы.

Общий осмотр

Врач должен оценить Ваше общее самочувствие, измерить массу тела, частоту пульса, артериальное давление, температуру тела, болезненность живота или определяемое при ощупывании выбухание в полости живота, уплотнение, которые вы можете ощущать. Обязательным является пальцевое исследование прямой кишки и осмотр полости рта и промежности (области между задним проходом и гениталиями).

Ваш врач должен проверить наличие признаков острого и / или хронического воспаления, *анемии*, обезвоживания и *недостаточности питания* или *мальабсорбции*. Начальные лабораторные исследования должны включать С-реактивный белок и полный анализ крови. Анемия и тромбоцитоз (повышение количества тромбоцитов) в анализе крови — наиболее характерные признаки болезни Крона. С-реактивный белок и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) являются маркерами воспаления. Фекальный кальпротектин хорошо коррелирует с активностью заболевания в стенке кишечника. Однако ни один из этих лабораторных маркеров не является достаточно специфичным,

чтобы диагностировать болезнь Крона или отличить ее от язвенного колита. В некоторых ситуациях врач должен исключить инфекционный характер диареи, в том числе обусловленной бактерией *Clostridium difficile*. В случае Вашего недавнего путешествия потребуются дополнительные исследования кала, например, на яйца гельминтов, чтобы исключить паразитарную причину установленных симптомов.

Эндоскопические процедуры

Если доктор подозревает у Вас БК, то для подтверждения диагноза прежде всего необходимо проведение илеоколоноскопии с забором биопсии из самого дальнего отдела тонкой кишки и каждого сегмента толстой кишки — для поиска микроскопических признаков БК. Характерные эндоскопические проявления БК включают прерывистость и очаговость поражения слизистой оболочки, наличие перианальных поражений и характерный вид слизистой оболочки стенки кишечника, напоминающий «булыжную мостовую». Далеко не во всех случаях эндоскопические находки соответствуют этим патогномичным признакам.

Тяжесть поражения болезнью Крона толстой кишки вполне может быть оценена при колоноскопии, однако в случае локализации болезни Крона в конце тонкой кишки более эффективным подходом для диагностики является сочетание илеоколоноскопии с методами визуализации, такими как УЗИ, КТ или МРТ. Независимо от полученных результатов рекомендуются дальнейшие исследования, чтобы диагностировать БК в тонкой кишке, уточнить локализацию и протяженность поражения. Также желательно проведение гастроскопии, особенно у больных с симптомами, подозрительными на поражение болезнью верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Визуализирующие исследования

Дополнительно к полученным результатам илеоколоноскопии необходимы визуализирующие исследования кишечника (*МРТ* и *КТ*) и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, которые помогают обнаружить и определить степень воспаления, обструкции, а также выявить свищевые ходы, вызванные БК. Следует учитывать воздействие излучения, особенно если метод визуализации выбирается для последующего мониторинга течения Вашего заболевания. Оба метода — КТ и МРТ — являются установленными стандартами для оценки БК тонкой кишки. Оба метода способны продемонстрировать протяженность и активность заболевания с учетом толщины стенки кишки, ее отека и изъязвлений. Оба метода являются точными, но КТ — более доступный метод и занимает меньше времени для проведения исследования, чем МРТ. Тем не менее, поскольку КТ несет лучевую нагрузку, при возможности следует отдавать предпочтение МРТ. УЗИ брюшной полости может предоставить информацию об активности заболевания и локализации, особенно в тонкой кишке. Кроме того, данный метод широко доступен, недорог и не под-

вергает пациента воздействию радиации. Однако с помощью данного метода иногда бывает сложно увидеть глубокие сегменты кишечника, и заключение врача относительно того, что он видит в ходе исследования, носит субъективный характер. Традиционные рентгенологические исследования, в которых используется барий, имеют более низкое качество диагностики по сравнению с вышеперечисленными и вносят значительное бремя лучевой нагрузки, поэтому при возможности должны быть выбраны другие методы.

Эндоскопическое исследование всей тонкой кишки

Капсульная эндоскопия тонкой кишки. Применяется только в том случае, когда отсутствуют изменения на илеоколоноскопии и в ходе исследований методами визуализации, но доктор всё-таки продолжает подозревать у Вас болезнь Крона. В этом случае капсульная эндоскопия может подтвердить, что у Вас нет болезни Крона. Это относительно новый метод, который позволяет обнаружить повреждения тонкой кишки с помощью видеокапсулы — небольшого устройства, которое чуть больше размера обычной таблетки. Видеокапсула запивается водой и далее свободно продвигается по пищеварительному тракту. Благодаря размещенным на теле пациента датчикам она передает изображение слизистой оболочки тонкой кишки на монитор компьютера. Исследование абсолютно безболезненное, но оно противопоказано при подозрении на обструкцию тонкой кишки или присутствие свищей, а также у больных с имплантированными кардиостимуляторами или расстройством глотания.

Энтероскопия. Проводится специалистом в случаях, когда необходима биопсия тонкой кишки. Данный метод может быть также использован при потребности в эндоскопических способах лечения — дилатации (расширение просвета) стриктуры, извлечении застрявшей видеокапсулы или остановке кровотечения.

Эндоскопические биопсии

Для надежной диагностики БК должны быть взяты биопсии — по меньшей мере, по два биоптата из каждого отдела толстой кишки, из прямой кишки и самого дальнего отдела тонкой кишки в том числе. Исследование этих биоптатов, взятых из всех отделов толстой кишки, позволяет наиболее надежно диагностировать болезнь Крона. Биоптаты берутся из вовлеченных и невовлеченных в патологический процесс участков. При последующих исследованиях может быть использовано меньшее число биопсий для подтверждения активности болезни. В ходе наблюдения после операции биопсию следует брать при подозрении на послеоперационный рецидив. Кроме того, необходимы множественные биопсии при подозрении на ранние стадии рака.

Ещё раз подчеркну, что не существует метода, который мог бы выявить все случаи БК, поэтому многим пациентам требуется комбинация разных исследований. Каждое из них в отдельности не занимает много времени.

В идеале следовало бы все их выполнить за одну или две недели, но на практике это бывает трудно сделать. Тем не менее, в вопросах диагностики Вам следует положиться на своего лечащего врача, который должен подобрать наиболее специализированные медицинские учреждения, где быстро и качественно будут выполнены необходимые исследования; а также порекомендовать высококвалифицированных специалистов, способных дать наиболее точную информацию о Вашем состоянии.

Предикторы течения заболевания

Клинические факторы при установлении диагноза и / или эндоскопические находки могут предсказывать дальнейшее течение БК, что должно приниматься во внимание врачом при принятии решения относительно Вашего лечения. В исследованиях было установлено, что более тяжелое течение заболевания в течение пяти лет после установления диагноза предсказывают следующие факторы: перианальные поражения, локализация заболевания в самом дальнем отделе тонкой кишки и в самом начале толстой кишки, молодой возраст пациента при установлении диагноза и / или потребность в назначении системных стероидов при манифестации болезни. Существует все больше доказательств относительно того, что раннее назначение мощной терапии иммуносупрессорами и / или биологическими препаратами может привести к заживлению слизистой оболочки и ранней длительной ремиссии без системных стероидов. Однако раннюю мощную терапию следует рассматривать только в тяжелых случаях и при плохом прогнозе заболевания из-за рисков, связанных с иммуносупрессивной терапией.

Наблюдение за активностью заболевания и успешностью лечения

C-реактивный белок и маркёры кала (например, фекальный кальпротектин) могут использоваться для коррекции терапии и последующего краткосрочного наблюдения, а также прогноза рецидива. Однако стандартом для оценки заживления слизистой оболочки кишечника до сих пор считается эндоскопическое исследование.

Различия между язвенным колитом и болезнью Крона

Вы уже знаете, что симптомы БК похожи на симптомы другого воспалительного заболевания кишечника — язвенного колита (ЯК). Несмотря на схожесть клинических проявлений, подход к лечению этих заболеваний различный (особенно это касается хирургического вмешательства). Приблизительно в 10 % случаев врачу не удаётся отличить эти два заболевания, и окончательный диагноз можно поставить только в ходе наблюдения и лечения пациента, по ответу организма на те или иные лекарства или появлению осложнений. Рассмотрим основные отличия БК и ЯК.

Характер воспаления и его локализация. ЯК поражает только толстую кишку. Воспаление при ЯК (до лечения!) является непрерывным по всей слизистой оболочке толстой кишки. Оно начинается в прямой кишке и по мере развития заболевания может распространяться вверх по всей ободочной кишке. При БК воспаление локализуется участками, оно может встречаться в отдельных областях, в одном или нескольких сегментах в любом отделе пищеварительной трубки. Например, патологически измененный участок ободочной кишки может быть между двумя здоровыми. При ЯК слизистая оболочка толстой кишки покрыта язвами, которые не распространяются (не проникают) за пределы этой внутренней оболочки на всю толщу стенки кишки. При БК образуются более глубокие язвы, которые, как правило, распространяются на все слои стенки кишки.

Симптомы. Существуют некоторые различия и в симптомах заболевания. Если возникает боль у пациентов с ЯК, то она, как правило, локализуется в нижней левой части живота. Пациенты с БК обычно (но не всегда) испытывают боль в правой нижней части живота. При ЯК в процессе дефекации практически всегда наблюдается кровотечение из прямой кишки, тогда как при БК оно встречается реже, так как реже наблюдается проктит Крона.

Осложнения. При БК стриктуры, трещины и свищи — весьма распространенные осложнения, которые не встречаются при ЯК.

Влияние курения. Курение связано с ухудшением течения БК. Оно может увеличить риск рецидивов заболевания и оперативных вмешательств (см. ниже). Для некоторых пациентов с ЯК курение имеет защитный эффект, хотя оно не рекомендуется из-за его выраженного негативного влияния на здоровье человека. Тем не менее, ЯК часто называют «болезнью некурящих».

Хирургическое лечение пациентов в корне отличается в зависимости от формы ВЗК. Операция с целью удаления патологически измененных сегментов кишки у больных с БК может привести к некоторому уменьшению симптомов, но болезнь часто рецидивирует (возвращается) в оставшихся сегментах пищеварительной трубки. Поскольку при ЯК воспаление встречается только в толстой кишке, то удаление этого органа (называемое колпроктэктомией) приводит к излечению от ЯК. После колпроктэктомии пациенту может быть наложена илеостома или один из нескольких типов внутренних резервуаров, формируемых из здоровой тонкой кишки. Внутренние резервуары не формируются при колпроктэктомии у пациентов с БК, потому что БК может возникнуть в резервуаре, что вновь приведет к (последующей) операции.

Осложнения болезни Крона

Болезнь Крона не опасна для жизни человека, но может сопровождаться развитием осложнений. Наиболее серьезными из них считаются формирование свищей (см. выше) и появление обструкции (закупорки) просвета кишки, которая приводит к симптомам кишечной непроходимости. Чтобы их предотвратить, необходимо вовремя поставить диагноз и начать правильное лечение.

Обструкция кишечника возникает из-за длительного воспаления, которое обычно сопровождается рубцовыми изменениями в тканях и утолщением стенки кишки с образованием стриктуры. Сформировавшиеся стриктуры препятствуют прохождению пищи по кишечнику и способствуют возникновению симптомов кишечной непроходимости, которые проявляются спастической болью и рвотой.

Появление абсцесса (гнояника) также является нередким осложнением БК. Абсцесс может разрушить стенку кишки и привести к образованию свищевого тракта, что увеличивает риск инфицирования внутренних органов кишечным содержимым.

Из-за нарушения всасывания питательных веществ в желудочно-кишечном тракте или их потерь с поносом у многих больных часто развивается дефицит белка, калорий и витаминов.

Могут появиться и другие осложнения — камни в почках и в желчном пузыре. Доказано, что пациенты с БК имеют удвоенный риск развития желчнокаменной болезни. Согласно последним исследованиям, болезнь Крона на 5-10% повышает риск развития раковых заболеваний.

Влияние болезни Крона на качество жизни пациента

Пациенты с болезнью Крона могут довольно долго, пока их болезнь не активна, чувствовать себя здоровыми людьми. Несмотря на потребность в длительном лечении и периодических госпитализациях, многие пациенты сохраняют своё рабочее место, обеспечивают семью и успешно функционируют и дома, и в обществе.

Однако, когда Вы страдаете тяжелой формой БК, многие симптомы способны снизить качество Вашей жизни. Например, Вас может угнетать необходимость постоянно думать о ближайшем туалете или всё время отказываться съесть вкусное. Иногда после работы Вы, возможно, чувствуете себя настолько слабым и уставшим, что сразу ложитесь отдыхать, хотя хотели бы прогуляться. Пациентов с болезнью Крона можно понять, если представить себе жизнь с постоянным «расстройством желудка». Обострение часто возникает внезапно. На фоне относительно хорошего самочувствия начинается понос, из-за которого Вы не можете спать ночью и с трудом добираетесь до работы. Даже обычный поход в магазин превращается в пытку, если Вам надо ходить в туалет несколько раз в день. Поход в кинотеатр или театр

тоже становится проблемой, потому что у Вас в любой момент может возникнуть кишечный дискомфорт. У пациентов с активным образом жизни при тяжелом течении заболевания быстро наступает утомление, и они уже не могут наслаждаться физическими нагрузками. Другой пример — езда в транспорте, когда проблемы со стулом ведут к постоянной тревоге и беспокойству.

Тяжесть заболевания характеризуется выраженностью симптомов. О ней также можно судить по изменениям в анализах крови, по истории болезни пациента, в которой имеются указания на перенесенные в прошлом хирургические вмешательства или протяженность удаленного сегмента кишки, а также предыдущий ответ на терапию или отсутствие этого ответа. Таким образом, если у Вас отсутствует эффект на различные виды лечения, то течение Вашего заболевания следует считать тяжелым.

Если болезнь мешает Вам жить, стоит ли говорить об этом доктору? Конечно стоит, несмотря на то, что зачастую врачи спрашивают лишь о симптомах болезни и редко кто из них интересуется Вашим психологическим состоянием и проблемами, с которыми Вы сталкиваетесь из-за болезни в повседневной жизни. Это имеет смысл обсудить с Вашим врачом, чтобы вместе подумать о возможности изменения терапии.

Вопросы, часто задаваемые пациентом и его близкими

- Как БК повлияет на мою способность заниматься профессиональной деятельностью, физическими упражнениями, путешествовать?
- Должен ли я изменить свою диету? Если да, то каким образом?
- Как будет БК влиять на беременность?
- Как другие люди будут реагировать на мою болезнь?
- Каковы для меня возможные варианты лечения?
- Каковы риски и преимущества различных вариантов лечения?
- Если мне назначат препарат N, какие побочные эффекты следует ожидать?
- Могу ли я избежать хирургического вмешательства?
- Какие другие методы лечения доступны?
- Могу ли я предотвратить обострение БК?
- Когда я должен обратиться к врачу?
- Что я могу сделать дома, чтобы лечить симптомы?

Вы и Ваш врач являются партнерами в поддержании Вашего здоровья. Установив продуктивные отношения с Вашим врачом, Вы получите лучшее понимание Вашего состояния и научитесь лучше управлять им.

Лечение болезни Крона

Лечение заболевания предполагает следующее:

- Рекомендации по изменению образа жизни;
- диетические рекомендации;
- медикаментозное лечение;
- оперативные вмешательства.

Следующие условия и состояния, которые врач учитывает при выборе лекарственной терапии:

Форма заболевания (воспалительная, стриктурирующая или свищевая);

- локализация и протяженность поражения;
- активность (тяжесть) болезни Крона;
- факторы плохого прогноза;
- наличие осложнений (стриктур, свищей, абсцессов);
- ответ на предыдущее лечение;
- переносимость лекарственных препаратов.

Следует еще раз подчеркнуть, что в настоящее время отсутствуют какие-либо медикаментозные и хирургические методы для излечения болезни Крона, тем не менее, несколько групп препаратов доказали свою эффективность и возможность контролировать заболевание.

Медикаментозное лечение активной болезни Крона

Перед началом медикаментозной терапии или до решения вопроса об ее изменении Вашим доктором должно быть подтверждено присутствие активного, обусловленного БК воспаления. С этой целью используются объективные маркёры, такие как С-реактивный белок, фекальный кальпротектин, данные эндоскопии и магнитно-резонансной энтерографии. Таким образом, план лечения БК должен учитывать активность болезни, локализацию и форму заболевания. Следуя рекомендациям по диагностике и лечению БК Европейской Организации по изучению болезни Крона и язвенного колита (ЕССО), я всегда подробно обсуждаю план лечения с пациентом, анализирую предыдущий его ответ на терапию, принимаю во внимание возникшие осложнения БК или наличие внекишечных проявлений, оцениваю баланс между пользой (эффективностью назначаемого препарата) и возможными побочными эффектами. Иногда, особенно в случаях тяжелого дебюта болезни, решение по поводу назначаемого лечения приходится принимать без полной информации о распространенности поражения, когда, например, невозможно в короткие сроки выполнить магнитно-резонансную энтерографию для оценки протяженности поражения тонкой кишки.

Болезнь Крона средней степени тяжести

Болезнь Крона средней степени тяжести, которая локализуется в самом дальнем отделе тонкой кишки и в начале толстой кишки, изначально следует лечить бudesонидом (Буденофальк®) или системными стероидами, такими как преднизолон или метилпреднизолон (Метипред®, Медрол®). Системные стероиды очень эффективны и менее дорогие, чем будесонид, но, как правило, приводят к большему числу побочных эффектов. В настоящее время доказано, что терапия стероидами не эффективна для поддержания ремиссии заболевания, поэтому Ваш врач должен стремиться свести к минимуму воздействие на Ваш организм кортикостероидов. В случае редких обострений БК (не чаще 1 раза в год), допустимо повторное назначение стероидов совместно с иммуносупрессорами.

Для лечения больных, не ответивших на стероиды, или в случае их непереносимости следует использовать анти-ФНО терапию (инфликсимаб — Ремикейд®, Фламмэгис®, адалимумаб — Хумира®, цертолизумаба пэгол — Симзия®). Пациентам, которые не отвечают на стероиды, а также анти-ФНО препараты, целесообразно назначение ведолизумаба (Энтивиио®). Можно успешно минимизировать терапию системными стероидами путем инициации анти-ФНО терапии на более раннем этапе БК. Больные БК со стероидозависимостью также получают наибольшую пользу от назначения анти-ФНО препаратов. Установлено, что у пациентов с ранней стадией заболевания (до развития осложнений), совместное назначение инфликсимаба и азатиоприна было более эффективным, чем одного инфликсимаба, в достижении и поддержании ремиссии.

Болезнь Крона тяжелой степени

Лечение болезни Крона тяжелой степени активности, локализующейся в самом дальнем отделе тонкой кишки и в начале толстой кишки, следует начинать системными стероидами, назначаемыми внутривенно или перорально (через рот). В случае обострения заболевания при отсутствии показаний к хирургическому лечению показано назначение анти-ФНО терапии (инфликсимаб — Ремикейд®, Фламмэгис®, адалимумаб — Хумира®, цертолизумаба пэгол — Симзия®). Некоторым пациентам с редкими обострениями заболевания (не чаще 1 раза в год) возможно повторное назначение системных стероидов и иммуносупрессоров.

В последние годы снижен порог для определения показаний к назначению анти-ФНО терапии у больных БК с плохим прогнозом заболевания (см. ниже), так как, согласно исследованиям, регулярная поддерживающая терапия препаратом анти-ФНО (инфликсимабом или адалимумабом) снижает риск хирургического вмешательства и госпитализации.

Пациентам, которые не отвечают на стероиды и анти-ФНО препараты, целесообразно назначение ведолизумаба (Энтивиио®). При отсутствии ответа на медикаментозную терапию лечащий врач и колопроктолог должны обсудить с пациентом и его близкими родственниками возможность хирургического лечения. При БК, расположенной в конце тонкой кишки и в начале толстой кишки, порог для хирургического вмешательства ниже, чем для иной локализации болезни, особенно в случае поражения тонкой кишки, когда распространенная или повторная резекция может привести к недостаточности питания.

Колит Крона

Диагноз тяжелой БК толстой кишки подтверждается проще и быстрее, чем БК тонкой кишки. Колит Крона необходимо лечить системными стероидами, например, преднизолоном. Хочу подчеркнуть абсолютную неэффективность обычного будесонида (Буденофальк®) для лечения колита Крона.

В случае обострения колита Крона следует назначить тиопурины, а также обсудить лечение анти-ФНО препаратом или ведолизумабом. Пациентам, не отвечающим на первый препарат анти-ФНО, целесообразно назначение ведолизумаба. Если пациент не отвечает или теряет ответ на терапию анти-ФНО препаратом или ведолизумабом, лечащий врач, как правило, обсуждает с ним и колопроктологом необходимость и возможность хирургического вмешательства. Я всегда рассматриваю и обсуждаю с больным возможность или целесообразность хирургического лечения, приглашая к обсуждению специалиста-колопроктолога при инициации или изменении иммуносупрессивной терапии.

Распространенная БК тонкой кишки

Дебют распространенной БК тонкой кишки (протяженность поражения более 100 см.) следует лечить системными стероидами. Необходимо также оценить целесообразность раннего начала анти-ФНО терапии, поскольку последствия постоянно сохраняющегося воспаления в тонкой кишке в виде недостаточности питания, формирования стриктур и обструкции встречаются чаще при распространенной, чем локализованной БК тонкой кишки. Таким образом, лечение системными стероидами в сочетании с ранним подключением иммуносупрессоров (тиопуринов или метотрексата) считается у этих пациентов вполне приемлемым. При обострении тяжелой БК тонкой кишки показано назначение анти-ФНО терапии.

Иммуносупрессивная терапия

Раннее назначение иммуносупрессоров и анти-ФНО препаратов представляется наиболее подходящим для пациентов с активной БК и признаками, указывающими на плохой исход заболевания — прогрессирование заболевания, потребность в госпитализациях и хирургическом лечении. Несколько исследований показали, что такими *неблагоприятными прогностическими фак-*

торами при установлении диагноза являются распространенное поражение (более 100 см. тонкой кишки), молодой возраст пациента (младше 40 лет), перианальные поражения, а также потребность в системных стероидах.

Считается, что лечение неосложненной БК одинаково эффективно всеми доступными на данный момент препаратами анти-ФНО. Кроме того, эти препараты имеют схожие побочные эффекты. Таким образом, выбор метода лечения зависит от доступности в том или ином регионе, пути введения лекарственного препарата (внутривенный или подкожный), предпочтений пациента и их стоимости.

В течение 12 недель после начала анти-ФНО терапии Ваш лечащий врач должен определить — имеется ли у Вас первичное отсутствие ответа на лечение анти-ФНО, так как в случае недостаточного ответа маловероятно, что в последующем будет наблюдаться хороший терапевтический эффект. Первичное отсутствие ответа может потребовать переключение больного на новый режим введения препарата (оптимизировать дозу), которое направлено на попытку добиться индукции ремиссии.

Следует учитывать существующий риск серьезных инфекций, если пациент лечится иммуносупрессивной терапией, в том числе препаратами анти-ФНО. Все иммуносупрессоры, включая системные стероиды, тиопурины, метотрексат и анти-ФНО препараты снижают активность и состоятельность иммунной системы и увеличивают риск возникновения различных инфекций, что в свою очередь может привести к серьезным и даже смертельным заболеваниям. Комбинированная терапия более чем одним иммуносупрессором значительно увеличивает риск инфекций. Поэтому пациентам по возможности следует избегать долгосрочной комбинированной иммуносупрессивной терапии. С другой стороны, было продемонстрировано, что сочетанная иммуносупрессивная терапия является более мощной и может потребоваться — особенно при тяжелых формах заболевания. Ваш врач должен взвесить ожидаемую пользу и риск побочных эффектов назначаемых Вам иммуносупрессоров.

Дополнительные методы лечения и альтернативные лекарственные препараты

Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника нередко используют дополнительные методы лечения (в дополнение к традиционным) и альтернативные препараты (вместо традиционных лекарственных препаратов). При большом их разнообразии отсутствуют научные доказательства того, что эти методы лечения и препараты действительно эффективны и безопасны, при том, что они могут быть дорогостоящими. Ваш врач должен поинтересоваться, используете ли Вы их, а также, если Вы очень интересуетесь возможностью попробовать их применить или отказаться от традиционных, он должен обсудить это с Вами, несмотря на то, что для него может оказаться сложным информировать Вас надлежащим образом, поскольку отсутствуют научные

доказательства об их эффективности или неэффективности. Консультируя пациентов относительно их желания отказа от традиционных медикаментозных препаратов в пользу, например, гомеопатии, йоги, лечения травами и т.д., я пытаюсь выяснить причину страхов и предубеждений у больного, объяснить преимущества доказанной эффективности традиционного лечения и поддержать согласие пациента готовностью тщательно контролировать возможные побочные эффекты назначаемых мною препаратов. Привлекая пациента к участию в выборе того или иного лечебного подхода, стараюсь вместе с ним взвесить и соотнести пользу и возможные риски традиционных лекарственных средств.

Несмотря на отсутствие научных доказательств, не следует исключать потенциальную пользу энтеральных питательных смесей, например, «Модулен», поскольку пациенты с БК часто страдают от недоедания.

Поддержание ремиссии

Если у Вас исчезли симптомы, т.е. достигнута ремиссия с помощью системных стероидов, скорее всего, потребуется поддерживающая терапия тиопуринами (азатиоприн или меркаптопурин) или метотрексатом. Однако некоторые пациенты после первого обострения могут оставаться в ремиссии без какого-либо лечения и для них может быть вариантом отсутствие поддерживающей терапии. Стероиды (включая будесонид) не следует использовать для поддержания ремиссии, так как они вызывают недопустимые побочные эффекты, особенно остеопороз (т.е. потерю костной массы) с последующими переломами, а также катаракту, глаукому и — самое главное, — не эффективны в поддержании ремиссии. Имеются ограниченные доказательства того, что месалазин является эффективным для поддержания медикаментозно индуцированной ремиссии. В связи с высоким риском рецидива БК и формирования стероидозависимости, а также большей вероятностью успеха при раннем начале, в том случае, если ремиссия была достигнута системными стероидами, препаратом выбора является азатиоприн. У пациентов с непереносимостью азатиоприна можно попробовать назначить меркаптопурин, за исключением случаев лекарственного панкреатита или цитопении (т.е. уменьшения количества клеток крови). У пациентов с непереносимостью тиопуринов может также использоваться метотрексат.

Если у Вас подтверждено обострение БК, несмотря на терапию иммуносупрессорами или их отмену в связи с непереносимостью, Ваш врач должен рассмотреть повышение (усиление) поддерживающей терапии, чтобы остановить прогрессирование болезни. При этом всегда следует рассматривать возможность хирургического лечения у пациента с локализованным заболеванием.

Поддержание ремиссии протяженной болезни Крона

Если у Вас протяженная БК, то для остановки прогрессирования болезни рекомендуются тиопурины (азатиоприн, меркаптопурин). В случае определения Вашим врачом агрессивного, тяжелого течения болезни или наличия у Вас факторов плохого прогноза при установлении диагноза, следует как можно раньше рассматривать терапию препаратами анти-ФНО.

Стероидозависимая БК

Стероидозависимая БК характеризуется потребностью больного в лечении стероидами с тем, чтобы оставаться без симптомов (т.е. в стадии ремиссии). Если пациент не получал терапию иммуносупрессорами, то препараты данной группы (азатиоприн / меркаптопурин, метотрексат) эффективны при стероидозависимой БК. Альтернативой для некоторых пациентов с локализованным заболеванием является резекция подвздошной кишки. Очень эффективным лечебным подходом для устранения потребности в стероидах является раннее использование анти-ФНО препаратов. В настоящее время установлено, что у пациентов на ранней стадии заболевания комбинированное лечение инфликсимабом и азатиоприном является более эффективным, чем только инфликсимабом для поддержания ремиссии без стероидов. Также для больных со стероидозависимостью может быть использован ведолизумаб.

Неэффективная поддерживающая терапия тиопуринами: тиопурин-рефрактерная БК

Если Вы получали азатиоприн или меркаптопурин и у Вас возникло обострение, врач должен оценить, насколько Вы привержены установленному ранее плану лечения и соблюдаете ли все врачебные предписания. Кроме того, ему следует провести поиск объективных признаков воспаления (прежде всего лабораторных, эндоскопических). Если у Вас обострение заболевания возникло на стандартной дозе тиопуринов, то возможно повышение Вашей индивидуальной дозы препарата до снижения лейкоцитов или увеличения до необходимого уровня 6-TGN (6-тиогуанин-нуклеотида — метаболита тиопуринов, который измеряют в крови). Доказано, что оптимизация дозы тиопуринов повышает процент ответивших. Если же доза тиопуринов подобрана правильно, то лечение должно быть изменено назначением метотрексата или анти-ФНО препарата, или ведолизумаба. При локализованной болезни всегда следует рассматривать вариант хирургического лечения.

Продолжение поддерживающей терапии

Если у прежде не леченного пациента ремиссия достигнута (т.е. он стал бессимптомным) на фоне комбинации анти-ФНО препарата и тиопуринов, то в качестве поддерживающей терапии рекомендуется та же комбинированная терапия. Одним из вариантов поддерживающего лечения для некоторых

пациентов может стать назначение только тиопуринов. Если ремиссия достигнута назначением только анти-ФНО препарата, то он может быть продолжен в рамках поддерживающей терапии. Если ремиссия была достигнута ведолизумабом, то данный препарат может быть продолжен для ее поддержания.

Длительность поддерживающей терапии

Болезнь Крона — пожизненное заболевание, протекающее с чередованием эпизодов ремиссии, которые сменяются периодами обострений с различной степенью активности. Целью терапии является достижение и поддержание длительной ремиссии. Отсутствует общее соглашение относительно того, что подразумевается под длительной ремиссией, и в целом существуют лишь ограниченные данные, чтобы можно было дать рекомендации, когда следует прекратить или изменить лечение, поскольку большинство контролируемых клинических исследований не наблюдают пациентов дольше, чем 1-3 года.

Если Вы остаетесь в длительной ремиссии, получая поддерживающую терапию тиопуринами, Вашим врачом может быть рассмотрена возможность прекращения лечения, но только в том случае, если у Вас отсутствуют признаки воспаления, что подтверждается исследованием лабораторных маркеров, эндоскопией, данными визуализации. В исследовании было показано, что у пациентов, принимавших азатиоприн в течение более трех с половиной лет и прекративших прием препарата, через 18 месяцев после отмены увеличивался риск рецидива по сравнению с теми, кто продолжал его принимать (обострение заболевания возникло у 21% и 8% соответственно). Продолжение наблюдения показало, что среди тех, кто прекратил прием азатиоприна, обострение через 3 года наблюдалось у 53%, а через 5 лет — у 63%. К счастью, из 23 больных, которые возобновили прием азатиоприна, все, за исключением одного, восстановили состояние ремиссии (т.е. 95,7%).

Отсутствуют какие-либо рекомендации по продолжительности лечения метотрексатом.

При необходимости рассматривается длительное использование препаратов анти-ФНО, которые способны изменить естественное течение болезни.

Потеря ответа на анти-ФНО терапию

Если Вы более не отвечаете на лечение анти-ФНО, Ваш врач должен сначала попытаться оптимизировать дозу препарата. Одинаково хорошими стратегиями являются увеличение дозы препарата или сокращение интервала между его введением. Помочь специалисту принять решение относительно оптимизации лечения может измерение уровня анти-ФНО препарата в крови перед введением очередной дозы, а также определение антител к препарату, если это возможно. Если уровень препарата анти-ФНО достаточный или неэффективна оптимизация дозы, то рекомендуется переключение на другой препарат анти-ФНО или ведолизумаб.

Иммуносупрессивная терапия и риск неоплазии

Пациенты, принимающие тиопурины, могут иметь повышенный риск развития лимфомы, рака кожи и дисплазии шейки матки.

Несмотря на неоднократно доказанную эффективность азатиоприна, лечение этим препаратом связано с небольшим увеличением риска неходжкинской лимфомы — тяжелым типом рака иммунной системы, поэтому врач обязательно должен оценить соотношение пользы и риска использования тирпуринов. Тем не менее, исследование анализа рисков (в том числе рака) и преимуществ (включая исчезновение симптомов) азатиоприна показало, что преимущества намного превосходят риски даже в том случае, когда риск неходжкинской лимфомы был завышен специально. Это особенно относится к молодым людям, которые изначально имеют низкую частоту развития лимфомы.

Лечение препаратами анти-ФНО сопряжено с риском развития рака кожи, поэтому пациентам следует избегать длительного пребывания на солнце. На данный момент неизвестно, увеличится ли риск лимфопролиферативных заболеваний и солидных опухолей у пациентов, которые получают терапию только анти-ФНО препаратами, но комбинированная терапия анти-ФНО препаратами и тиопуринами повышает риск лимфопролиферативных расстройств. Из этого следует, что риски всегда должны быть тщательно сбалансированы с преимуществами лечения, что должно обсуждаться Вашим врачом вместе с Вами.

Таким образом, является обязательным тщательное ведение в ходе наблюдения всех пациентов, получающих эти виды лечения.

Хирургическое лечение БК

Обструктивная илеоцекальная БК.

Если Ваша БК локализуется в самом конце тонкой кишки и / или в начале толстой кишки, и у Вас есть симптомы непроходимости, но отсутствуют объективные доказательства активного воспаления (например, нормальный уровень СРБ), а также отсутствует ответ на системные стероиды, то предпочтительным вариантом будет хирургическое лечение. Однако, если у Вас была предыдущая илеоцекальная резекция и сформировался стеноз анастомоза (т.е. сужение в месте соединения резецированных краев кишки), то Ваш лечащий врач совместно с эндоскопистом и хирургом будут обсуждать в качестве возможного лечения эндоскопическую дилатацию (т.е. растяжение стриктуры с помощью специальных баллонов, вводимых эндоскопически), прежде чем перейти к выполнению резекции кишечника.

Абсцесс брюшной полости.

Активная БК тонкой кишки может сопровождаться формированием абсцесса в брюшной полости. Вначале лечение абсцесса проводится с использованием антибиотиков, дренирования путем хирургического вмешательства или пункцией с помощью шприца. При необходимости оно может сопровождаться

резекцией сегмента кишки после заживления абсцесса. Существуют разные мнения о том, следует ли всегда после дренирования абсцесса проводить резекцию кишки.

Прогностические факторы риска первой или последующей операции при БК

Факторы, присутствующие при установлении диагноза и увеличивающие риск хирургического вмешательства, включают курение, свищевую или стриктурирующую форму БК, потребность в использовании системных стероидов, подвздошную локализацию болезни, молодой возраст больного.

Несколько исследований искали потенциальные факторы риска развития рецидива после операции по поводу БК. В большинстве исследований было показано, что курение, предшествовавшие операции на кишечнике (в том числе аппендэктомии), пенетрирующая форма болезни, перианальная БК и обширная резекция тонкой кишки предсказывают ранний послеоперационный рецидив. Не известно, влияют ли на риск послеоперационного рецидива такие факторы, как возраст начала заболевания, пол больного, длительность заболевания, состояние краев резекции или тип операции. Пока не разработана ни одна балльная система оценки, которая относилась бы пациентов к низкой, средней или высокой категории риска, хотя это было бы весьма полезно. В свою очередь, поддерживающая медикаментозная терапия в ходе многочисленных исследований доказала свою эффективность в профилактике послеоперационного рецидива БК.

Медикаментозное лечение, редуцирующее риск хирургического вмешательства

Было показано, что пациенты, которым рано назначается лечение тиопуринами, имеют меньше шансов хирургического вмешательства. Риск хирургического вмешательства также снижается лечением препаратами анти-ФНО. И тиопурины, и препараты анти-ФНО относят к терапии, модифицирующей течение БК.

Наблюдение после хирургического лечения

Колоноскопия является лучшим методом для диагностики рецидива заболевания после операции. Рецидив может быть обнаружен с помощью колоноскопии и биопсии в течение от нескольких недель до нескольких месяцев после операции. Колоноскопия помогает определить, есть ли рецидив болезни, насколько он тяжелый и предсказать его клиническое течение, т.е. тяжесть симптомов. Показано, что рецидив, как правило, обнаруживается при колоноскопии до того, как у пациента появляются симптомы. Это исследование должно быть сделано в течение первого года после операции, когда решение о назначении лечения может повлиять на течение послеоперационного рецидива. Если эндоскопический рецидив является тяжелым, то лечение должно быть уси-

лено, чтобы предотвратить развитие ранних послеоперационных осложнений, таких как абсцесс или обструкция.

Есть новые, менее инвазивные методы диагностики, которые помогают в верификации рецидива заболевания после операции. Эти методы включают исследование фекального кальпротектина, УЗИ брюшной полости, МР-энтерографию с контрастом и капсульную эндоскопию тонкой кишки.

Визуализирующие методы исследования (УЗИ, МР и КТ) в настоящее время оцениваются в качестве независимых методов диагностики послеоперационного рецидива. Капсульная эндоскопия тонкой кишки выполняется через 6 или 12 месяцев после операции и, по-видимому, ее точность аналогична колоноскопии в диагностике послеоперационного рецидива. Тем не менее, не было изучено, способны ли МР-, КТ-энтерография или капсульная эндоскопия тонкой кишки диагностировать рецидив в подвздошной или тощей кишке.

Профилактика последующего оперативного вмешательства после подвздошно-толстокишечной резекции

Всех пациентов с БК я информирую о рисках, связанных с курением, всячески поощряя и поддерживая отказ от вредной привычки. В частности, курение является одним из самых значимых факторов риска развития послеоперационного рецидива и потребности в повторной резекции при болезни Крона.

Пациентам, которые имеют хотя бы один фактор риска рецидива заболевания, после подвздошно-толстокишечной резекции (т.е. удаления конца тонкой кишки и начального сегмента толстой кишки) рекомендуется профилактическое лечение. Лучшим профилактическим лечением является назначение тиопуринов или анти-ФНО препаратов. Антибиотики эффективны после подвздошно-толстокишечной резекции, но они не так хорошо переносятся. Месалазин с рН-независимым высвобождением 5-АСК (Пентаса®) в больших дозах является вариантом для пациентов, которым был удален только конец тонкой кишки.

Ведение пациентов с перианальной свищевой БК

Диагностические стратегии.

Лучшим начальным методом оценки перианальных свищей при БК является МРТ малого таза, поскольку его точность составляет 76-100%. При невозможности выполнить данное исследование своевременно как можно скорее должно быть проведено обследование под наркозом с дренированием абсцесса или свищей, чтобы избежать гнойных осложнений при не дренированной инфекции. Диагностическая точность обследования под наркозом составляет 90%, дополнительно оно позволяет хирургу осушить абсцесс во время процедуры.

Если исключается стриктура (т.е. сужение) прямой кишки, хорошим вариантом является эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУИ) прямой кишки. Оба метода (МРТ и ЭУИ) являются более точными, если сочетаются с исследованием под наркозом, которое проводит специалист-колопроктолог.

Если свищ обнаружен в анальной области, лучшим методом является исследование под наркозом, выполненное опытным хирургом.

Хирургическое лечение несложного периаанального свища.

В случае несложного низкого анального свища обсуждается его простое иссечение, т.е. хирургическое открытие свищевого тракта. Тем не менее, рассечение свища следует проводить очень избирательно из-за возможного осложнения, вызванного этим вмешательством — недержания кала.

Должно быть исключено наличие абсцесса (т.е. скопления гноя) в области анального отверстия. Если же оно присутствует, то должно быть дренировано и адекватно пролечено, так как невылеченные абсцессы могут иметь пагубные последствия для тканей, окружающих периаанальную стриктуру, в том числе для мышц, которые контролируют моторику кишки.

Медикаментозное лечение простых периаанальных свищей.

Если простой периаанальный свищ (т.е. один свищевой тракт) не является причиной симптомов, то нет необходимости что-нибудь предпринимать. Однако он требует лечения если является причиной сохраняющихся у Вас периаанальных симптомов. Предпочтительным лечебным подходом является комбинация хирургических методов — дренирование абсцесса, размещение сетона (то есть шелковой или латексной нити) — с антибиотиками (метронидазолом и / или ципрофлоксацином). Если свищевая периаанальная БК приводит к рецидивам простого свища и не отвечает на лечение антибиотиками, то в качестве второй линии терапии могут быть использованы тиопурины или анти-ФНО препараты. Обобщенные результаты пяти исследований показали, что тиопурины эффективны для закрытия свищей и последующего удержания их закрытыми. Кроме того, исследования показали, что инфликсимаб был эффективным для закрытия свищей, сохраняя их закрытыми, а впоследствии уменьшал потребность в госпитализации и хирургическом лечении.

Ведение сложных периаанальных свищей.

Если свищевая БК в анальной области является причиной сложного свища (т.е. с несколькими трактами), то после хирургического дренирования свища и при наличии показаний в качестве терапии первой линии могут быть использованы инфликсимаб или адалимумаб. Совместное лечение ципрофлоксацином и анти-ФНО препаратами улучшает краткосрочные результаты. Кроме того, для улучшения эффекта лечения сложных свищей при периаанальной БК анти-ФНО препаратами может быть рассмотрена комбинация анти-ФНО препаратов с тиопуринами.

Поддерживающая терапия при периаанальной свищевой БК.

Тиопурины, инфликсимаб или адалимумаб, а также сетоновый дренаж (с использованием шелковой или латексной нити) следует использовать в качестве поддерживающего лечения.

Отсутствуют данные об эффективности тиопуринов в качестве поддерживающей терапии свищей после индукции ремиссии инфликсимабом. Было

показано, что только поддерживающая терапия инфликсимабом уменьшает число госпитализаций и хирургических вмешательств. Адалimumаб эффективен в удержании свищей закрытыми, но неизвестна его способность уменьшать число госпитализаций и хирургических вмешательств. В целом, более 90% гастроэнтерологов согласны с тем, что поддерживающая терапия после успешного прекращения дренажа из свища является обязательной. Предпочтительными являются тиопурины или анти-ФНО препараты, и их следует использовать в течение, по крайней мере, одного года.

Внекишечные проявления

Внекишечные проявления (ВКП) — симптомы, связанные с БК, но возникающие из-за поражения других органов и систем.

Проблемы с суставами.

Диагностика заболеваний суставов, связанных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), осуществляется на основе клинических данных, которые основаны на типичных симптомах и исключении других специфических форм артрита. Ваш врач может рекомендовать Вам консультацию специалиста-ревматолога.

Существуют два основных типа поражения суставов, связанных с ВЗК, это осевая и периферическая артропатии. Периферический артрит, в свою очередь, имеет два типа. Тип I встречается у 4–17% пациентов с БК, поражает крупные суставы (например, коленные, локтевые, плечевые) и совпадает по времени с воспалением в кишечнике. Тип II встречается реже, лишь у 2,5% больных с БК, поражает мелкие суставы (например, суставы кистей рук).

Диагноз артрита ставится при осмотре болезненных, опухших суставов, при исключении других причин, которые включают остеоартрит, ревматоидный артрит и артрит, связанный с заболеваниями соединительной ткани (например, волчанкой). Кроме того, Ваш врач должен исключить причины артралгии (т.е. боли в суставах), которые могут быть обусловлены лечением, например, вызванные назначением или отменой системных стероидов, остеонекрозом (т.е. снижением притока крови к суставам), а также инфликсимаб-индуцированной волчанкой.

Осевая артропатия включает сакроилеит, который встречается у 25–50% больных БК, и спондилит, частота встречаемости которого составляет 4–10%. Анкилозирующий спондилит характеризуется хронической болью в спине, утренней скованностью, ограниченной возможностью сгибания позвоночника, а на более поздних стадиях — снижением подвижности грудной клетки. Золотым стандартом диагностики анкилозирующего спондилита является МРТ, так как данное исследование может обнаружить воспаление на начальной стадии, до возникновения повреждения кости.

Все рекомендации по лечению артропатии (заболеваний суставов), связанной с БК, основаны на исследованиях по спондилоартропатиям (заболеваниям суставов), преимущественно анкилозирующему спондилоартриту (артриту в позвоночнике). Не было выполнено ни одного хорошо спланированного исследования в области ВЗК, поэтому рекомендации по лечению поражения суставов у этих больных основываются на данных исследований по другим заболеваниям.

Периферический артрит чаще поражает крупные суставы конечностей и его лечение проводится с использованием коротких курсов НПВС и местными инъекциями стероидов. Акцент должен быть сделан на лечении основного заболевания — болезни Крона, т.к. назначение системных стероидов, иммуносупрессоров и анти-ФНО препаратов, как правило, устраняет проявления со стороны суставов. Если же базисная терапия БК не облегчает боль в суставах, то Вам может быть назначен короткий курс НПВС. Несмотря на то, что потенциально НПВС могут усугубить проявления болезни Крона, этот риск представляется низким. Более безопасным с точки зрения риска обострения БК по сравнению с обычными НПВС считается применение ингибиторов ЦОГ-2, например, эторикоксиба и цефекоксиба. Для лечения стойкого периферического артрита с поражением крупных суставов специалисты нередко используют сульфасалазин. Наконец, лечение инфликсимабом может оказать очень благоприятный эффект на периферический артрит.

Осевой артрит вызывает боль и скованность в суставах поясницы. Рекомендуются интенсивная физиотерапия и непродолжительные курсы НПВС. Вашим врачом может быть поставлен вопрос о местных инъекциях кортикостероидов. Сульфасалазин, метотрексат и азатиоприн не эффективны для анкилозирующего спондилоартрита с аксиальными симптомами. Пациентам с активным анкилозирующим спондилитом, у которых имеется плохая переносимость, либо отсутствие ответа на НПВС, рекомендованы препараты анти-ФНО. Оба препарата (адалимумаб и инфликсимаб) оказались достаточно безопасными и эффективными для лечения анкилозирующего спондилоартрита.

Заболевания костей.

Пациенты, принимающие системные стероиды, или те, у которых имеется пониженная плотность костной ткани, должны получать препараты кальция в дозе 500–1000 мг/сут. и витамин D 800-1000 МЕ/сут., которые повышают плотность костной ткани у пациентов с ВЗК, хотя не изучена их способность предотвращать переломы у этой категории больных. Следует не забывать, что полезными являются мышечные силовые тренировки и отказ от курения. Пациентов с переломами следует лечить бисфосфонатами, но их эффективность в отношении профилактики переломов не доказана. В целом, у отдельных пациентов с низкой плотностью костной ткани и дополнительными факторами риска переломов, следует рассматривать лечение этой группой препаратов. Из-за риска побочных эффектов женщинам с БК в постменопаузе не рекомен-

дуются обычная гормонозаместительная терапия. Мужчинам с низким уровнем тестостерона может быть полезно его назначение медикаментозно.

Хочу еще раз подчеркнуть, что больных с хроническим активным заболеванием следует лечить иммуносупрессорами, такими как азатиоприн, а также препаратами анти-ФНО, которые позволяют оставаться им в ремиссии без стероидов и уменьшить негативные последствия хронического воспаления на плотность их костей. Было показано, что многие пациенты с БК могут восстановить нормальную плотность костной ткани после трех лет стойкой ремиссии.

Кожные проявления.

Лечение узловой эритемы основывается на базисной терапии БК. Как правило, требуется назначение системных стероидов. Гангренозная пиодермия в первую очередь лечится системными стероидами, анти-ФНО препаратами или ингибиторами кальциневрина.

Нодозная эритема (то есть красные плотные, болезненные шишки на коже голени, бедер и предплечий) обычно легко заметна и встречается примерно у 5–10% больных БК, и, как правило, совпадает с активностью БК. Чаще диагноз может быть подтвержден без необходимости в биоптатах. При лечении основного заболевания необходимы оральные стероиды, и, если стероиды не работают или заболевание постоянно рецидивирует, азатиоприн и / или может быть добавлен инфликсимаб. Тем не менее, потребность в азатиоприне или инфликсимабе очень редка.

Гангренозная пиодермия (т.е. большие болезненные язвы на коже). Язвы могут возникать на любом участке тела, в том числе на гениталиях, но наиболее распространено их появление на голених и вблизи стомы. Вначале язвы обычно поверхностные, но со временем становятся глубже. Они могут появляться у 0,6%–2,1% пациентов и совпадать или вообще не зависеть от активности БК. Гангренозная пиодермия является диагнозом исключения. Это означает, что она диагностируется, если не были установлены другие причины язв. Биопсия может помочь исключить другие заболевания кожи. Быстрое достижение заживления изъязвлений должно быть целью лечения, так как это может оказаться изнурительной болезнью. Начальной терапией являются системные стероиды. В случае неэффективности могут потребоваться ингибиторы кальциневрина. В недавних исследованиях была продемонстрирована эффективность инфликсимаба. До сих пор не проводились сравнительные исследования эффективности лечения системными стероидами, кальциневрином или ингибиторами анти-ФНО. Следует избегать хирургических вмешательств, как и при других изъязвлениях кожи.

Тромбоэмболические осложнения.

По неизвестным причинам у пациентов с БК имеется повышенный риск образования сгустков крови в венах, которое называется венозной тромбоэмболией. Поскольку она может привести к осложнениям или даже смерти, у всех госпитализированных и амбулаторных пациентов с тяжелым течени-

ем заболевания важное значение придается профилактике и лечению тромбоза, т.е. образования сгустков крови. Такие сгустки крови должны быть диагностированы с помощью соответствующих методов визуализации, таких как ультразвук и флебография.

Лечение больных ВЗК при венозной тромбоземболии (т.е. блокировании вены сгустком крови) должно следовать рекомендуемым общим схемам лечения тромбоза. Применение разжижающих кровь препаратов, так называемых антикоагулянтов, должно использоваться не только для профилактики, но и для лечения тромбов. Если у Вас возник второй эпизод тромбоза, то Ваш врач должен рассмотреть вопрос о длительной терапии антикоагулянтами. Показано, что у больных ВЗК риск развития осложнения в виде кровотечения на фоне применения препаратов для разжижения крови не превышает таковой у людей без ВЗК. Кроме того, Вы должны быть осторожны, предпринимая дальние путешествия, а также принимая пероральные контрацептивы, поскольку это дополнительно увеличивает риск образования тромбов и при определенных обстоятельствах Вам следует рассмотреть вопрос о профилактическом приеме антикоагулянтов.

Безусловно, на качество жизни пациента влияет профиль побочных эффектов препарата. Когда мы говорим об улучшении качества жизни, то говорим не только об уменьшении симптомов, но и о снижении побочных эффектов, которые могут появиться у больного в ходе длительного лечения. Если посмотреть на результаты анкетирования, то многие пациенты недовольны широко распространенными (традиционными) режимами (схемами) терапии. Особенно лечением преднизолоном! Согласно большому европейскому исследованию две трети пациентов были недовольны традиционными схемами лечения или в связи с недостаточной их эффективностью, или из-за побочных эффектов, которые они испытывали во время приёма системных стероидов.

До получения первой инфузии инфликсимаба (Ремикейда) пациентам проводятся следующие исследования: рентгенография грудной клетки, кожная проба Манту и анализ крови. Рентгенография грудной клетки и кожная проба Манту делаются для исключения скрытого туберкулеза. Анализ крови необходим для оценки общего состояния пациента и исключения заболевания печени. Если есть подозрение на активную инфекцию (например, абсцесс или сепсис), могут потребоваться другие исследования.

Хирургическое лечение

Хирургическое вмешательство с целью удаления пораженного сегмента тонкой или толстой кишки может уменьшить симптомы БК, но не излечить её. Воспаление имеет тенденцию возвращаться (рецидивировать) рядом с той областью кишки, которая была удалена. Кроме купирования симптомов болезни, многие пациенты с БК подвергаются оперативным вмешательствам с целью устранения её осложнений, например, по поводу симптомов кишеч-

ной непроходимости из-за обструкции (закупорки) кишки, перфорации стенки кишки, появления абсцесса или свища в брюшной полости, а также кишечного кровотечения. Используются несколько типов операций для лечения осложнений БК.

Резекция. Самый распространённый вид операции при БК — резекция, в ходе которой хирурги удаляют патологически изменённую часть кишки и затем соединяют два здоровых её конца (накладывают анастомоз). Поскольку БК может встречаться в более чем одном сегменте (участке) желудочно-кишечного тракта, хирурги, возможно, должны будут удалить более чем один его сегмент. Кроме того, резекции могут проводиться повторно, поскольку болезнь может рецидивировать в других сегментах кишки, особенно проксимальнее (выше) анастомоза.

Стриктуропластика. Хирурги используют стриктуропластику, чтобы восстановить проходимость суженного сегмента кишки (стриктуры), делая разрез вдоль стриктуры и закрывая его в противоположном направлении. Если наблюдается кишечная обструкция, хирурги также могут использовать более новый метод, называемый баллонной дилатацией, с тем, чтобы с помощью её расширить суженные сегменты кишки, не удаляя их. При баллонной дилатации тонкая гибкая трубка поступает в кишку с помощью эндоскопа. Трубка имеет небольшой баллон на конце. Когда баллон соприкасается с узким местом, его раздувают, расширяя суженную область.

Илеостомия. Илеостомия — формирование отверстия (стомы) в брюшной стенке для удаления через него отходов из организма. Отверстие обычно располагается в правой нижней части передней брюшной стенки. Мешочек для сбора отходов размещается на животе, и пациент освобождает его по мере наполнения. Большинство пациентов с колэктомией и илеостомией продолжают нормальную и активную жизнь.

По данным многочисленных публикаций примерно от 2/3 до 3/4 пациентов с БК в течение своей жизни нуждаются в хирургическом вмешательстве. Приблизительно 40–60% пациентов с локализацией БК в тонкой кишке ранее подвергались оперативным вмешательствам в течение первых 10 лет после постановки диагноза. Безусловно, пациентов очень тревожит данная статистика. Однако наблюдения, проводимые в течение последних десяти лет (с начала использования биологической терапии и, прежде всего, инфликсимаба), позволяют предположить возможность влияния современной анти-ФНО терапии на естественное течение болезни со значительным снижением риска развития осложнений, требующих оперативных вмешательств. Хирургическое лечение не является теперь неизбежным для каждого пациента! Поскольку БК часто рецидивирует после операции (особенно без адекватной терапии), Ваш врач вместе с колопроктологом, принимающие решение об оперативном вмешательстве, должны тщательно взвесить его пользу и риск по сравнению с другим возможным видом лечения. Вы должны получить максимально полную информацию от своего лечащего врача и колопроктолога.

Рекомендации по образу жизни

Могут ли пациенты с болезнью Крона вести обычную нормальную жизнь?

Даже при том, что Вы должны постоянно принимать лекарственные препараты, жизнь Ваша может быть вполне полноценной и продуктивной. Какие изменения (перемены) в образе жизни, возможно, потребуются пациенту с болезнью Крона, чтобы он чувствовал себя вполне здоровым? Существуют ли факторы, способствующие обострению болезни?

Доказаны два фактора, которые влияют на течение болезни Крона. Это курение и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), такие как индометацин, диклофенак, ибупрофен, напроксен и др., а также аспирин. Если Вы страдаете болезнью Крона, для Вас важным является в целом вести здоровый образ жизни, впрочем, как и для любого другого человека. Однако, я думаю, что для пациентов с болезнью Крона просто необходимо заботиться о себе. К сожалению, они часто этого не понимают.

Вредные привычки

Уже в течение долгого времени исследователи знали, что пациенты с БК, вероятнее всего, являются курильщиками, но тогда это ещё не являлось доказательством того, что курение вызывает болезнь Крона или ухудшает её течение. За последние годы увеличилась доказательная база и на сегодняшний день существует неопровержимое доказательство того, что курение и болезнь Крона абсолютно не совместимы!

Каковы эффекты курения на болезнь Крона?

У курильщиков существует большой риск развития абсцессов и / или свищей. Чем больше Вы курите, тем с большей вероятностью симптомы заболевания вернуться снова, и Вы будете нуждаться в более мощной иммуносупрессивной терапии, чтобы держать ситуацию под контролем, чем некурящие. Кроме того, курящие пациенты с болезнью Крона имеют большой риск хирургического вмешательства. Если Вы курите, риск операции повышается почти вдвое (73% против 39% в исследовании из Германии). У курящих больных также больше проблем после операций, чем у тех, кто не курит. Результаты десяти исследований, которые включали более чем 1300 пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу БК, и сравнивавших тех пациентов, которые курили, с некурящими, показали повышение риска рецидива болезни Крона у курильщиков по меньшей мере в два-три и даже в шесть раз. Исследование 408 пациентов с БК в возрасте от 24 до 44 лет, ученые из университета Эдинбурга пришли к выводу, что локализация болезни в тонкой кишке наблюдалась чаще у курильщиков, чем у куривших в прошлом и некурящих. И наоборот, локализация болезни в толстой кишке была чаще у экс-курильщиков и некурящих, чем у курильщиков. При тонкокишечной локализации болезни чаще возникают свищи, обструкция и абсцессы, которые требуют хирургического лечения.

Когда Вы курите, Вы подвергаете риску не только себя. Риск развития бо-

лезни Крона увеличивается у ребенка, подвергнутого воздействию пассивного курения. То же самое касается детей, матери которых курят во время беременности и родов. У детей пациентов с болезнью Крона и курильщиков риск заболеть болезнью Крона повышается в три раза.

Пожалуйста, поймите, что если Вы страдаете болезнью Крона и курите:

- Ваша болезнь Крона будет тяжелее отвечать на лечение;
- у Вас с большей вероятностью разовьется абсцесс или свищ;
- Вы с большей вероятностью будете нуждаться в мощных иммуносупрессивных препаратах;
- будучи в ремиссии, Ваша болезнь Крона с большей вероятностью обострится; это негативное влияние курения в большей степени касается женщин, чем мужчин, но присутствует у обоих полов;
- скорее всего, Вам потребуется хирургическое вмешательство;
- после операции вероятность рецидива заболевания у Вас повышается;
- с большей вероятностью Вы будете нуждаться в повторных операциях;
- с большей вероятностью у Ваших детей разовьется болезнь Крона (даже если они не будут курить).

Практический совет: только не курите!

Это нелегко — бросить курить, но это стоит того! Это то, что помимо лекарственных препаратов, пациенты с болезнью Крона могут включить в свое лечение.

Если Вы курите, то хорошей новостью для Вас будет то, что отказ от курения является столь же полезным, как приём лекарств с целью профилактики обострения болезни, например, поддерживающая терапия азатиоприном. У бросивших курить на 65% ниже риск обострения заболевания, чем у продолжающих курить. Ещё раз подчеркну — если Вы бросаете курить, польза является столь же большой, как будто Вы получаете препараты для поддержания ремиссии болезни. Говоря иначе, Вы с меньшей вероятностью будете нуждаться в кортикостероидах или других иммуносупрессивных препаратах, если бросите курить.

Другие факторы

Как уже указывалось выше, обострение болезни Крона могут вызвать препараты, которые относятся к группе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Обычно меня интересует — принимал ли пациент что-нибудь от боли, что могло повлиять на симптомы болезни Крона. Врач должен предупредить пациента о необходимости использовать безопасные обезболивающие препараты, такие как парацетамол, катадолон, залдиар.

Нужно помнить, что к усилению кишечных симптомов может привести вирусная инфекция (простуда), которая у пациента с болезнью Крона может активизировать иммунную систему и спровоцировать обострение воспалительного процесса в кишечнике.

Что касается употребления алкоголя, то здесь важна сдержанность. Если у пациента хорошее самочувствие, я не против, если он иногда выпивает 50–60 г. качественного алкогольного напитка. Если у кого-то плохое самочувствие (обострение заболевания), я советую избегать им употребления алкоголя до тех пор, пока не наступит ремиссия.

Даже при полном отсутствии симптомов заболевания важно, чтобы Вы продолжали обращаться к своему лечащему врачу или специалисту, потому что отдаленные исходы заболевания могут быть серьёзными. Возможно, у отдельных пациентов с колитом Крона существует несколько больший риск развития рака ободочной кишки. Факторы, которые вероятно играют роль в появлении колоректального рака у пациентов с болезнью Крона, включают молодой возраст в начале заболевания, 8–10 лет активной болезни, наличие стриктуры и первичного склерозирующего холангита (как внекишечного проявления заболевания). Нет каких-либо рекомендаций по скринингу для длительного течения колита Крона, каковые имеются для язвенного колита (колоноскопия спустя каждый 1 или 2 года после 8–10 лет течения болезни). Однако врачи могут рекомендовать при этом колоноскопию каждые 2–3 года после 8–10 лет и каждые 1–2 года после 20-летнего периода болезни Крона. Фиброколоноскопия проводится со взятием множественных биопсий по всей ободочной кишке, которые позволяют врачам-патологам обнаружить предраковые изменения.

Физическая активность

В отношении физической активности (физических упражнений, тренировок), я полагаю, что большинство пациентов с болезнью Крона при хорошем самочувствии не должны отказывать себе в этом! Они очень полезны для здоровья. Кроме того, они также помогают психологическому состоянию. Я предпочитаю, чтобы мои пациенты тренировались. Безусловно, когда наступает обострение заболевания, и у них ухудшается самочувствие, они, возможно, испытывают нехватку сил, повышенную утомляемость и занятия спортом в этом случае могут стать неуместным. Но когда мои пациенты чувствуют себя хорошо, я действительно поощряю их к тренировкам.

Если Вы не можете заниматься в спортзале (спортклубе), постарайтесь просто пройтись, т.к. физическая активность не только оптимизирует состояние Вашего организма, улучшает осанку, но и помогает лучшему продвижению содержимого через Ваш желудочно-кишечный тракт.

Диета и нутриционная поддержка (дополнительное питание)

Не была доказана эффективность какой-либо конкретной диеты в лечении болезни Крона, хотя некоторые пациенты отмечают, что их симптомы становятся хуже после определенных пищевых продуктов. Некоторые пациенты стараются избегать употребления алкоголя, молока, горячих специй, пищевых волокон или цельных зёрен, которые могут усилить понос и спастические боли

в животе. При этом другие считают, что эти продукты не вызывают появления у них каких-либо жалоб.

Нет диетических триггеров, которые являются общими. Есть вещи, которые все мы можем съесть, и при этом они будут способствовать большему, чем обычно, объему стула. Питье большого количества кофе увеличивает моторику кишки. Например, большая кружка кофе может усилить симптомы. Она не увеличивает воспаление, но может заставить пациента посещать туалет чаще из-за повышенной моторики кишечника, стимулированной кофеином. Продукты питания, в которых содержится много сахара, также могут усилить диарею, т.к. он, подобно магнию, способствует выходу воды в просвет кишки. Если Вы посмотрите на ингредиенты большинства наших фруктовых (и безалкогольных) напитков, то увидите, что они содержат огромное количество сахара!

Большинству людей во всём мире хочется питаться продуктами с высоким содержанием пищевых волокон, которые оптимизируют работу кишечника. Но у пациентов с болезнью Крона, имеющих склонность к поносу, употребление большого количества грубоволокнистой пищи фактически приведёт к учащению стула. И наконец, у некоторых пациентов с болезнью Крона может постепенно сформироваться стриктура (сужение кишки). Вы можете абсолютно хорошо себя чувствовать, пока не съедаете что-то, что не может пройти через этот узкий проход, например, кукурузу, бобовые, орехи, семечки, которые очень плохо перевариваются и могут задержаться в месте сужения, если Вы съедаете их достаточно много. Неочищенные яблоки, вишня, другие фрукты и ягоды также могут застрять. При этом возникают сильные боли, может появиться рвота и появление признаков кишечной непроходимости. Я думаю, что существуют некоторые диетические ограничения в зависимости от локализации и тяжести болезни Крона.

Какие-либо общие руководства по питанию для пациентов с болезнью Крона отсутствуют. Безусловно, подбор комфортной для Вас диеты потребует некоторого экспериментирования с Вашей стороны, поскольку этот процесс является достаточно индивидуальным. Если Вы замечаете особые компоненты в Вашем рационе, которые приводят к появлению у Вас проблем, тогда лучше всего полностью избегать их или уменьшить их количество во время обострения.

Однако диета пациентов с болезнью Крона должна быть здоровой и сбалансированной. Поэтому в связи с тем, что поступление многих питательных веществ в достаточном количестве из одного только рациона при болезни Крона может быть недостаточным, а в свою очередь, всасывание их может быть ограничено воспалением стенки кишки, может быть рекомендовано дополнительное питание. Потребность в питательных веществах, макро-, микроэлементах и витаминах зависит от возраста, пола, физической активности и влияния болезни на организм. Поэтому использование любого дополнительного питания должно быть рекомендовано или назначено Вашим врачом.

Пациентов волнует проблема потери массы тела и вопросы, связанные с её быстрым восстановлением. Необходимо подчеркнуть, что увеличение массы тела — это не быстрый внезапный эффект. Прежде всего, нужно убедиться в адекватности Вашей терапии и сбалансированности Вашего рациона. Для начала нужно убедиться в том, что Ваш вес стабилизировался прежде, чем Вы попытаетесь начать его набирать. Не следует делать это быстро. Прибавление в весе очень важно, но этот процесс должен быть постепенным. Если Вы не в состоянии увеличить массу тела при адекватном поступлении калорий, то Вы должны вновь обратиться к врачу. Необходимо подумать о том, что возможно, у Вас сформировалась стриктура тонкой кишки, или существуют другие проблемы с тонкой кишкой, которые препятствуют всасыванию питательных веществ. Либо же у Вас активное заболевание, для которого необходимо более интенсивное лечение. Доктор может рекомендовать специальное дополнительное питание детям, у которых наблюдается задержка роста и развития.

Питательная смесь — пищевые продукты или их компоненты, предварительно обработанные для обеспечения высокой усвояемости в системе пищеварения. Для больных с болезнью Крона оптимальной смесью для питания является «Модулен» — сухая полноценная сбалансированная смесь на основе казеина, содержащая естественные противовоспалительные факторы роста. Не содержит лактозу и глютен. Смесь подходит для пациентов старше 5 лет. Может использоваться в качестве основного или единственного питания при обострении болезни Крона или как дополнительное питание в любом периоде заболевания. Часто пациентам со свищевой формой болезни Крона необходима жидкая пища. В этом случае также оптимальным питанием будут энтеральные смеси.

При необходимости некоторые пациенты, возможно, должны будут в течение определенного времени питаться внутривенно (парентерально) через небольшую иглу, установленную в вену. Это поможет пациентам, которые временно нуждаются в дополнительном питании, тем, которым необходим отдых кишке или тем, у которых кишка не может абсорбировать достаточно питательных веществ из рациона.

Стресс

В прошлом считалось, что болезнь Крона психосоматическая проблема, и у каждого больного с этим заболеванием была «проблема в его голове». Несмотря на прогресс в понимании механизмов развития воспалительных заболеваний кишечника и признание того, что стресс не является причинным фактором в возникновении болезни Крона, прежние давнишние исследования проникли в сознание населения, и многие люди продолжают все еще верить существованию связи между воспалительными заболеваниями кишечника и стрессом. Иногда члены семьи пациента считают его самого виноватым в заболевании из-за очень высокой подверженности его стрессу. Конечно, это неправильное мнение. Есть многое, что мы не в состоянии контролировать. Отсутствует какой-либо опре-

делённый тип человека, который с большей вероятностью испытает обострение болезни, нежели другой в стрессовых ситуациях. В действительности болезнь Крона имеет физикальный (телесный) компонент, который включает в себе повреждение всей стенки кишечника. Нереально признать, что такое серьезное повреждение — формирование язв и гранулем, — может быть вызвано стрессом.

Однако роль стресса в развитии заболевания неоднозначна. Отсутствуют доказательства того, что стресс может вызвать болезнь или что болезнь Крона более характерна для людей, постоянно испытывающих стресс. Вместе с тем известно, что эмоциональная перегрузка может спровоцировать обострение болезни. Стресс фактически увеличивает подвижность кишки. У людей, подвергаемых стрессу, увеличивается частота стула. Это было четко показано на животных. Несколько тяжелее изучить это на людях, так как то, что является стрессом для Вас, необязательно является стрессом для другого человека. Общепризнанные стрессовые события в жизни — те, которые любой человек признает, как стресс, — это развод, переезд, потеря места работы и т.д. С ними действительно связано обострение болезни. Пациенты обычно знают о ситуациях, которые являются для них стрессовыми. Многие из них испытывают обострение болезни, когда переживают стрессовую ситуацию. Возможно, стресс уменьшает их способность переносить некоторые из обычных симптомов болезни Крона. Если у кого-то уже имеется предрасположенность к поносу и мышечному спазму, то стресс может их усиливать. Т.е. значительное количество стресса может влиять на симптомы у пациента и делать их намного хуже переносимыми. Для людей, которые находят взаимосвязь между их уровнем стресса и ухудшением симптомов, использование расслабляющих методик, например, глубокого дыхания и нормализация сна, может улучшить их самочувствие. Рекомендую попробовать сделать следующее: когда Вы знаете, что в ближайшее время с Вами должна произойти стрессовая ситуация, постарайтесь спланировать всё заранее и минимизировать всё, что может вывести Вас из равновесия.

С другой стороны, наличие любого хронического заболевания (такого как ВЗК, диабет, артрит) само по себе несет значительное количество бремени стресса. Никто не может быть счастлив при плохом самочувствии, а в случае хронической болезни пациенты порой не чувствуют себя хорошо в течение большей части времени. Симптомы не собираются проходить через несколько дней или неделю, как например, при гриппе. Что же касается всей жизни человека, симптомы то нарастают, то убывают и это вызывает значительный физический и эмоциональный дискомфорт, который может непосредственно проявиться разными видами нарушений, такими как раздражительность, депрессия или панические атаки. Поэтому болезнь Крона способна вызвать эмоциональный стресс, который приводит к психологическим проблемам, которые, в свою очередь, ухудшают течение самой болезни Крона.

Стресс не вызывает болезнь Крона, он делает её или любую другую хроническую болезнь хуже. Можно понять, почему ранние исследования рассматривали болезнь Крона психосоматической патологией: у многих пациентов, которых они осматривали, наблюдались симптомы тяжелого стресса или других эмоциональных и психологических проблем. Но эти проявления стресса, возможно, были следствием постоянной боли, поноса и социального дистресса, которому пациенты подвергались из-за своей болезни Крона!

Задача Вашего врача — предоставить Вам адекватную терапию и попытаться сделать Ваше самочувствие лучше так, чтобы Вы могли считать себя здоровыми и распоряжаться своей жизнью, как Вам самим того захочется.

Некоторые пациенты с болезнью Крона обеспокоены проживанием в сельской местности, вдали от больницы и от специализированных центров, занимающихся проблемами ВЗК, в том числе, болезнью Крона. К сожалению, в небольших городах и сельской местности гораздо труднее найти врача, который бы был знаком с проблематикой болезни Крона. В этом случае имеет смысл несколько раз в год посетить специализированный центр по лечению воспалительных заболеваний кишечника в близлежащем городе.

Пациенты с БК действительно нуждаются в большой поддержке окружающих, т.к. это тяжёлое заболевание и сложно быстро адаптироваться к нему, особенно сразу после постановки диагноза. Я думаю, что и друзья, и члены семьи, и коллеги по работе, которые знают о болезни близкого им человека, должны понять важность эмоциональной поддержки, особенно необходимой во время плохого самочувствия. К счастью, есть современные средства, доступные для пациентов, и хочется ещё раз повторить, что они действительно могут позволить Вам жить нормальной и здоровой жизнью.

Полезные рекомендации

- Постарайтесь бросить курить;
- следует уменьшить потребление жирной пищи и сахара. Молочные продукты, жиры и пряности могут усиливать симптомы болезни Крона, старайтесь по возможности избегать их;
- тщательно пережевывайте пищу;
- включайте в Ваш рацион рыбий жир;
- Избегайте продуктов, которые содержат клейковину (клейковина — это белковая составляющая муки, преимущественно в виде глютена, которая одобрена для использования в качестве белкового обогатителя муки, натурального наполнителя, стабилизатора, сгустителя и связующего вещества в кондитерских, а также колбасных и других мясных продуктах);
- как правило, полезен рацион, обогащенный клетчаткой; однако необходима осторожность употребления ее при стриктурах;
- естественный йогурт уменьшает симптомы заболевания;
- физические упражнения полезны при болезни Крона, но целесообразно

- перед началом тренировок обсудить Ваши планы с лечащим врачом;
- в предупреждение стресса весьма полезными могут быть методики расслабления.

Полезные советы

Некоторые советы о том, как уменьшить раздражение кожи, возникающее из-за продолжительного поноса. Какие пищевые продукты могут усилить понос и какие пищевые продукты могут помочь с ним справиться?

- Соблюдайте в чистоте область заднего прохода (анального сфинктера); после дефекации необходимо протереть эту область мягкой влажной тканью; если возможно, вместо обтирания лучше ополоснуть ее струей воды;
- наложите защитный крем; можно воспользоваться мазью от «опрелости», которая содержит окись цинка, защищающую кожу от кислого стула;
- необходимо избегать горячих ванн и душа;
- избегайте пищевых продуктов, которые могут вызвать кислый стул и / или усилить понос: алкоголь, искусственные подслащающие вещества, кофеин, цитрусовые плоды и напитки, жирные и жареные пищевые продукты, пряности. Некоторые пищевые добавки могут вызвать понос или способствовать раздражающему действию кала на кожу в области заднего прохода (например, расторопша, женьшень, пальметто и глюкозамин). Избегайте молочных продуктов (молоко, мороженое, сыр), особенно если Вы знаете о непереносимости лактозы (даже незначительной), что может усиливать понос;
- не пребывайте длительно в сидячем положении; используйте мягкое сиденье (подушку);
- для уменьшения поноса могут быть полезны следующие пищевые продукты: консервированные очищенные фрукты, яйца (не жареные), мука, рыба (запеченная, не жареная), постная говядина, лапша, картофель, рис, курица или индейка, хорошо проваренные овощи, белый хлеб, йогурт.

Наиболее часто задаваемые вопросы о беременности и болезни Крона

Зачатие и влияние, оказываемое лечением болезни Крона на ребенка

Могут ли женщины с болезнью Крона иметь детей?

Безусловно, женщины с болезнью Крона могут иметь детей. В прошлом таким женщинам было рекомендовано воздерживаться от беременности, но современные виды медицинской помощи сделали рождение ребенка более безопасным и для матери, и для младенца. Однако, даже в этом случае перед планированием беременности женщины с болезнью Крона должны обсудить со своим лечащим врачом все вопросы, касающиеся терапии, способа родоразрешения и адекватного контроля активности БК. Наличие хронической болез-

ни безусловно потребует тщательного наблюдения специалистов. Для женщин с болезнью Крона в период ремиссии риск самопроизвольного аборта, мертворождения и врожденной аномалии такой же, как и у здоровых женщин. Однако обострение болезни Крона во время зачатия или в течение беременности связано с более высоким риском самопроизвольного аборта и преждевременных родов, нежели у женщин без подобного диагноза.

Существуют ли проблемы с зачатием у женщин с болезнью Крона?

Фертильность у женщин с болезнью Крона такая же, как у здоровых женщин. Как и для любой женщины, важной темой является планирование семьи. Есть обстоятельства, при которых беременность не рекомендуется: во время обострения болезни или при приеме определенных медикаментов. Давно известно, что сульфасалазин может вызвать временное бесплодие приблизительно у 60% мужчин. Сульфо-компонент данного лекарственного средства может изменить свойства спермы, но этот эффект полностью исчезает в течение двух месяцев после отмены препарата.

Какой эффект оказывает лечение на беременность?

Большинство женщин в настоящее время знают о том, что в течение беременности лучше избегать приема каких-либо препаратов. Однако существуют обстоятельства, при которых польза от медикаментозного вмешательства будет гораздо выше возможности потенциального вреда. Некоторых препаратов для лечения болезни Крона в течение беременности лучше всего избегать, но другие считаются безопасными для матери и плода из-за их длительного опыта применения пациентками. Для женщин с болезнью Крона самый большой фактор, влияющий на течение беременности и здоровье ребенка — состояние активности болезни. Также важно вовремя прервать любое лечение, которое может быть вредными для развивающегося плода. Самый лучший шанс благоприятного исхода имеет запланированная беременность в период ремиссии заболевания. Существует перечень лекарств, используемых для лечения болезни Крона в течение беременности. К препаратам, которые в ходе клинических исследований показали свою безопасность для использования беременными женщинами, относятся сульфасалазин, различные формы мезалазина (Пентаса, Салофальк) и кортикостероиды (преднизолон). Также считаются безопасными тиопурины (азатиоприн и 6-меркаптопурин), которые не увеличивают риск появления врожденных пороков развития. Не должен использоваться в течение беременности метотрексат, который действительно оказывает тератогенный эффект на формирование будущего ребенка. Следует избегать назначения антибиотиков (метронидазола и ципрофлоксацина). На сегодняшний день считается безопасной у беременных терапия анти-ФНО. Но следует прервать лечение после второго триместра (после 24 недель) и продолжить после родоразрешения. В случае беременности женщины, получающие анти-ФНО препараты, должны обсудить лечебную тактику со своим врачом.

Влияние беременности на болезнь Крона и возможные осложнения

Как беременность оказывает влияние на течение болезни Крона?

Течение болезни Крона на протяжении всего срока беременности имеет тенденцию оставаться подобным (схожим) состоянию болезни во время зачатия. Поэтому для женщин, которые планируют беременность, важно поддерживать их прежний режим терапии и те необходимые действия, которые удерживают в ремиссии их болезнь. При тяжелом обострении болезни Крона, которое наступило на фоне незапланированной беременности, врач может назначить пациентке достаточно интенсивную терапию. В данном случае важным является достижение ремиссии с тем, чтобы обеспечить беременность настолько здоровой, насколько это возможно. Распространённой проблемой для беременных женщин является геморрой — свыше 50% женщин страдают от него. Есть несколько рекомендаций, которые уменьшают проявления геморроя, например, упражнения Кегеля, содержание анальной области в чистоте, избегание длительного положения сидя и подъема тяжестей, вазелиновый гель для охлаждения прямой кишки, более свободное опорожнение кишки (послабляющие препараты — дюфалак, мукофальк), сидение на пузыре со льдом для уменьшения ощущения жжения в области заднего прохода, сидячие теплые ванны, а также свечи или мази.

Упражнения Кегеля — гимнастика для беременных (тренировка мышц тазового дна):

- Напрягите мышцы Вашей промежности;
- удерживайте эту позицию в течение 8–10 секунд, расслабьтесь и затем повторите это упражнение несколько раз;
- сделайте до десяти заходов в течение дня. Вы можете делать их где угодно — во время прогулки, при просмотре телевизора, лёжа в кровати, сидя за столом, в транспорте и т.д.

Последнее время женщины стали заранее готовить себя к беременности. Стремясь вести здоровый образ жизни, они увеличивают поступление в организм витаминов, особенно фолиевой кислоты, прекращают курить, выполняют физические упражнения и потребляют здоровую пищу.

Болезнь Крона у детей

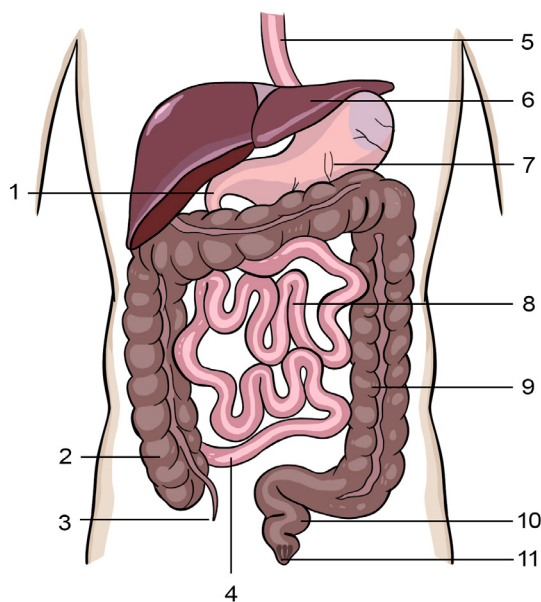
Болезнь Крона редко возникает в детском возрасте. Однако в последние годы, наряду с повсеместным ростом заболеваемости болезнью Крона, наблюдается особый рост заболеваемости среди детей. Помимо тех же жалоб, которые встречаются у взрослых, болезнь Крона в детском возрасте без лечения может привести к задержке развития ребенка или недостаточному росту. Поэтому столь важно держать под контролем воспалительный процесс. В семьях, где ребенок страдает болезнью Крона, очень высоки эмоциональные затраты у родителей. Почти все они обеспокоены за будущее своего ребенка. Как правило, родители испытывают потребность в советах по питанию, т.к. они

не знают, какие пищевые продукты могут усугубить течение заболевания. Многие родители выражают желание общаться с другими родителями или детьми с болезнью Крона. Для многих из них важен доступ к специалисту не только в больнице, во время госпитализации ребенка, но и после выписки из стационара. Терапия детей с болезнью Крона практически не отличается от таковой у взрослых.

Последнее время больший акцент ставится на применении иммуносупрессивных препаратов (азатиоприн, 6-меркаптопурин). Из-за выраженных побочных эффектов настоятельно не рекомендуется поддерживающая терапия кортикостероидами. Родители прежде всего заинтересованы в улучшении качества жизни детей с болезнью Крона. Адекватная терапия, здоровый образ жизни, оптимальное питание и полная информация о заболевании представляют для них самый большой интерес.

По достижении совершеннолетия осуществляется передача пациента во взрослую сеть. Преемственность в ведении больных детским и взрослым специалистом ВЗК становится все более актуальной задачей при решении вопросов оптимизации оказания помощи этой категории больных.

Словарь



Обозначения:

- 1 — двенадцатиперстная кишка (дуоденум);
- 2 — слепая кишка;
- 3 — аппендикс;
- 4 — терминальный отдел подвздошной кишки;
- 5 — пищевод;
- 6 — печень;
- 7 — желудок;
- 8 — тонкая кишка;
- 9 — толстая (или ободочная) кишка;
- 10 — прямая кишка;
- 11 — анальный сфинктер.

Рисунок: схема органов брюшной полости

5-АСК или 5-аминосалициловая кислота или месалазин (лекарство): это местнодействующий препарат, используемый для лечения ВЗК, прежде всего, ЯК и только в определенных условиях БК. Можно применять внутрь или ректально в виде клизм, пены или свечей.

6-TGN (лекарство): активный метаболит азатиоприна или меркаптопурина.

Абсцесс (осложнение БК): закрытое скопление сжиженной ткани, называемой гноем, где-то в органе или другой ткани тела, которое является результатом защитной реакции организма на чужеродную материю. При болезни Крона абсцессы замечают в петлях кишечника или в свищах. Они обычно лечатся комбинацией хирургического дренажа и назначения антибиотиков.

Адалimumаб (лекарство): препарат анти-ФНО, часто используемый для лечения ВЗК, принадлежит к группе биологических (полученных биотехнологическим путем) лекарственных средств. Вводится под кожу (подкожно) самим пациентом или медсестрой.

Анемия (заболевание): состояние, при котором у Вас нет достаточного количества здоровых красных кровяных телец или гемоглобина. Наличие анемии может заставить Вас чувствовать себя усталым или слабым.

Антибиотики (лекарство): обычно назначаемые больным БК ципрофлоксацин и метронидазол подавляют бактерии, уменьшая тем самым воспалительный процесс. По данным исследований они помогают примерно в 50% случаев, особенно при перианальных поражениях. Ципрофлоксацин очень редко может вызвать мышечные боли и разрушение Ахиллова сухожилия (разрыв большого сухожилия позади голени), особенно если принимается совместно с системными стероидами. Метронидазол при длительном применении может вызвать ощущение онемения и покалывания в руках и ногах — нейропатию.

Анти-ФНО препараты (лекарства): биологические (полученные биотехнологическим путем) препараты, широко используемые для лечения воспалительных заболеваний кишечника. Для лечения БК наиболее распространенными среди них являются инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаб пэгол.

Артропатия: любое заболевание или ненормальное состояние, влияющее на сустав.

Аутоиммунное (описание болезни): аутоиммунное заболевание представляет собой заболевание, при котором иммунная система атакует здоровые клетки в организме.

Биологические препараты (лекарства): Обычно это IГ (иммуноглобулин), белковые молекулы, которые сделаны с помощью генетически модифицированных клеток. Например, препараты анти-ФНО или ведолизумаб. В отличие от системных препаратов, которые воздействуют на весь организм, биологическая терапия действует на определенные клетки или другие молекулы в организме. Это делает их не только более эффективными, но и улучшает их профиль безопасности. Препараты уменьшают симптомы у большинства больных (~ 60–80%). У многих наступает полная (и клиническая и лабораторная) ремиссия заболевания (~ 30%–50%). У многих из тех, у кого наступила ремиссия, она будет сохраняться больше года (~ 60%–70%). Отличительной особенностью препаратов является очень быстрое наступление эффекта.

Биопсия (метод диагностический): взятие образца ткани тела для исследования под микроскопом. Биопсии чаще всего берут вовремя илеоколоноскопии для установления диагноза.

Брюшная полость (орган): часть тела между грудью и бедрами.

Будесонид (лекарство): несистемный стероид, который действует местно, в определенной части кишечника, и уменьшает воспаление его стенки. Поскольку 90% лекарственного средства поступает непосредственно в кишку, а не в кровоток, он вызывает меньше побочных эффектов нежели системные кортикостероиды (то есть, преднизолон). Препарат используется для лечения умеренной и среднетяжёлой БК с локализацией в подвздошной кишке и / или восходящей ободочной кишке.

Илеоколоноскопия (метод исследования): метод исследования, при котором эндоскоп с камерой вводится в прямую кишку и через всю толстую кишку, чтобы определить активность заболевания и взять биопсию.

Кишка (орган): тонкая и толстая кишка.

Колоректальный рак: термин, который чаще всего относится к раку толстой кишки и раку прямой кишки, а также включает рак заднего прохода и аппендикса.

Месалазин (лекарство): препарат, содержащие 5-АСК. Эффективен в случаях легкой БК. Кроме того, препарат уменьшает возможность послеоперационного рецидива и препятствует развитию колоректального рака. Месалазин действует местно, в пределах слизистой оболочки кишки, тогда как БК повреждает всю толщу кишечной стенки, поэтому даже при том, что у пациентов может быть некоторое уменьшение симптомов на фоне приема препаратов 5-АСК, у многих из них заболевание может все-таки прогрессировать. Однако, если препараты 5-АСК эффективны у конкретного пациента, то это замечательно, ведь они практически не имеют побочных эффектов и достаточно безопасны.

Спаyki (осложнение хирургического вмешательства): части кишечника склеиваются из-за воспалительной реакции. Могут привести к непроходимости и боли.

С-реактивный белок (СРБ метод исследования): анализ крови для измерения воспаления в организме. Исследование используется, чтобы измерить активность болезни Крона или для оценки ответа на терапию. Не всегда высокий СРБ означает, что обязательно есть воспаление в кишечнике, т.к. это неспецифический лабораторный маркер воспалительного процесса в организме. Поэтому необходимы другие исследования (эндоскопия, магнитно-резонансная энтерография), чтобы установить, является ли причиной повышения СРБ воспаление в кишечнике у больного ВЗК.

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ): анализ крови, который измеряет скорость падения эритроцитов к основанию пробирки; чем выше скорость оседания, тем больше воспаление.

Тощая кишка: начало тонкой кишки, которая соединяет двенадцатиперстную кишку с подвздошной кишкой.

Иммунная система: группа связанных реакций организма, которые обычно защищают его от болезни.

Иммуносупрессоры (лекарства): препараты, которые блокируют активность иммунной системы. Иммуносупрессоры включают тиопурины — азатиоприн и меркаптопурин.

Воспаление (описание): реакция ткани отдельного органа и всего организма тела на повреждение или раздражение, характеризующееся покраснением, повышением температуры, припухлостью и болью.

ВЗК (описание): воспалительные заболевания кишечника — определение, данное болезням, которые вызывают воспаление в кишечнике. Два основных типа воспалительных заболеваний кишечника — болезнь Крона и язвенный колит.

Кишка (орган): часть пищеварительной системы, которая транспортирует пищу от желудка до заднего прохода. Тонкая кишка связывает желудок с толстой кишкой и является частью пищеварительной трубки, где всасываются поступающие с пищей питательные вещества; толстая кишка (иногда называемая ободочной) продолжается от тонкой кишки до заднего анального сфинктера и является отделом первостепенной важности для всасывания воды и подготовки к акту дефекации.

Метотрексат (лекарство): вводится подкожно или внутримышечно и способен вызывать ремиссию через 8–10 недель. Метотрексат может вызывать врожденные пороки развития и даже смерть плода, поэтому в течение терапии и мужчинам, и женщинам нужно использовать контрацепцию, чтобы избежать зачатия.

Парапроктит (болезнь): гнойное воспаление окружающих прямую кишку тканей

Подвздошная кишка (орган): более низкая часть тонкой кишки, где тонкая и толстая кишка соединяются. Это — самый частый сегмент болезни Крона.

Проктит Крона (форма болезни Крона): воспаление прямой кишки — конечного сегмента толстой кишки, который также называется ректум. Отсюда, например, название «ректальные формы» лекарственных препаратов.

Склерозирующий холангит (болезнь): хроническое заболевание печени, характеризующееся воспалением и уплотнением желчных протоков, что приводит к задержке оттока желчи.

Стероиды (лекарства): препараты (преднизолон, метилпреднизолон), которые по механизму действия подобны кортизолу — стероиду, который вырабатывается в надпочечниках. Это быстродействующие лекарственные средства, которые быстро купируют обострение болезни, уменьшая воспаление в организме. Стероиды не назначаются в качестве поддерживающей терапии БК, поэтому, как только симптомы купируются, доза постепенно снижается до полной отмены препарата. Снижение дозы должно проходить под наблюдением врача. Стероиды могут иметь серьезные побочные эффекты.

Тератогенный эффект (описание): действие лекарственного препарата на развитие эмбриона, приводящее к возникновению врожденных уродств (аномалий развития).

Тиопурины (лекарства): азатиоприн и меркаптопурин относятся к иммуносупрессорам — препаратам, которые блокируют активность иммунной системы. Подавляя иммунную систему, эти препараты способны уменьшить симптомы заболевания, но при этом организм становится более подвержен инфекциям. Проявляют свой максимальный эффект спустя 3–4 месяца после начала приема, поэтому они не используются для индукции ремиссии (без преднизолона).

Язвенный колит: воспалительная болезнь кишки, которая вызывает воспаление в толстой кишке. Симптомы при язвенном колите и болезни Крона во многом совпадают, но два эти состояния являются отдельными.

Брошюра написана по просьбе межрегиональной общественной организации поддержки пациентов с Воспалительными Заболеваниями Кишечника (ВЗК) и Синдромом Короткой Кишки (СКК) «ДОВЕРИЕ».

Председатель организации: Шашурина Т.И.

Сайт: moo-doverie.pф, vzk-life.ru

E-mail: victoria56@mail.ru

Подписано в печать 12.12.2016 г.

Заказ № 27.

Тираж 300 экз. Печать цифровая

ООО "ЦИАЦАН"

+7 981 969 4555

