



Доверие

Поддержка пациентов с воспалительными
заболеваниями кишечника и синдромом
короткой кишки

ЖИЗНЬ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Что такое болезнь Крона?

Болезнь Крона (БК) относится к воспалительным заболеваниям кишечника. Это хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясного происхождения, характеризующееся воспалением всех слоев стенки кишечника или других органов ЖКТ с развитием местных и системных осложнений [1].

В отличие от язвенного колита, который поражает слизистую оболочку преимущественно от прямой кишки до проксимального отдела толстой кишки, при болезни Крона поражается толстая и тонкая кишка, реже – любые другие отделы ЖКТ. При БК могут поражаться любые отделы ЖКТ – от полости рта до ануса. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев БК поражает илеоцекальный отдел [1].

Причины возникновения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в том числе БК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды [1].

Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек [1]. Данные о распространенности БК в Российской Федерации ограничены [1].

Первые симптомы БК могут возникать в возрасте от 18 до 40 лет [2], однако заболевание затрагивает большое количество людей молодого возраста – 22,5% пациентов с БК заболели до 20 лет [2].

В среднем с момента появления симптомов до постановки диагноза проходит 2,9 лет [13]. Поздняя диагностика связана с тем, что ранние симптомы заболевания могут возникать изолированно или в комбинации, проявляться в течение нескольких лет, но не складываться в характерную для БК клиническую картину [2,3].

Симптомы болезни Крона

К наиболее частым клиническим симптомам БК относятся хроническая диарея (более 6 недель), в большинстве случаев без примеси крови, боль в животе, лихорадка и анемия неясного происхождения, симптомы кишечной непроходимости, а также перианальные осложнения (хронические анальные трещины, рецидивирующие после хирургического лечения, парапроктит, свищи прямой кишки) [1].

До трети пациентов с ВЗК испытывают по меньшей мере одно внекишечное проявление заболевания, в том числе [4,5,6]:

кожные проявления, включая гнойный гидраденит, заболевания суставов, сакроилеит, заболевания органов зрения, заболевания печени и желчевыводящих путей, включая первичный склерозирующий холангит, нарушения метаболизма костной ткани, тромбоэмболические осложнения, легочно-сердечные нарушения, заболевания почек и поджелудочной железы, неврологические нарушения.

Бремя болезни Крона велико: у пациентов в три раза чаще возникают психологические проблемы [7], в среднем пациенты пропускают 16,1% рабочего времени из-за болезни [8]. Почти 60% пациентов с БК вынуждены подвергнуться хирургическому вмешательству через 10 лет после начала болезни [9].

В России 41% пациентов с БК имеют инвалидность [2].

У детей и подростков с БК и ЯК часто наблюдается более сложное и агрессивное течение заболевания по сравнению со взрослыми пациентами [10,11].

Пациенту стоит внимательно относиться к своему здоровью и сообщать врачу-гастроэнтерологу о любом изменении самочувствия.

Обострение (рецидив, атака) болезни Крона - это появление типичных симптомов заболевания у пациентов с БК во время клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой [1].

Ремиссия при болезни Крона - это исчезновение типичных проявлений заболевания [1]. Различают клиническую ремиссию, когда симптомы заболевания отсутствуют, и эндоскопическую, когда отсутствуют признаки воспаления при визуальном осмотре с помощью эндоскопа.

Причины возникновения болезни Крона

Причины возникновения БК не установлены. Заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, нарушения кишечной микрофлоры и влияние стресса и факторов окружающей среды [1].

Болезнью Крона нельзя заразиться от кого-то или заболеть из-за «неправильного» питания или образа жизни. Она может возникнуть в любом возрасте, поэтому пациент не должен винить себя за то, что у него появились симптомы заболевания.

Пациенту стоит внимательно относиться к своему здоровью и сообщать врачу о любом изменении самочувствия.



Диагностика

Поскольку симптомы болезни Крона могут встречаться и при других заболеваниях, врачи используют целый комплекс диагностических мероприятий [1]:

- микробиологическое исследование и микроскопия кала (с целью исключения инфекционной патологии),
- микробиологическое исследование крови,
- илеоколоноскопия,
- рентгенологическое исследование, в том числе с контрастом,
- МРТ,
- КТ,
- УЗИ брюшной полости.

Лечение болезни Крона

Несмотря на то, что болезнь Крона – хроническое заболевание, современные методы лечения позволяют взять ситуацию под контроль.

Целью терапии болезни Крона является не борьба с симптомами, а достижение и поддержание долговременной бесстероидной ремиссии, что означает отсутствие клинических симптомов, восстановление слизистой оболочки на фоне отсутствия постоянного применения глюкокортикостероидов (прекращение приема стероидов в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений БК, предупреждение операции, а при прогрессировании заболевания и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.

Одними из ключевых сложностей в лечении БК являются гормональная резистентность и гормональная зависимость. Гормональная резистентность характеризуется тем, что состояние пациента не улучшается на фоне применения глюкокортикостероидов, или даже ухудшается. Гормональная зависимость определяется, когда состояние пациента улучшилось при приеме глюкокортикостероидов, но при попытке снижения дозы происходит увеличение активности БК, или же происходит рецидив в течение трех месяцев после полной отмены стероидов.

Основные средства для лечения болезни Крона включают четыре группы лекарственных препаратов: препараты 5 - аминосалициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикостероиды (ГКС) местного и системного действия, иммуносупрессоры (тиопурины) (ИС), таргетные препараты (генно - инженерные биологические препараты (ГИБП) и ингибиторы янус - киназ).

Таргетные препараты - это наиболее современный класс препаратов, разработанных для воздействия на конкретные молекулы-мишени, участвующие в процессе воспаления при БК.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) представляют собой антитела, которые мешают определенным белкам поддерживать воспаление. ГИБП вводятся подкожно самостоятельно или внутривенно в виде инфузий в медицинском учреждении.

Самые недавние разработки – ингибиторы янус - киназ. Как и ГИБП, они относятся к группе таргетных препаратов, но, в отличие от белковой структуры ГИБП, они представляют собой малые молекулы, которые не вызывают иммуногенности (выработки антител), приводящей к потере ответа на терапию.

Препараты класса ингибиторов янус - киназ выпускаются в таблетированной форме, действуют сразу на несколько медиаторов воспаления, разрывая порочный круг «воспаление - реакция иммунной системы - воспаление».

Ингибиторы янус - киназ разделяются на селективные и неселективные. Селективные ингибиторы янус киназы - 1 имеют преимущественное действие именно на медиаторы воспаления, что снижает вероятность влияния на другие пути, необходимые для нормального функционирования организма.

Необходимо проводить постоянный мониторинг эффективности проводимой терапии. Пациент может оценивать выраженность симптомов и их влияние на качество жизни. Врач, со своей стороны, будет оценивать лабораторные показатели.

Хирургическое лечение БК

Большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ. Необходимость хирургического вмешательства зависит от продолжительности, формы течения и локализации заболевания.

Хирургическое вмешательство должно быть вариантом только в том случае, если медикаментозное лечение было неэффективным или возникло осложнение, требующее хирургического вмешательства [1].

Показаниями к оперативному вмешательству при БК служат острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития [1]. Хирургическое удаление части кишечника – крайняя мера, к которой врачи стараются не прибегать.

Диета

Раньше считалось, что при БК необходимо соблюдать строгую диету, но последние исследования показали, что жесткая диета не влияет на частоту и продолжительность обострений [12]. Однако стоит помнить, что при БК кишечник более чувствительный, поэтому стоит исключить из рациона продукты, на которые организм негативно реагирует. Этот список продуктов у каждого человека свой.

Не существует универсальных рекомендаций, которые подошли бы каждому человеку, но традиционно рекомендуются рацион с низким содержанием соли, клетчатки, безлактозные диеты, если выявлена непереносимость к молочным продуктам.

При сильной потере веса врач может рекомендовать высококалорийную диету. Также он может порекомендовать вести дневник питания, который поможет лучше понять, как организм реагирует на те или иные продукты, и составить сбалансированную диету.



Что важно обсудить с врачом

Трудно переоценить важность сотрудничества с врачом. Чтобы специалист смог подобрать наиболее оптимальную терапию в вашем случае, стоит заранее подготовиться к приему, чтобы использовать это время наиболее эффективно.

Можно записать вопросы, которые необходимо уточнить.

Например:

- Может ли за моими симптомами скрываться другое заболевание?
- Какие обследования необходимо пройти? Нужно ли их проходить во время обострения?
- Как мне понять, что необходимо скорректировать лечение?
- Как быстро должно наступить улучшение?
- Что Вы можете предложить, если назначенное лечение не помогает?
- Каковы возможные побочные явления от назначенного лекарства?
- Что я должен сделать, если мое состояние ухудшится?
- Что я должен сделать, если вернуться симптомы заболевания?
- Как нужно скорректировать питание?
- Когда нужно снова показаться врачу?
- Могу ли я бесплатно получать терапию?
- Возможно ли в моем случае оформить инвалидность?
- Где и как я могу приобрести препарат, если я не могу получить его в рамках льготного обеспечения?
- Какой препарат подойдет в моем случае?

Источники информации

1. Клинические рекомендации МЗ РФ. Болезнь Крона 2020.
2. Белоусова Е.А. и соавт. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018; 46 (5): 445-463
3. Долгушина А.И. и соавт. Распространенность воспалительных заболеваний кишечника в Челябинской области. Альманах клинической медицины. 2019; 47 (6): 511-517; 3. Халиф И.Л. и соавт. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (Результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования).
4. Friedman S, Blumberg RS. Inflammatory bowel disease. In: Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, et al, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012:2477-2495.
5. Lichtenstein GR. Inflammatory bowel disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil's Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012:935–942.
6. Chen WT and Chi CC. Association of hidradenitis suppurativa with inflammatory bowel disease. JAMA Dermatol 2019;155(9):1022–1027.
7. Халиф И.Л. и соавт. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (Результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(3):54-62
8. Roman ALS and Munoz F. Comorbidity in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol 2011;17(22):2723–33
9. Piercy J, Ozbay AB, Roughley A, Chao J, Skup M. Comparison of ulcerative colitis with Crohn's disease from the perspective of patient burden. Poster presented at: Digestive Disease Week; May 17–19, 2015; Washington, DC. Poster Tu1256.
10. van Rheenen PF, Aloi M, Assa A, et al. The medical management of paediatric crohn's disease: an ECCO- ESPGHAN guideline update [published online ahead of print, 2020 Oct 7]. J Crohns Colitis. 2020;jjaa161. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaa161
11. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, et al. Management of paediatric ulcerative colitis, part 1: ambulatory care-an evidence-based guideline from European Crohn's and Colitis Organization and European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition [published correction appears in J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020 Dec;71(6):794]. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;67(2):257-291. doi:10.1097/MPG.0000000000002035
12. Johan Burisch et al, on behalf of ECCO -EpiCom, The burden of inflammatory bowel disease in Europe, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 7, Issue 4, May 2013, Pages 322–337.
13. Белоусова Е.А. и соавт. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа Национального Регистра. Колопроктология. 2023; т. 22, № 1, с. 65–82



vzk.rf@yandex.ru



<https://vzk-life.ru/>