



Доверие

Поддержка пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом короткой кишки



**ЖИЗНЬ
С ЯЗВЕННЫМ
КОЛИТОМ**

Что такое язвенный колит?

- Язвенный колит (ЯК) принадлежит к группе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).
- ЯК – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки, которое нельзя вылечить полностью, но можно взять заболевание под контроль и жить полноценной жизнью¹.
- Согласно зарубежным данным, заболеваемость ЯК составляет от 0,6 до 24,3 на 100 000 человек, а распространенность достигает 505 на 100 000 человек². Данные о распространенности ЯК в Российской Федерации ограничены, но известно, что пик заболевания приходится на молодой возраст 20–40 лет, что определяет его социальную значимость². По опубликованным данным, заболеваемость язвенным колитом в России может составлять 4,1 на 100 000 человек³.
- Чаще всего язвенный колит протекает волнообразно и стадия обострения сменяется стадией ремиссии, частота и продолжительность которых индивидуальны для каждого пациента¹.

Обострение (рецидив, атака) ЯК – это появление типичных симптомов заболевания у больных ЯК. На практике признаками обострения являются увеличение частоты дефекаций с выделением крови и/или характерные изменения, обнаруживаемые врачом при эндоскопическом исследовании толстой кишки¹.

Ремиссия ЯК – это исчезновение основных клинических симптомов заболевания. Также возможно заживление слизистой оболочки толстой кишки, что является критерием более глубокой ремиссии¹.

По характеру течения ЯК выделяют следующие формы:

- **Острая форма** – первая атака болезни длительностью до 6 месяцев от дебюта заболевания. Острая форма может проявляться в двух вариантах: острый тяжелый ЯК, характеризующийся быстрым нарастанием клинических симптомов и тяжелым течением, и первая атака с постепенным началом и умеренно выраженной симптоматикой.
- **Рецидивирующая форма**, которая чаще всего встречается у пациентов с ЯК, характеризуется переменным течением, когда обострения сменяются ремиссией длительностью более 6 месяцев.
- **Непрерывная форма** характеризуется длительностью ремиссии менее 6 месяцев, когда на фоне адекватной терапии отсутствуют клинические симптомы, но эндоскопическое обследование показывает наличие воспаления слизистой оболочки².

По тяжести клинических проявлений ЯК выделяют:

- тяжелую форму;
- среднетяжелую форму;
- легкую форму.

Симптомы язвенного колита

Среди симптомов заболевания могут наблюдаться:

- Диарея или жидкий стул с примесью крови или слизи
- Болезненные позывы к дефекации (с ощущением давления)
- Неотложные позывы на стул и непроизвольный стул
- Периодические ноющие боли в левой половине живота
- Подъем температуры тела до 39 С с ознобом
- Снижение аппетита
- Потеря веса
- Общая слабость, снижение работоспособности
- Интенсивные и ноющие боли в подвздошной области¹.

Причины возникновения язвенного колита

- Причины возникновения ЯК не установлены. Заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, нарушения кишечной микрофлоры и влияние факторов окружающей среды¹.
- ЯК нельзя заразиться или заболеть из-за «неправильного» питания или образа жизни, и он может возникнуть в любом возрасте, поэтому пациент не должен винить себя за то, что у него появились симптомы заболевания.
- Ученые полагают, что развитие ЯК связано с ответом иммунной системы, которая по ошибке атакует здоровые ткани организма вместо того, чтобы бороться с инфекцией. При ЯК иммунная система воспринимает «дружественные» бактерии, необходимые организму для пищеварения, как вредоносные, и в итоге происходит воспаление слизистой оболочки толстой кишки. Другие ученые полагают, что столкновение с бактериальной инфекцией провоцирует иммунный ответ, который продолжает работать и после избавления от инфекции, что провоцирует воспаление.
- Еще один фактор развития ЯК – генетическая предрасположенность. По данным исследований 25% пациентов имеют близких родственников с ЯК^{4,5}.

Стоит отметить, что у пациентов с ЯК могут возникать так называемые «внекишечные» проявления заболевания:

- Покраснение глаз, или ухудшение зрения
- Отеки и болезненные ощущения в суставах
- Покраснение кожи, раздражение, язвочки²

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

Диагностика

Поскольку симптомы ЯК можно спутать с другими заболеваниями, врачи используют целый комплекс диагностических мероприятий¹:

- Микробиологическое исследование и микроскопия кала (с целью исключения инфекционной патологии)
- Микробиологическое исследование крови
- Сигмоскопия с биопсией
- Колоноскопия
- УЗИ органов брюшной полости
- Ректороманоскопия

Лечение

- Несмотря на то, что ЯК – хроническое заболевание, современные методы лечения позволяют взять ситуацию под контроль.
- Целями терапии ЯК являются достижение и поддержание долговременной бесстероидной ремиссии², что означает отсутствие клинических симптомов, восстановление слизистой оболочки на фоне отсутствия постоянного применения глюкокортикостероидов (не более 3 месяцев от начала приема), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции¹.
- Заживление слизистой оболочки толстой кишки ведет к увеличению периода клинической ремиссии, уменьшению числа рецидивов, снижению риска возникновения колоректального рака, повышению качества жизни пациентов, снижению риска хирургического вмешательства (колэктомии)⁷.
- При правильно подобранном лечении возможно достижение долговременной ремиссии, что может позволить избежать колэктомии. Известно, что риск необходимости хирургического вмешательства возрастает по мере прогрессирования язвенного колита и достигает 15% через 10 лет с дебюта заболевания⁶.
- Основные средства для лечения ЯК 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 малые молекулы – ингибиторы Янус киназ²).

Лечение (прод.)

- Таргетные препараты - это наиболее современный класс препаратов, разработанных для вмешательства в механизм действия конкретных целевых молекул, участвующих в процессе воспаления при язвенном колите⁷.
- Генно-инженерные биологические препараты представляют собой анти-тела, которые мешают определенным белкам провоцировать воспаление. ГИБП вводятся подкожно 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 направленное действие именно на медиаторы (проводники) воспаления и не влияют на другие пути, которые необходимы для нормального функционирования организма.
- Среди ингибиторов Янус киназ есть препараты, выпускаемые в таблетированной форме с приемом один раз в сутки. Таблетированная форма позволяет избежать осложнений, связанных с внутривенными инфузиями или подкожными инъекциями, которые встречаются при использовании ГИБП. Кроме того, пациент не привязан к лечебному учреждению и может работать, вести привычный образ жизни, путешествовать.
- Препараты в таблетированной форме удобны для транспортировки и хранения так как не требуют соблюдения холодовой цепи, в отличие от ГИБП.
- 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 (СОЭ, СРБ, гемоглобин) и данные инструментальных обследований (эндоскопия, УЗИ брюшной полости).
- Для получения инновационной терапии в рамках льготного лекарственного обеспечения пациенту может потребоваться оформление статуса «инвалид». Этот вопрос можно обсудить с вашим лечащим врачом.

Показания к хирургическому лечению ЯК²

Многие пациенты хорошо реагируют на терапию, и им никогда не понадобится операция. Хирургическое удаление части кишечника – крайняя мера, к которой врачи прибегают в следующих случаях:

- при неэффективности консервативной терапии, т.е. сохранении активности заболевания, несмотря на адекватное лечение (развитие стероидорезистентности/стероидозависимости, неэффективность таргетной терапии, невозможность продолжения терапии из-за непереносимости);
- при кишечных осложнениях ЯК (токсическая дилатация, перфорации кишки, кишечное кровотечение);
- при раке толстой кишки ли высоком риске его возникновения.

После операции прогноз, как правило, хороший, так как удаление воспаленной кишки приводит к излечению от ЯК. В последующем рассматриваются варианты реконструктивных операций².

В зависимости от многих факторов, в том числе возраста пациента и его состояния здоровья, применяются два подхода – выведение стомы в брюшной полости и использование калоприемника или создание в специальной емкости – илеоанального резервуара, что позволяет имитировать обычный физиологический процесс и не использовать внешний калоприемник.

Диета

- Раньше считалось, что при язвенном колите необходимо соблюдать строгую диету, однако последние исследования показали, что жесткая диета не влияет на частоту и продолжительность обострений⁸. Однако стоит помнить, что при язвенном колите кишечник более чувствительный, поэтому стоит исключить из рациона продукты, на которые организм плохо реагирует. Этот список продуктов у каждого человека свой.
- Не существует универсальных рекомендаций, которые подошли бы каждому человеку, но традиционно рекомендуют диеты 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.
- Обычно рекомендуют сократить потребление жирной пищи и жареных блюд, сладких газированных напитков и острой пищи.

Что важно обсудить с врачом

Трудно переоценить важность сотрудничества с врачом. Чтобы он смог подобрать подходящее решение, стоит заранее подготовиться к приему, чтобы использовать это время наиболее эффективно.

Можно записать заранее 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?

Источники информации

1. Клинические рекомендации. Язвенный колит, 2020
2. Язвенный колит. Клинические рекомендации по диагностике и консервативному лечению (адаптированный вариант в схемах и алгоритмах), 2021
3. Князев О.В. и соавт. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы). Доказательная гастроэнтерология. 2020;9(2):66–73
4. Shouval DS, Rufo PA. The Role of Environmental Factors in the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Diseases. *JAMA Pediatr.* 2017;171(10):999-1005.
5. Ye BD, McGovern PB. Genetic variation in IBD: Progress, clues to pathogenesis and possible clinical utility. *Expert Rev Clin Immunol.* 2016;12(10):1091-1107.
6. Burisch, Katsanos et al. *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 13, Issue 2, February 2019, Pages 198–208
7. ACG Clinical Guideline. Ulcerative Colitis in Adults / D. T. Rubin et al.] // *American Journal of Gastroenterology.* – 2019 – Vol. 114, Is. 3. – P. 384–413
8. Heather C Kaplan, et al. Personalized Research on Diet in Ulcerative Colitis and Crohn's Disease: A Series of N-of-1 Diet Trials. *Am J Gastroenterol.* 2022 Jun 1;117(6):902-917