

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
БОЛЕЗНЕЙ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ
ФГБОУ ВО КЕМГУ МЗ РФ

Заведующая кафедрой факультетской терапии
КЕМГУ, Д.М.Н.
ФОМИНА Н.В.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ





БОЛЕЗНЬ КРОНА

**хроническое, рецидивирующее
заболевание желудочно-кишечного тракта
(ЖКТ) неясной этиологии,
характеризующееся трансмуральным,
сегментарным, гранулематозным
воспалением с развитием местных и
системных осложнений**

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Пики заболевания:

- первый – 20-30 лет,
- второй – 60-70 лет;

Европеоиды страдают заболеванием чаще, чем представители негроидной и монголоидной рас.

Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

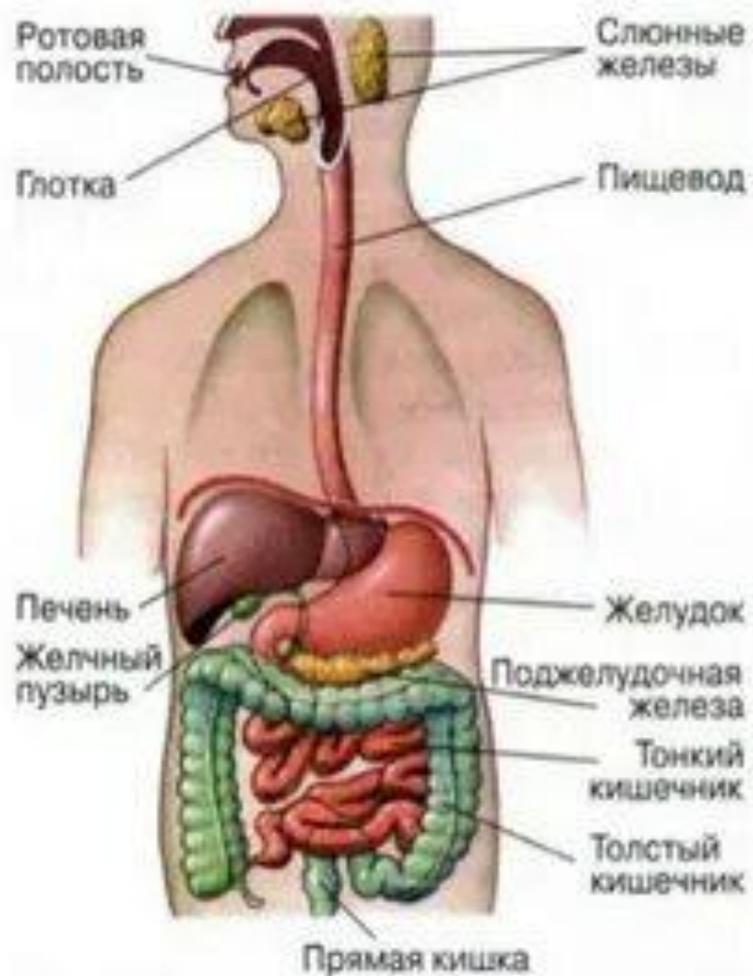
K50.0 – Болезнь Крона тонкой кишки

K50.1 – Болезнь Крона толстой кишки

K50.8 – Другие разновидности болезни

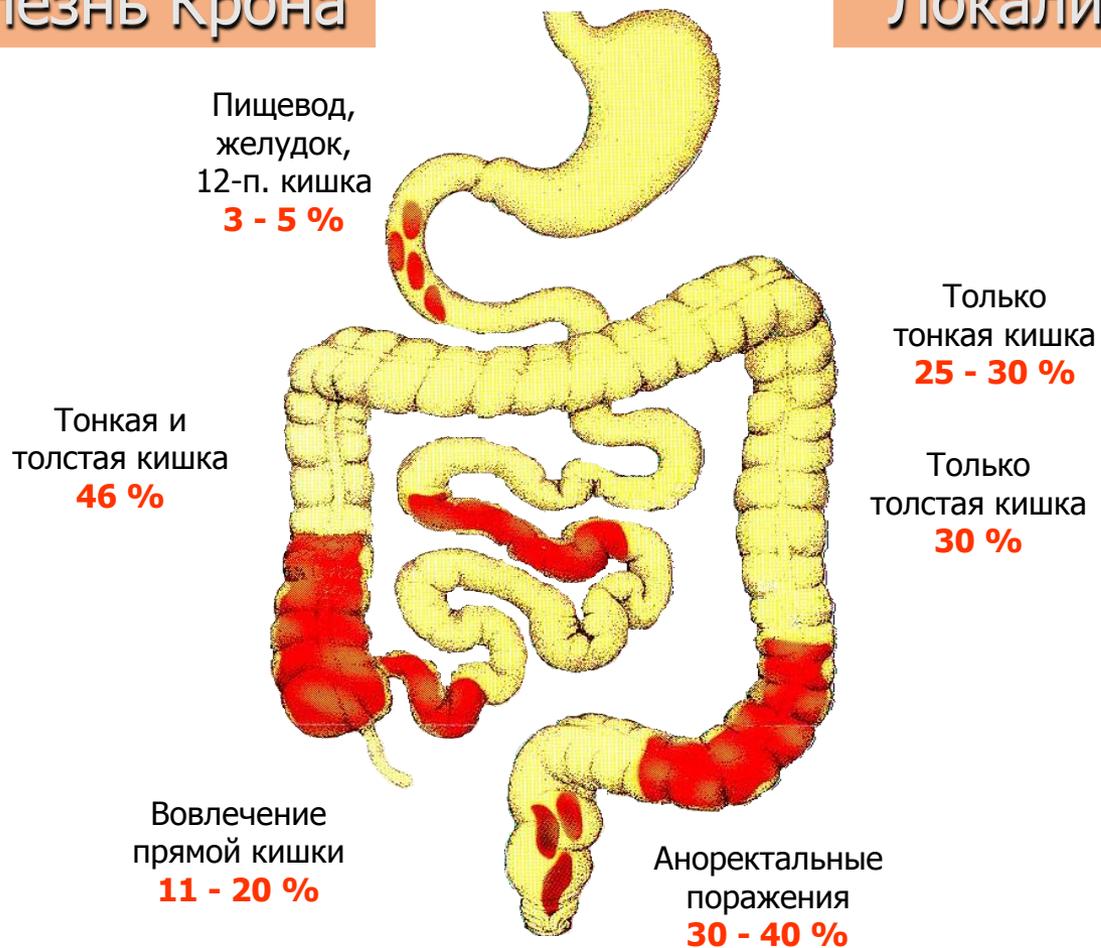
**Крона K50.9 – Болезнь Крона
неуточненная**

Пищеварительная система



Болезнь Крона

Локализация



Монреальская классификация БК

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

L1 Терминальный илеит: болезнь ограничена терминальным отделом подвздошной кишки или илеоцекальной областью (с вовлечением или без вовлечения в процесс слепой кишки)

L2 Колит: любая локализация воспалительного очага в толстой кишке между слепой кишкой и анальным сфинктером, без вовлечения тонкой кишки или верхнего отдела ЖКТ

L3 Илеоколит: терминальный илеит (с вовлечением или без вовлечения слепой кишки) в сочетании с одним или несколькими очагами воспаления между слепой кишкой и анальным сфинктером

L4 Верхний отдел ЖКТ: поражение проксимальнее терминального отдела (исключая полость рта)

Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology

Монреальская классификация БК (3) Фенотипический вариант заболевания:

1. Нестриктурирующая, непенетрирующая

(синонимы в русскоязычной литературе – просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная, в англоязычной литературе – luminal) – воспалительный характер течения заболевания, которое никогда не было осложненным (в любое время в ходе болезни);

2. Стриктурирующая (стенозирующая) – сужение просвета кишки (по данным лучевых и/или эндоскопических методов или по результатам хирургического вмешательства);

3. Пенетрирующая (синонимы рус. – свищевая, англ. fistulising) возникновение интраабдоминальных свищей, и/или воспалительного инфильтрата с абсцессом в любое время в течении болезни, исключая послеоперационные интраабдоминальные осложнения;

4. Перианальная (наличие перианальных поражений: свищи, анальные трещины, перианальные абсцессы) могут быть в сочетании с любой из указанных форм, а также быть самостоятельным проявлением перианальной БК.

Классификация БК

ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ

1. Локализованную БК: 1

- Поражение протяженностью менее 30 см.

Чаще используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны;

- Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

2. Распространенную БК:

- Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

Классификация болезни Крона в зависимости от ответа на гормональную терапию соответствует таковой для ЯК

1. Гормональная резистентность:

1.1. В случае тяжелой атаки – отсутствие положительной динамики клинических и лабораторных показателей, несмотря на системное введение глюкокортикостероидов (ГКС) в дозе, эквивалентной 2 мг/кг массы тела преднизолона, в течение более чем 7 дней;

1.2. В случае среднетяжелой атаки – сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной 0,75-1 мг/кг массы тела преднизолона, в течение 2 недель

2. Гормональная зависимость:

- 2.1. Увеличение активности болезни при уменьшении дозы ГКС после достижения исходного улучшения в течение 3 месяцев от начала лечения;
- 2.2. Возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.

Классификация БК

По характеру течения выделяют :

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
2. Хроническое течение (более 6 месяцев от дебюта заболевания).

ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ

определяется:

- тяжестью текущего обострения,
- наличием внекишечных проявлений и осложнений,
- протяженностью поражения,
- рефрактерностью к лечению, в частности, развитием гормональной зависимости и резистентности.

Для формулировки диагноза и определения тактики лечения

следует определять тяжесть текущего обострения, для чего

используются простые критерии,

разработанные **Обществом по изучению ВЗК при Ассоциации**

Тяжесть атаки по критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России

Критерий	Степень тяжести атаки		
	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Средняя частота стула/сутки за последние 3 дня	менее 4	4-6	7 и более
Боль в животе	отсутствует или незначительная	умеренная	Сильная
Лихорадка, °С	отсутствует	< 38°	> 38°
Тахикардия	отсутствует	< 90 уд. в 1 мин.	> 90 уд. в 1 мин.
Снижение массы тела	отсутствует	< 5%	5% и более
Гемоглобин	> 100 г/л	90-100 г/л	< 90 г/л
СОЭ	норма	< 30 мм/час	> 30 мм/час
Лейкоцитоз	отсутствует	умеренный	высокий с изменением формулы
СРБ	норма	< 10 г/л	> 10 г/л
Гипопротеинемия	отсутствует	незначительная	Выраженная
Внекишечные проявления (любые)	нет	есть	Есть
Кишечные осложнения (любые)	нет	есть	Есть

Таблица 2. Индекс активности БК по Бесту [5, 13]

Симптомы	Коэффициент умножения
Число эпизодов жидкого или очень мягкого стула в неделю	2
Выраженность болей в животе: нет = 0, незначительные = 1, значительные = 2, сильные до непереносимых = 3	3
Изменение общего состояния: нет = 0, незначительное = 1, значительное = 2, тяжелое = 3, крайне тяжелое = 4	7
Внекишечные симптомы (артрит, узловатая эритема, афтозный стоматит, свищи, повышение температуры тела более 37,5 °С в течение предшеству- ющих 7 дней, гангренозная пиодермия, увеит, ирит, анальные трещины, анальные свищи, абсцесс)	20
Необходимость симптоматического лечения по поводу диареи (нет = 0, да = 1)	30
Наличие участка мышечной резистентности при пальпации живота (нет = 0, сомнительно = 2, достоверно = 5)	10
Показатели гематокрита (женщины: 42 минус значение гематокрита; мужчины: 47 минус значение гематокрита)	6
Масса тела (1 минус отношение «масса тела пациента/нормальная масса тела»)	100

Примечание: трактовка индекса Беста: легкая форма — 150–300 баллов, среднетяжелая форма — 301–450 баллов, тяжелая форма > 450 баллов, состояние клинической ремиссии < 150 баллов.

При формулировании диагноза следует отразить:

- а) локализацию поражения с перечислением пораженных сегментов ЖКТ;
- б) фенотипический вариант;
- в) тяжесть текущего обострения или наличие ремиссии заболевания;
- г) характер течения заболевания

МОНРЕАЛЬСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

1. Возраст к моменту установления диагноза

A1 – 16 лет или меньше A2 – 17-40 лет

A3 – свыше 40 лет

2. Локализация процесса

L1 – терминальный отдел подвздошной кишки

L2 – ободочная кишка (колит)

L3 – илеоколит

L4 – верхние отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

L1+ L4 – терминальный илеит + верхние отделы ЖКТ

L2+ L4 – колит + верхние отделы ЖКТ

L3+ L4 – илеоколит + верхние отделы ЖКТ

3. Характер течения

B1 – нестриктурирующий, непенетрирующий

B2 – стриктурирующий

B3 – пенетрирующий

B1p – нестриктурирующий, непенетрирующий +

перианальные поражения B2p – стриктурирующий +

перианальные поражения

B3p – пенетрирующий + перианальные поражения

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

КИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

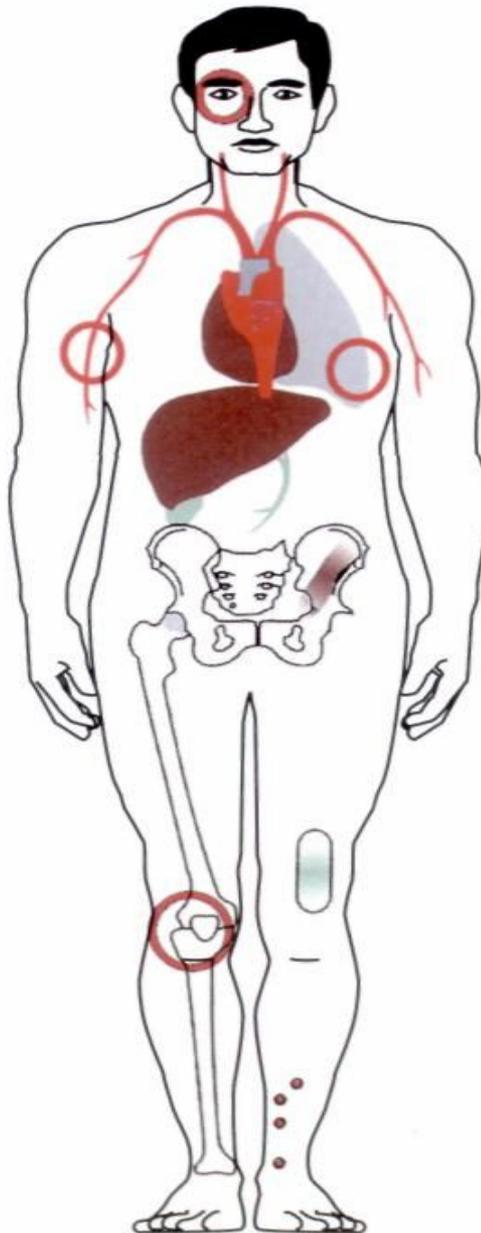
- хроническая диарея (более 6 недель), в большинстве случаев без примеси крови,
- боли в животе чаще в нижнем правом квадранте, связанные с приемом пищи (через 30 минут – гастроилеальный рефлекс, и через 3-4 часа, когда химус достигает пораженного отдела), а также с дефекацией,
- лихорадка и анемия неясного генеза,
- симптомы кишечной непроходимости
- перианальные осложнения (хронические анальные трещины, рецидивирующие после хирургического лечения, парапроктит, свищи прямой кишки)

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Поражение сосудов
Васкулит
Тромбоэмболии

Поражение печени
Жировой гепатоз
Хронический активный
гепатит
Первичный
склерозирующий
холангит

Поражение суставов
Периферическая
артропатия
Сакроилеит
Спондилит



Поражение глаз
Эписклерит
Увеит
Конъюнктивит

Поражение сердца
Плевроперикардит
Миокардит

Поражение почек
Оксалатные камни
Повреждение почечных
канальцев

Поражение кожи
Гангренозная пиодермия
Узловатая эритема

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:

Артропатии (артралгии, артриты)

Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)

Поражение слизистых (афтозный стоматит)

Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)

Анкилозирующий спондилит (сакроилеит)

Первичный склерозирующий холангит (редко)

Остеопороз, остеомаляция

Псориаз

Псориатический артрит

Холелитиаз

Стеатоз печени стеатогепатит

Тромбоз периферических вен, тромбоз эмболия легочной артерии

Амилоидоз

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:

Анкилозирующий спондилит (сacroилеит)

Первичный склерозирующий холангит (редко)

Остеопороз, остеомаляция

Псориаз

Псориатический артрит

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:

Холелитиаз

Стеатоз печени стеатогепатит

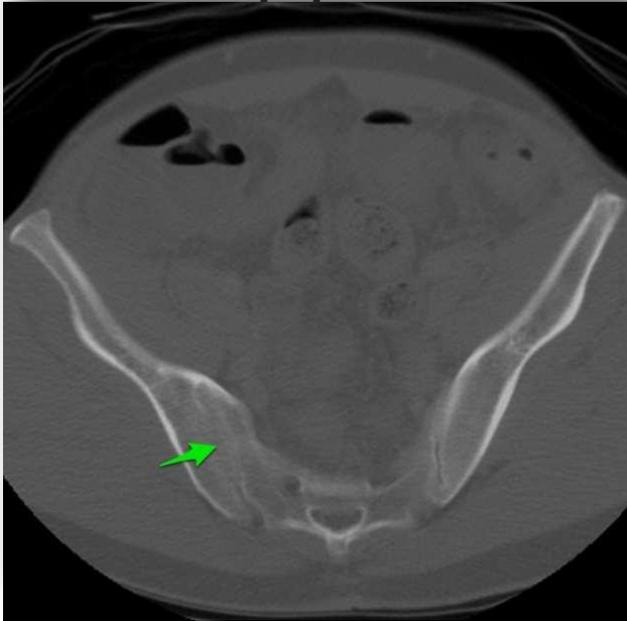
Тромбоз периферических вен, тромбоз эмболия
легочной артерии

Амилоидоз

Внекишечные проявления

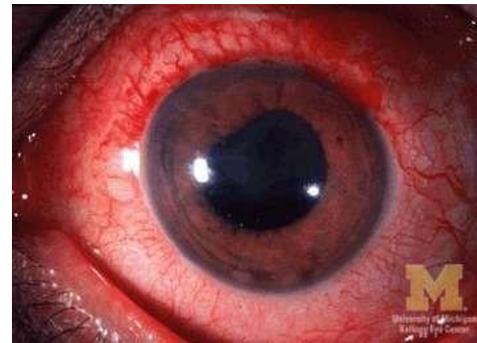
Периферическая и
осевая

артропатия



• Анкилоз правого крестцово-
подвздошного
сустава в исходе сакроилеита

Эписклерит и



Внекишечные проявления

Афтозный стоматит



Системные проявления:

лихорадка;

симптомы интоксикации, слабость;

снижение массы тела;

тахикардия, постуральная гипотензия

ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

- наружные свищи (кишечно-кожные),
- внутренние свищи (межкишечные, кишечно-пузырные, ректо-вагинальные),
- инфильтрат брюшной полости,
- межкишечные или интраабдоминальные абсцессы,
- стриктуры ЖКТ (с нарушением кишечной проходимости и без таковой),
- анальные трещины,
- парапроктит (при аноректальном поражении), кишечное кровотечение (редко).

ДИАГНОСТИКА Физикальное обследование

- осмотр, аускультация, перкуссия и пальпация живота
- осмотр перианальной области -
пальцевое исследование прямой кишки

ДИАГНОСТИКА

- **диагностических критериев БК не существует,**
- **диагноз устанавливается на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений**

критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones

1. локализация в любом месте ЖКТ от полости рта до анального канала; хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение;
2. прерывистый характер поражения;
3. трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи;
4. фиброз: стриктуры;
5. лимфоидная ткань (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления;
6. муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки;
7. наличие эпителиоидной гранулемы.

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Диагноз должен быть подтвержден

- эндоскопическим и морфологическим методом
- и/или
- эндоскопическим и лучевым методом диагностики

Диагностика Болезни Крона

Преимущественно основана на инструментальных методах исследования. Для подтверждения диагноза необходимы следующие мероприятия:

- обзорная рентгенография брюшной полости (при симптомах кишечной непроходимости)
- колоноскопия с илеоскопией
- эзофагогастродуоденоскопия
- МРТ, КТ с контрастированием кишечника (диагностика свищей, абсцессов, инфильтратов);
- фистулография (при наличии наружных свищей);
- при невозможности провести МРТ или КТ допустимо рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки с бариевой взвесью (после исключения признаков непроходимости)
- биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза ТРУЗИ или МР-исследование прямой кишки и анального канала (при перианальных поражениях)

Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом; *и/или*
- эндоскопическим и рентгенологическим методом.

При необходимости проводят следующие **дополнительные исследования:**

- капсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки и при отсутствии стриктур).
- баллонная энтероскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки).

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА

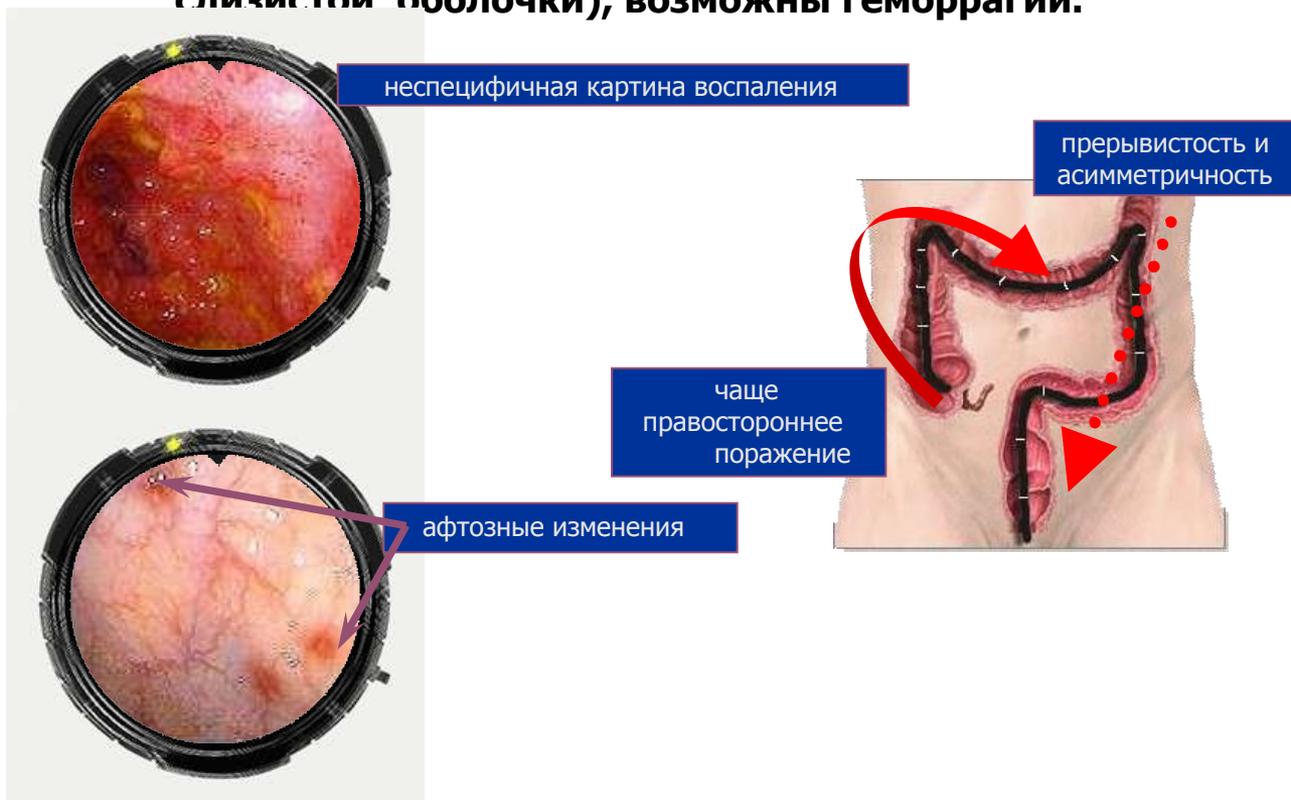
- регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки,
- симптом **"булыжной мостовой"** (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отежной гиперемированной слизистой оболочкой),
- линейные язвы (язвы-трещины),
- афты,
- в некоторых случаях – стриктуры и устья свищей

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Прерывистое поражение, чередование здоровой слизистой оболочки и участков поражения
- **Фаза инфильтрации:**
 - Отек подслизистого слоя (белесая, с желтым оттенком слизистая оболочка), минимальное поражение слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка
 - Афтозные язвы (мелкие эрозии на вершукке возвышающейся отечной слизистой оболочки)
- **Фаза язв**
 - Глубокие, *дискретные продольные язвы* с ровными или подрытыми краями.
 - Феномен "*булыжной мостовой*": продольные язвы-трещины, разделенные поперечными язвами, с островками отечной слизистой оболочки
- **Фаза рубцевания**
 - Атрофия слизистой оболочки, измененный сосудистый рисунок
 - Множественные рубцы и рубцовые стриктуры, деформирующие

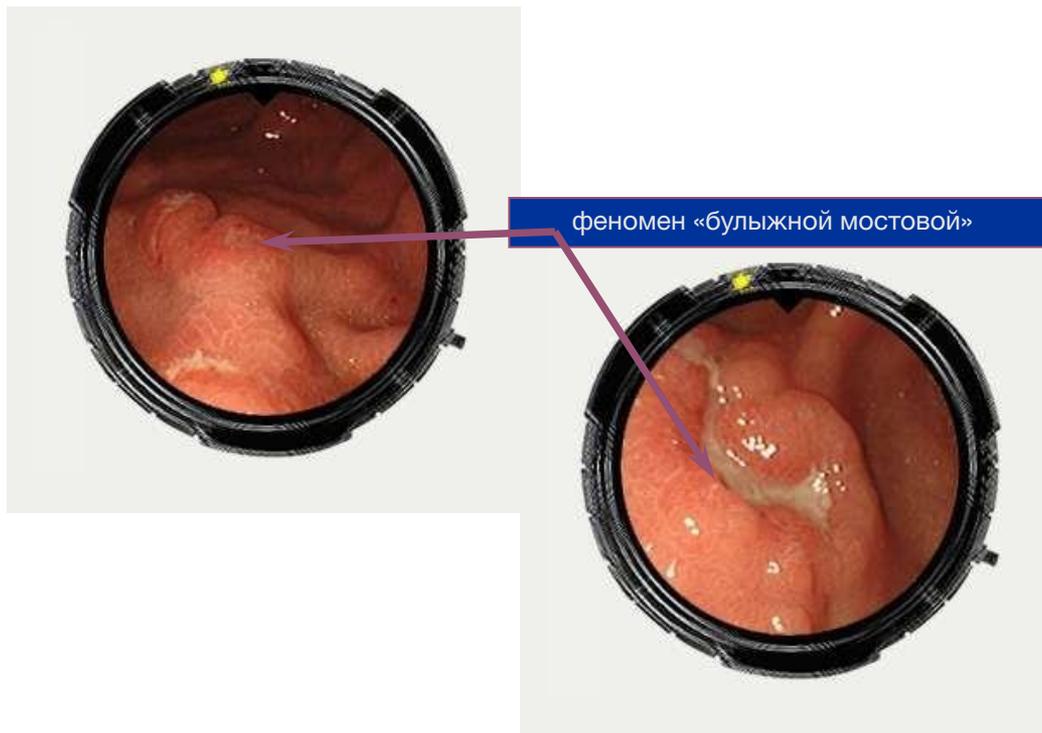
БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

фаза инфильтрации: отек подслизистого слоя (белесая, с желтым оттенком слизистая оболочка), минимальное поражение слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка. Самый важный признак наличие **афтозных язв** (мелкая эрозия слизистой оболочки на вершине возвышающейся отечной слизистой оболочки), возможны геморрагии.



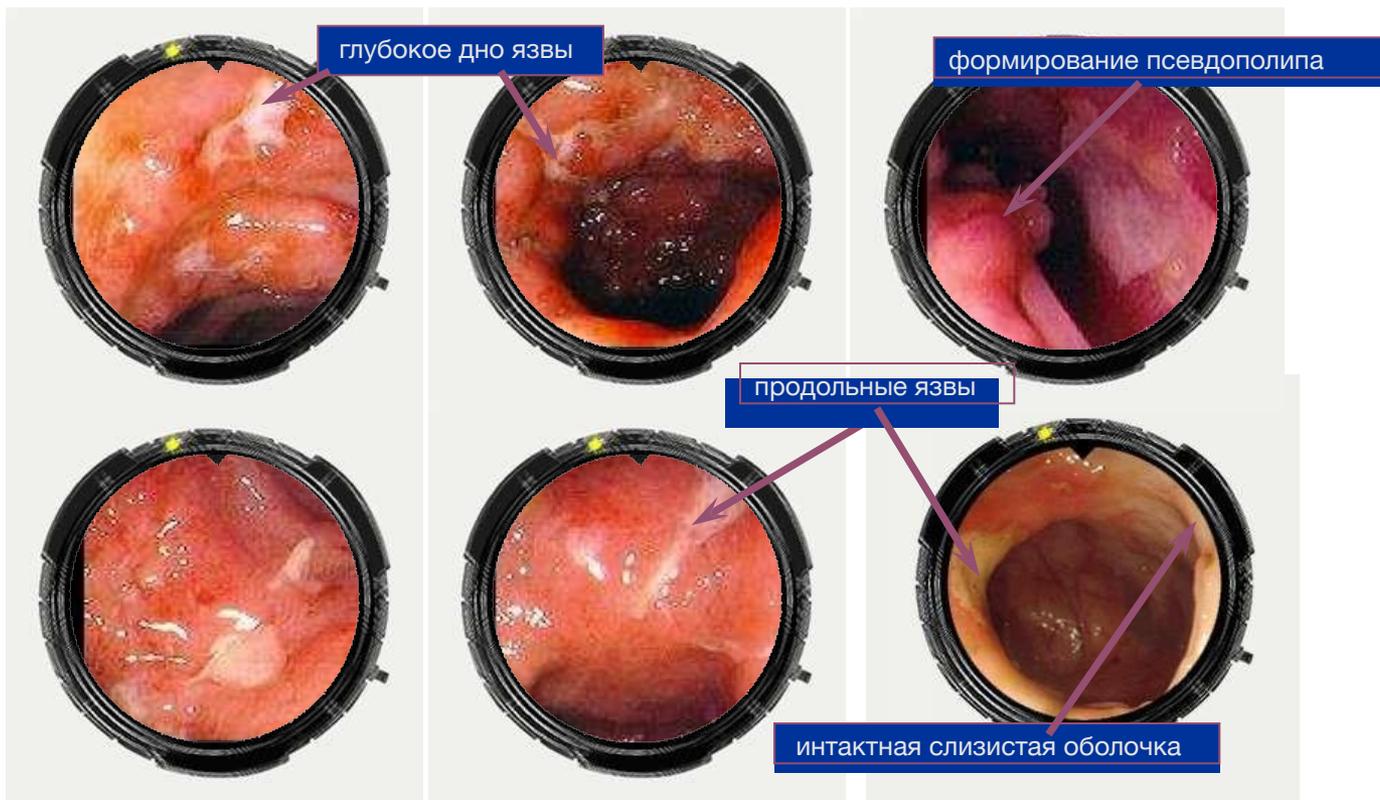
БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

эндофотографии феномена «бульжной мостовой»



БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

фаза язв и трещин (деструкции): глубокие, дискретные *продольные язвы* с подрытым краем, в этой фазе возможно образование абсцессов, флегмон и свищей, а также кровотечение.

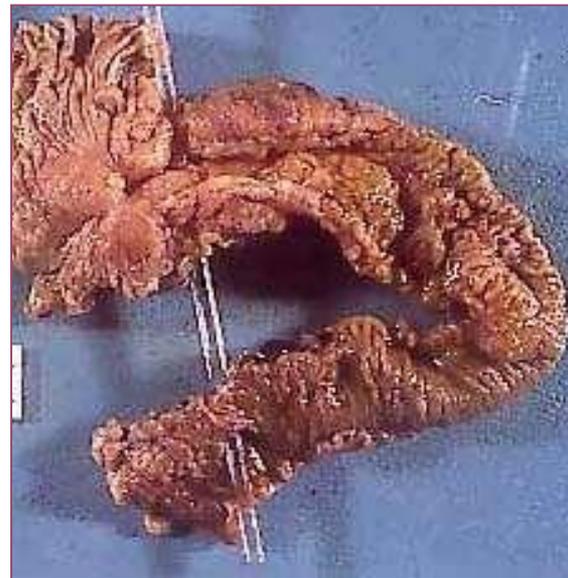
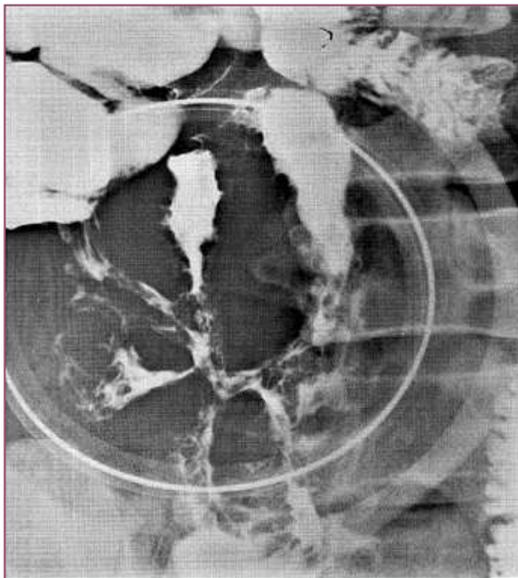


МОРФОЛОГИЧЕСКИ:

- Глубокие щелевидные **язвы**, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой;
- Эпителиоидные **гранулемы** (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток), которые обычно обнаруживаются в стенке резецированного участка и только в 15-36% случаев – при биопсии слизистой оболочки);
- Фокальная (дискретная) **лимфоплазмочитарная инфильтрация** собственной пластинки слизистой оболочки;
- Трансмуральная **воспалительная инфильтрация** с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки;
- Поражение подвздошной кишки со структурными **изменениями ворсин**, мукоидной или псевдопилорической метаплазией крипт и хроническим активным воспалением;
- Прерывистое поражение – **чередование пораженных и здоровых участков кишки** (при исследовании резецированного участка кишки).

В отличие от ЯК, крипт-абсцессы при БК формируются редко, а секреция слизи остается нормальной.

ВНУТРЕННИЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА



БОЛЕЗЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*эндофотографии стадии ремиссии
(явления фиброза)*



ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- уровня общего гемоглобина, железа, трансферрина и ферритина, гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ)
- уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, общего белка,
- альбуминов в крови,
- натрия, калия в крови,
- аланинаминотрансферазы,
- аспартатаминотрансферазы,
- щелочной фосфатазы в крови

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- При клиническом анализе крови могут быть диагностированы **анемия** (железодефицитная, анемии хронического заболевания, В-12- или фолат-дефицитная),
- **лейкоцитоз** (на фоне хронического воспаления, при наличии абсцесса или на фоне стероидной терапии).
- Биохимическое исследование позволяет выявить **электролитные нарушения, гипопроотеинемию** (в частности, гипоальбуминемию).
- При необходимости дифференциальной диагностики анемии целесообразно исследовать уровень фолиевой кислоты, витамина В-12, сывороточного железа, общую железосвязывающую способность сыворотки, ферритина

МОНИТОРИНГ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ В КИШЕЧНИКЕ

анализ кала на фекальный кальпротектин

(Уровень убедительности рекомендации А)

Пациентам с БК при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре рекомендовано выполнять

копрологическое исследование для исключения острой кишечной инфекции, исследование на наличие токсинов **клостридии диффициле (Clostridium difficile)** для исключения клостридиальной инфекции

Инструментальные диагностические исследования (1)

- Пациентам с подозрением на БК с целью первичной диагностики рекомендуется выполнение ректороманоскопии

Пациентам с симптомами кишечной непроходимости рекомендуется обзорная рентгенография брюшной полости для подтверждения данного состояния

Пациентам с БК при необходимости определения локализации, протяженности, степени активности воспалительного процесса рекомендовано проведение колоноскопии с исследованием терминального отдела подвздошной кишки

Инструментальные диагностические исследования (2)

Пациентам при первичной диагностике БК, подозрении на прогрессирование заболевания, при признаках рецидива, а также при ежегодном контроле рекомендовано проведение **эзофагогастродуоденоскопии** для исключения/подтверждения поражения верхних отделов ЖКТ

Пациентам с БК при необходимости определения локализации, протяженности, степени активности воспалительного процесса рекомендовано проведение **магнитно резонансной томографии (МРТ) и/или компьютерной томографии (КТ) с контрастированием кишечника**, также для исключения осложнений основного заболевания в виде инфильтратов брюшной полости, межкишечных, межорганных свищей, перфораций, стриктур

Инструментальные диагностические исследования (3)

Пациентам с перианальными проявлениями БК в виде свищей прямой кишки или при подозрении на них рекомендовано проведение **МРТ малого таза с внутривенным контрастированием** для подтверждения диагноза, определения локализации, протяженности свищевого хода и наличия/отсутствия осложнений

При **невозможности выполнения МРТ** таким пациентам рекомендовано выполнение **ультразвукового исследования (УЗИ) ректальным датчиком и фистулография**. Однако чувствительность и специфичность данных методов в настоящее время уступают МРТ. Целью обследования при перианальных проявлениях БК является, в первую очередь, исключение острого гнойного процесса в параректальной области, требующего срочного хирургического лечения.

Инструментальные диагностические исследования (4)

Пациентам при невозможности проведения КТ или МРТ, после исключения кишечной непроходимости рекомендовано проведение **рентгенографии тонкой кишки с контрастированием** для подтверждения локализации и протяженности воспалительного процесса, межкишечных, межорганных свищей, стриктур

Пациентам с острой атакой БК или **при первом обращении рекомендовано проведение биопсии слизистой оболочки кишки** в зоне поражения и патолого-анатомическое исследование биопсийного материала для уточнения диагноза

Инструментальные диагностические исследования (5)

Всем пациентам с БК рекомендовано проведение **ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза** для исключения осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии

Пациентам с **подозрением на поражение верхних отделов ЖКТ** (при отсутствии участков сужения просвета ЖКТ) и отсутствии признаков воспаления при МРТ, КТ и УЗИ или невозможности их проведения, рекомендовано проведение **видеокапсульной эндоскопии** для подтверждения диагноза, определения локализации, степени активности воспалительного процесса

Пациентам с БК при необходимости проведения капсульной эндоскопии до этого исследования рекомендовано выполнять рентгенологические исследования (КТ тонкой кишки с контрастированием или МРТ тонкой кишки с контрастированием)

Инструментальные диагностические исследования (6)

Всем пациентам с БК рекомендовано проведение **ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза** для исключения осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии

Пациентам с **подозрением на поражение верхних отделов ЖКТ** (при отсутствии участков сужения просвета ЖКТ) и отсутствии признаков воспаления при МРТ, КТ и УЗИ или невозможности их проведения, рекомендовано проведение **видеокапсульной эндоскопии** для подтверждения диагноза, определения локализации, степени активности воспалительного процесса

Пациентам с БК при необходимости проведения капсульной эндоскопии до этого исследования рекомендовано выполнять рентгенологические исследования (КТ тонкой кишки с контрастированием или МРТ тонкой кишки с контрастированием)

Инструментальные диагностические исследования (7)

Пациентам с БК при подозрении на поражение тонкой кишки и невозможности достоверного подтверждения диагноза по данным колоноскопии (с исследованием терминального отдела тонкой кишки), КТ и МРТ, невозможности проведения видеокапсульного исследования, рекомендована **двухбаллонная интестиноскопия**, для подтверждения диагноза, определения локализации и степени активности воспалительного процесса

факторы неблагоприятного прогноза заболевания

- на момент установления диагноза (возраст пациента < 40 лет,
- распространенное (> 100 см) поражение тонкой кишки,
- ранняя потребность в назначении системных стероидов,
- наличие перианальной болезни Крона,
- пенетрирующая форма (B3),
- вовлечение верхних отделов ЖКТ (L4),
- отсутствие заживления слизистой оболочки при достижении клинической ремиссии,
- статус курильщика,
- наличие эпителиоидных гранулем,
- наличие сопутствующих аутоиммунных заболеваний.

Дифференциальный диагноз БК проводят с:

- язвенным колитом;
- острыми кишечными инфекциями:
 - дизентерией,
 - сальмонеллезом,
 - кампилобактериозом,
 - иерсиниозом,
 - амебиазом
- глистными инвазиями;
- паразитами;
- антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (*Cl. difficile*);
- туберкулезом кишечника;
- системным васкулитом;
- неоплазиями толстой и тонкой кишки;

**Цели терапии всех форм БК
соответствуют стратегии -**

**"лечения до достижения
цели"
("treat to target")**

Цели терапии БК

- индукция ремиссии и ее поддержание без ГКС,
- профилактика осложнений,
- предупреждение операции,
- а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.
- Поскольку хирургическое лечение не приводит к полному излечению пациентов с БК даже при радикальном удалении всех пораженных сегментов кишечника, необходимо проведение противорецидивной терапии, которую следует начать не позднее 2 недель после перенесенного

Лечение воспалительных заболеваний кишечника (общие принципы при ЯК и БК):

Лечебное питание, при тяжелом течении – парентеральное питание

Средства для индукции ремиссии:

1. **Системные глюкокортикостероиды** (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид - таблетки кишечнорастворимые с пролонгированным высвобождением гранулы кишечнорастворимые),
2. в комбинации **с иммуносупрессорами** (азатиоприн (АЗА), меркаптопурин (МП), метотрексат (МТ)),
3. **Биологические генно-инженерные препараты:**
 - ингибиторы фактора некроза опухоли (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаба пэгол),
 - ингибиторы интерлейкина (устекинумаб**)
4. **Селективные иммунодепрессанты** (ведолизумаб**)
5. **Антибиотики.**

ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель

Средства для поддержания ремиссии

1. **Иммунодепрессанты** (АЗА, МП*),
2. **Биологические препараты** (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб и ведолизумаб)

БК в форме терминального илеита, легкая степень тяжести

Будесонида суточная доза составляет 9 мг/сут однократно или по 3 мг 3 раза в день в течение 10 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены.

При приеме саше суточная доза составляет 9 мг/в сутки однократно в течение 16 недель с последующим снижением по 9 мг через день в течение двух недель.

Терапевтический эффект будесонида** следует оценивать через 2-4 недели.

в качестве **противорецидивной терапии** рекомендуется раннее (**одновременно с будесонидом**) назначение **иммуносупрессоров** (АЗА 2-2,5 мг/кг в день или МП 1,5 мг/кг в день), а при их непереносимости или неэффективности – МТ (25 мг/нед. п/к или в/м)

после отмены **будесонида**** рекомендуется проводить **противорецидивную терапию** тиопуринами (АЗА**/#МП**) не менее 2-4 лет в терапевтических дозах

локализации средней тяжести

для индукции ремиссии рекомендованы **кортикостероиды для местного применения (будесонид 9 мг/сут)**.

Режим дозирования, сроки оценки эффективности как при легкой БК

для индукции ремиссии БК, при наличии инфильтрата, воспалительного сужения и признаков системного воспаления, рекомендуются кортикостероиды для системного применения

(**преднизолон 0,75-1 мг/кг** массы тела или эквивалентные дозы других кортикостероидов)

Эффективность кортикостероидов оценивается через 2-4 недели

ЭКВИВАЛЕНТЫ ДОЗ:

Метилпреднизолон 4 мг-

преднизолон 5 мг -

гидрокортизон 20 мг.

*при достижении клинической ремиссии рекомендуется **снижение дозы кортикостероидов на 5 мг в 5-7 дней до полной отмены на фоне продолжения терапии иммунодепрессантами***

При наличии признаков системного воспаления и/или инфильтрата брюшной полости рекомендуются **кортикостероиды** для системного применения в сочетании с **антибиотиками**

БК илеоцекальной локализации средней тяжести

Противорецидивной терапии
рекомендуется раннее
(одновременно с
кортикостероидами)
назначение
иммунодепрессантов

(АЗА 2-2,5 мг/кг

или МП 1,5 мг/кг)

МТ (25 мг/нед. п/к или в/м) при
непереносимости или
неэффективности АЗА

Данной группе пациентов
после отмены
кортикостероидов
рекомендуется проводить
поддерживающую терапию
иммунодепрессантами
(тиопурины) (АЗА/МП)
длительно

БК илтеоцекальнор локализации средней тяжести (терапия ГИБП)

Пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью кортикостероидов или при неэффективности или непереносимости иммунодепрессантов рекомендуется терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб**, адалимуаб**, цертолизумаба пэгол**, устекинумаб** или ведолизумаб**)

Пациентам, достигшим ремиссии любым из биологических препаратов, рекомендуется перейти к поддерживающей терапии тем же препаратом (с иммунодепрессантами или без них)

Пациентам с активной БК при неэффективности консервативной терапии рекомендовано хирургическое лечение

БК толстой кишки любой локализации

1. Пациентам с легким и среднетяжелым обострением рекомендуется терапия кортикостероидами для системного применения (**преднизолон** или эквивалентные дозы других кортикостероидов**) перорально

Доза преднизолона** 0,75-1 мг/кг массы тела.

Оценка терапевтического эффекта производится через 2-4 недели.

Пациентам с тяжелым обострением рекомендуется терапия системного применения (преднизолон** или эквивалентные дозы других ГКС) перорально или внутривенно

Преднизолон 1-2 мг/кг массы тела.

Оценка терапевтического эффекта производится через 2-4 недели.

Не рекомендуется продолжать терапию кортикостероидами более 12 недель.

БК толстой кишки любой локализации

Одновременно с кортикостероидами для системного применения рекомендуется назначить иммунодепрессанты:

АЗА (2-2,5 мг/кг)

или **МП (1,5 мг/кг),**

а при непереносимости тиопуринов – МТ (25 мг/нед п/к или в/м 1 раз в неделю)

Данной группе пациентов в случае наличия признаков активного системного воспаления и/или наличия инфильтрата рекомендуется добавить антибиотики в схему лечения.

Данной группе пациентов, достигших клинической ремиссии (индекс активности болезни Крона (ИАБК) < 150), рекомендуется снижение дозы кортикостероидов на 5 мг в 5-7 дней до полной отмены на фоне продолжения терапии иммунодепрессантами в качестве поддерживающей терапии

БК толстой кишки любой локализации

Данной группе пациентов, получающих поддерживающую терапию иммунодепрессантами, рекомендуется продолжать ее **не менее 4 лет** для поддержания стойкой ремиссии.

Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью ГКС или при неэффективности/непереносимости и иммунодепрессантов, рекомендуется биологическая терапия в виде индукционного курса (**инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб**), с последующим переходом на длительное (многолетнее) поддерживающее лечение.

Пациентам с активной БК при назначении **инфликсимаба**** рекомендуется **комбинировать его с иммунодепрессантами (тиопурины) для повышения эффективности лечения**

ОТЛИЧИЯ ПРОГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

- **Больной ЯК**
считается излеченным
после операции
тотальной колэктомии
- **В настоящее время**
БК невозможно
излечить ни
консервативными, ни
хирургическими
методами

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ



ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением её слизистой оболочки.

При ЯК поражается только толстая кишка (за исключением ретроградного илеита), в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой (за исключением острого сверх-тяжёлого (фульминантного) колита) и носит диффузный характер.¹

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

**Пики заболеваний:
первый - 20-30 лет,
второй - средний возраст**

Семейная предрасположенность

**Поражается только толстая кишка (чаще проктосигмоидит),
всегда поражается прямая кишка (кроме случаев, когда
применялось местное лечение).**

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ

Острое течение	Хроническое непрерывное течение	Хроническое рецидивирующее течение
Менее 6 месяцев, от дебюта заболевания	Отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии	Наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии

МОНРЕАЛЬСКАЯ КЛАСИФИКАЦИЯ ЯК ПО ПРОТЯЖЕННОСТИ

Проктит	Поражение ограничено прямой кишкой
Левосторонний колит	Поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
Тотальный колит	Поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом)

МОНРЕАЛЬСКАЯ (TRUELOVE-WITTS) КЛАССИФИКАЦИЯ ЯК ПО ТЯЖЕСТИ АТАКИ

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота дефекаций с кровью	<4	4-6, если:	≥6, если:
Пульс		≤90 уд/мин	>90 уд/мин или
Температура		≤37,5 °C	>37,5 °C или
Гемоглобин		≥105 г/л	<105 г/л или
СОЭ		≤30 мм/ч	>30 мм/ч
Контактная ранимость слизистой оболочки толстой кишки	Нет	Есть	Есть

ТЯЖЕСТЬ АТАКИ СОГЛАСНО ИНДЕКСУ АКТИВНОСТИ ЯК (ИНДЕКС МЕЙО)

Значение индекса	0	1	2	3
Частота стула	Обычная	на 1-2/день больше обычной	На 3-4/день больше обычной	на 5/день больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки крови	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Состояния слизистой оболочки	Норма	Минимальная активность (1 балл по шкале Schroeder)	Умеренная активность (2 балла по шкале Schroeder)	Выраженная активность (3 балла по шкале Schroeder)
Общая оценка состояния врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние

Тяжесть атаки устанавливается по сумме баллов:

1-4 - минимальная активность,

4-8 - умеренная активность,

9 и более - высокая активность ЯК.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТВЕТА НА ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Гормональная резистентность

В случае тяжелой атаки - отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей несмотря на применение системных ГКС в дозе, эквивалентной 75 мг преднизолона или 60 мг метилпреднизолона в сутки, в течение более чем 7 дней.

В случае среднетяжелой атаки - сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, в течение 2 недель.

Гормональная зависимость

Увеличение активности болезни, возникшее при уменьшении дозы ГКС после достижения исходного улучшения в течение 3 месяцев от начала лечения.

Возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.

Кишечные симптомы (1)

Примесь крови в стуле - 95-100% при НЯК.

Диарея – 60-65%.

Тенезмы.

Диарея и тенезмы не только днем, но и ночью.

Запор (с тенезмами) при дистальном поражении.

Боль в животе (больше характерна для БК).

Кишечные симптомы (2)

боли в животе от умеренных до схваткообразных;

диарея, частота которой зависит от тяжести болезни;

каловые массы полуоформленные или жидкие;

кровь, гной, слизь в кале в зависимости от тяжести болезни;

системные и внекишечные проявления могут отсутствовать при ограниченных поражениях. При распространенных процессах эти симптомы присутствуют всегда.

В тяжелых случаях:

- **сильные схваткообразные боли в животе,**
- **частый жидкий стул с кровью и гноем в испражнениях, тенезмы,**
- **обезвоживание,**
- **анемия,**
- **повышение температуры,**
- **массы тела,**
- **внекишечные симптомы: тахикардия, постуральная гипотензия, нередко токсический мегаколон, лейкоцитоз со сдвигом влево, гипоальбуминемия,**

Внекишечные проявления язвенного колита

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:
<ul style="list-style-type: none">✓ Артропатии (артралгии, артриты)✓ Поражение кожи: узловая эритема, гангренозная пиодермия✓ Поражение слизистых: афтозный стоматит✓ Поражение глаз: увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит	<ul style="list-style-type: none">✓ Первичный склерозирующий холангит, перихолангит✓ Анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит✓ Серонегативный ревматоидный артрит✓ Псориаз	<ul style="list-style-type: none">✓ Холелитиаз✓ Стеатоз печени, стеатогепатит✓ Тромбоз периферических вен, тромбоемболия легочной артерии✓ Амилоидоз

«Сверхтяжелая» или «крайне тяжелая атака» ЯК

В клинической практике нередко встречается особая форма ЯК, характеризующаяся диареей более 10-15 раз в сутки, нарастающим падением гемоглобина, лихорадкой выше 38 °С, тяжелой гипопроотеинемией и электролитными сдвигами, высоким уровнем СРБ. В англоязычной литературе такую форму называют acute severe UC.

ДИАГНОСТИКА

Эндоскопически:

1 степень: отек, гиперемия, петехии, эрозии, контактная кровоточивость;

2 степень: - язвы с гнойными или слизистогнойными тяжами, неглубокие, нередко сливные;

3 степень - на фоне описанных изменений псевдополипы.

ДИАГНОСТИКА

Рентгенологически:

- гипермоторная дискинезия,
- зазубренность контуров или пуговчатоподобные ниши (соответствуют язвам),
- полиповидные образования,
- отсутствие гаустр,
- укорочение и ригидность кишки.

Ирригоскопия



- Нормальная рентгенологическая картина толстого кишечника при двойном контрастировании (контрастное вещество и газ)

язвенный колит, симптом "водосточной трубы". Ирригограмма.

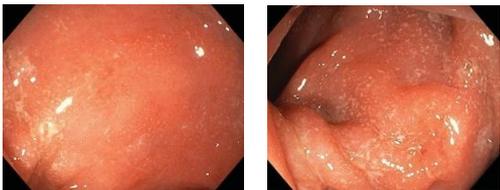


ДИАГНОСТИКА

Макроскопическая картина:

- отек и гиперемия слизистой,
- контактная кровоточивость
- язвы, нередко сливающиеся между собой
- псевдополипоз

Рис. 1. Эндоскопическая картина ЯК минимальной степени активности



Гиперемия и отек (инфильтрация) слизистой оболочки, отсутствие или смазанность сосудистого рисунка, наличие мелкоточечных геморрагий и микроабсцессов, минимальная контактная кровоточивость.

Рис. 2. Эндоскопическая картина ЯК умеренной степени активности



Определяется деструктивными изменениями слизистой оболочки - эрозиями, поверхностными язвами небольших размеров, микроабсцессами, гнойным налетом, контактной или спонтанной кровоточивостью.

Рис. 3. Эндоскопическая картина ЯК выраженной степени активности

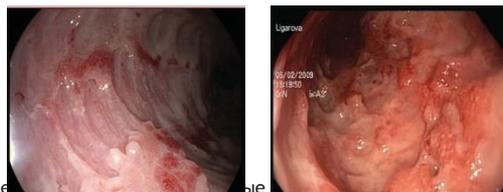


Характеризуется крупными язвами с налетом фибрина, спонтанной и выраженной контактной кровоточивостью.

Клинические РЕКОМЕНДАЦИИ терапии язвенного колита в схемах, 2019

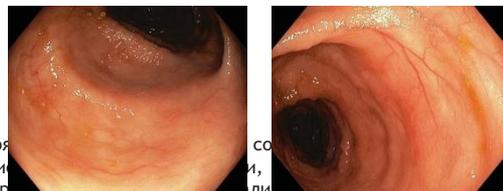
Фотографии предоставлены отделением эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. Описание эндоскопических картин согласно источнику⁶

Рис. 4. Эндоскопическая картина ЯК сверхтяжелой степени активности



Определены участки инфильтрированной слизистой оболочкой, или сплошной язвенной поверхностью с островками инфильтрированной слизистой оболочки.

Рис. 5. Язвенный колит - эндоскопическое проявление ремиссии (картина ранее перенесенного воспаления)



Проявлены участки, сохранившие признаки язвенных участков, единичных геморрагий, полипозных перетяжек.

ДИАГНОСТИКА

Микроскопическая картина:

- криптит, криптабсцессы, микро- и сливные язвы
- диффузная и интенсивная инфильтрация собственной пластинки слизистой лимфоцитами и плазмоцитами
- полнокровие сосудов слизистой с нарушением микроциркуляции и развитием диапедезных кровоизлияний и отек собственной пластинки.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ:

- Назначение ЛП
 - Хирургическое лечение
 - Психосоциальная поддержка
 - Диетические рекомендации
-

ВЫБОР ВИДА КОНСЕРВАТИВНОГО ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- Тяжестью атаки
- Протяженностью поражения толстой кишки
- Наличием внекишечных проявлений
- Длительностью анамнеза
- Эффективностью и безопасностью ранее проводимой терапии
- Риском развития осложнений ЯК

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ:

- **Достижение и поддержание бесстероидной клинико-эндоскопической ремиссии (прекращение приема ГКС в течение 12 недель после начала терапии)**
- **Профилактика осложнений ЯК - своевременное назначение хирургического лечения**

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ:

Неоперированные больные после достижения ремиссии должны оставаться на постоянной поддерживающей (противорецидивной) терапии 5-АСК и/или иммуносупрессорами, ГИБТ.

Важно выбирать терапию к которой пациенты будут привержены.

ПРОГРАММА (STRIDE)

«ВЫБОР ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ ПРИ ВЗК»

(Попытка до достижения цели)

**Клиническая ремиссия
(сообщается пациентом)**

Отсутствие примеси крови в стуле, нормальная частота и консистенция стула (оцениваются как минимум каждые 3 месяца до разрешения симптомов, далее - каждые 6 - 12 месяцев).

**Эндоскопическая ремиссия
(заживление слизистой)**

Эндоскопическая шкала Mayo 0 или 1 (оценивается каждые 3 - 6 месяцев у больных с симптомами, далее - как минимум каждые 3 месяца в течение активного заболевания).

Переходить на поддерживающую терапию следует после достижения эндоскопической ремиссии, которую необходимо контролировать.

Базисная терапия:

Препараты, содержащие 5-АСК первого поколения: **Сульфасалазин** (салазодиметоксин) продленного действия **1,5-2,0 г/сут**. Осложнения, обусловленные сульфадипиридином, в 10-30%: диспепсия, агранулоцитоз, анемия, гепатит, олигоспермия.

II поколение «новых» форм 5-АСК, лишенные токсических свойств (сульфапиридина) 80-е годы. Активное вещество - **Месалазин** заключено в специальное покрытие - энтеросолюбильную оболочку, что позволяет достигать активному веществу ТК (зависит от pH). Это характерно для **Салофалька** (таблетки, гранулы, свечи, аэрозоль)

Салофальк в форме пены (аэрозоля) для ректального применения



Превосходные адгезивные свойства: пена Салофалька® (30 мл) после более чем 4-часового нахождения в перевернутом стакане

Базисная терапия:

Системные ГКС (50-е годы)- препараты острой фазы, тяжелой и средней степени тяжести течения и осложненных формах. Высокая эффективность 80-89%, но эффект наступает через неделю, много побочных действий. Назначаются в/в, per os, начиная с 40- 60 мг/сут.

Базисная терапия:

Глюкокортикоиды, преимущественно местного действия: Будесонид (лишены побочных эффектов, это представители нового поколения).

Обладают высоким сродством к ГК - рецепторам, защитный слой растворяется при pH < 6,4 в терминальном отделе подвздошной кишки.

Доза: 9-12 мг/сут

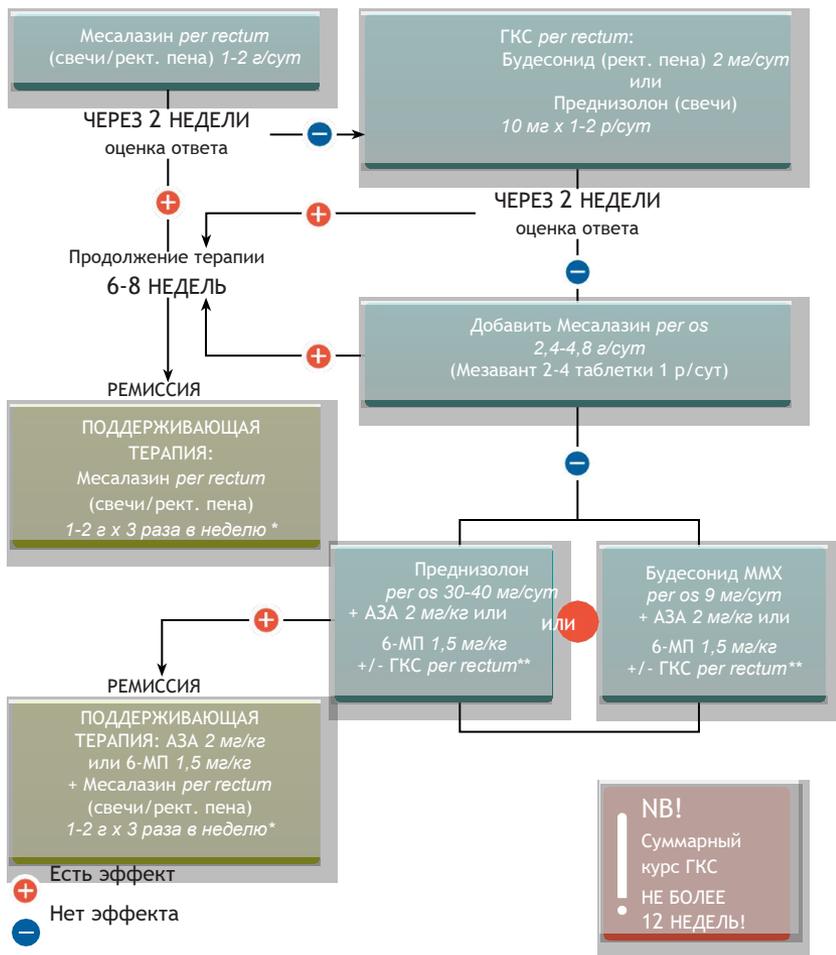
Базисная терапия:

Иммунодепрессанты и антиметаболиты при тяжелых, осложненных формах ВЗК:

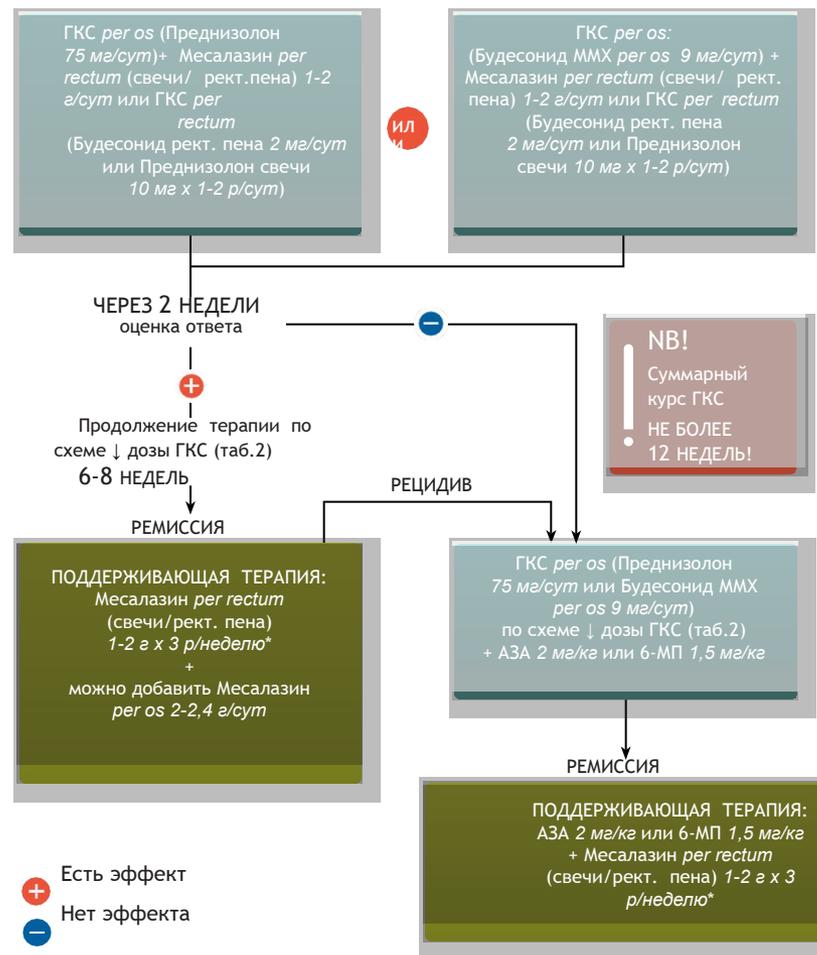
- 6-меркаптопурин 1,5-2,5 мг/кг
- азатиоприн 1,5-2,5 мг/кг/сут
- метатрексат 25 мг в/м 1 раз в неделю
- циклоспорин А (сандимун).

Эти препараты не показаны при острых формах ЯК и БК, т.к. лечебный эффект первый наступает через 10-12 недель.

ГИБТ терапия (ИНФЛИКСИМАБ, АДАЛИМАБ и др.)



* Регулярное применение, терапия по требованию или «терапия выходного дня».
 ** Возможно совмещение с местной терапией ГКС на усмотрение лечащего врача.
 Схема адаптирована согласно источникам [1,2].
 Эффективная доза перорального месалазина для поддержания ремиссии составляет не менее 2 г/сутки.²



* Регулярное применение, терапия по требованию или «терапия выходного дня».
 Схема адаптирована согласно источникам [1,2].
 Эффективная доза перорального месалазина для поддержания ремиссии составляет не менее 2 г/сутки.²

Таб.1. СХЕМА СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ ГКС ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯК

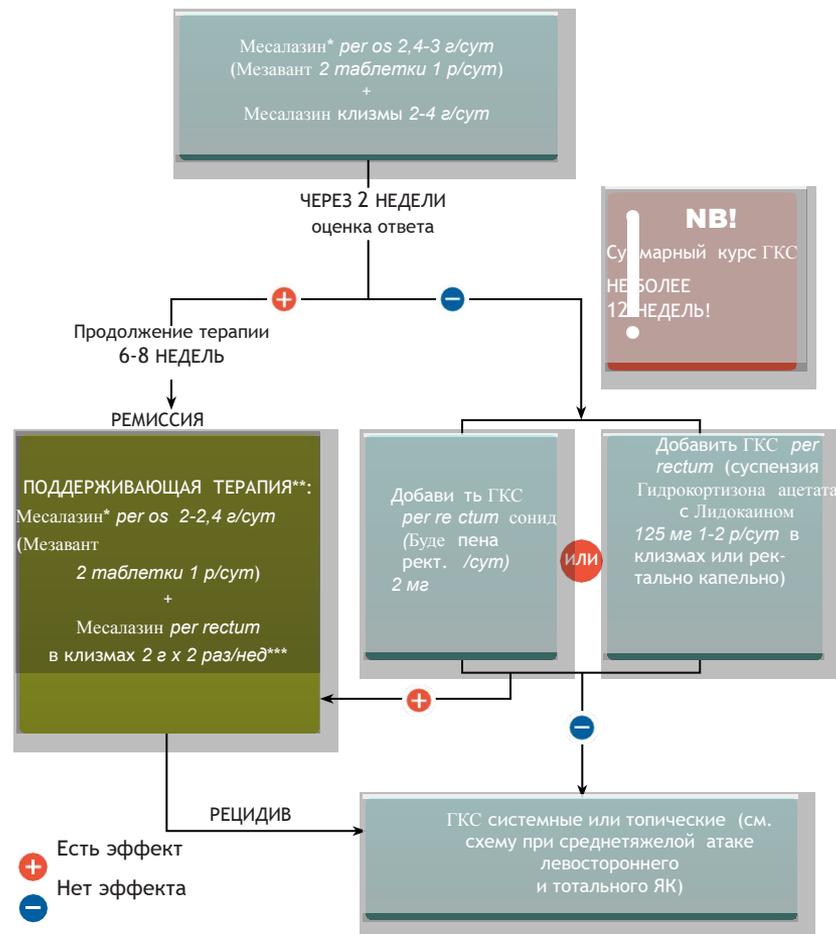
Неделя	Суточная доза Преднизолона, мг	Суточная доза Метилпреднизолона, мг
1	60	48
2	60	48
3	50	40
4	45	36
5	40	32
6	35	28
7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

Таб.2. СХЕМА СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ ГКС ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯК

Неделя	Суточная доза Преднизолона, мг	Суточная доза Метилпреднизолона, мг
1	75 (в/в введение)	60 (в/в введение)
2	75 (приём per os)	60 (приём per os)
3	65	52
4	55	44
5	45	36
6	35	28
7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

Снижение дозы ГКС до полной отмены по 5-10 мг Преднизолона или 4-8 мг Метилпреднизолона в неделю.

Равные дозы пероральных и внутривенных ГКС практически эквивалентны, поэтому исходный путь введения препарата не требует коррекции схемы снижения дозы ГКС.



* Допустимо назначение сульфасалазина 4 г/сут для индукции ремиссии и 2 г/сут для поддержания ремиссии вместо месалазина per os.

** Для поддерживающей терапии возможно применение Мезаванта в качестве монотерапии. В случае отсутствия ответа, при наличии приверженности терапии, следует добавить ректальные формы месалазина.⁵

*** Регулярное применение, терапия по требованию или «терапия выходного дня».

Схема адаптирована согласно источникам [1,2]. Эффективная доза перорального месалазина для поддержания ремиссии составляет не менее 2 г/сутки.²

ЛЕВОСТОРОННИЙ И ТОТАЛЬНЫЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

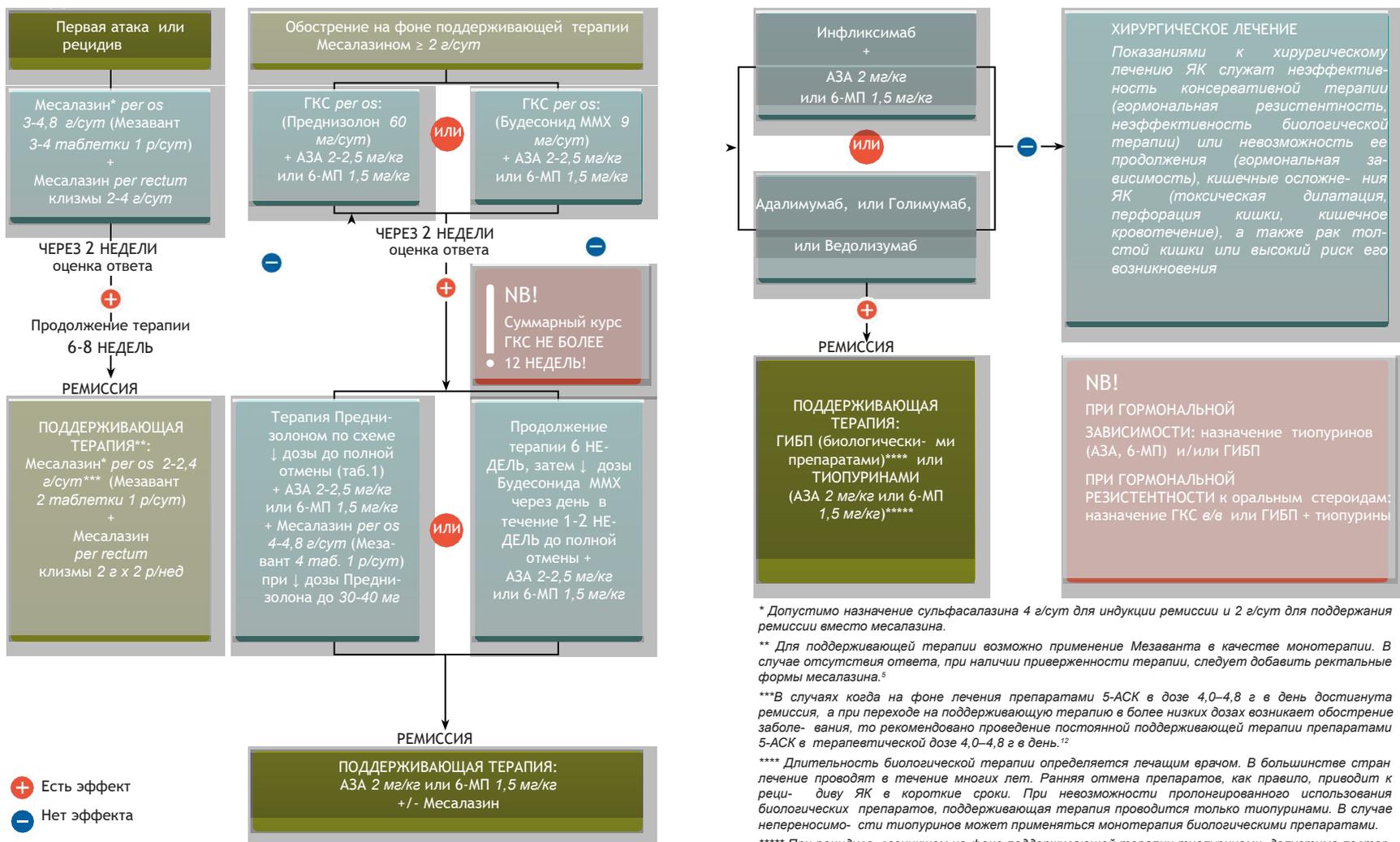


Схема адаптирована согласно источникам [1,2].
Эффективная доза перорального месалазина для поддержания ремиссии составляет не менее 2 г/сутки.²

* Допустимо назначение сульфасалазина 4 г/сут для индукции ремиссии и 2 г/сут для поддержания ремиссии вместо месалазина.

** Для поддерживающей терапии возможно применение Мезаванта в качестве монотерапии. В случае отсутствия ответа, при наличии приверженности терапии, следует добавить ректальные формы месалазина.²

*** В случаях когда на фоне лечения препаратами 5-АСК в дозе 4,0-4,8 г в день достигнута ремиссия, а при переходе на поддерживающую терапию в более низких дозах возникает обострение заболевания, то рекомендовано проведение постоянной поддерживающей терапии препаратами 5-АСК в терапевтической дозе 4,0-4,8 г в день.¹²

**** Длительность биологической терапии определяется лечащим врачом. В большинстве стран лечение проводят в течение многих лет. Ранняя отмена препаратов, как правило, приводит к рецидиву ЯК в короткие сроки. При невозможности пролонгированного использования биологических препаратов, поддерживающая терапия проводится только тиопуринами. В случае непереносимости тиопуринов может применяться монотерапия биологическими препаратами.

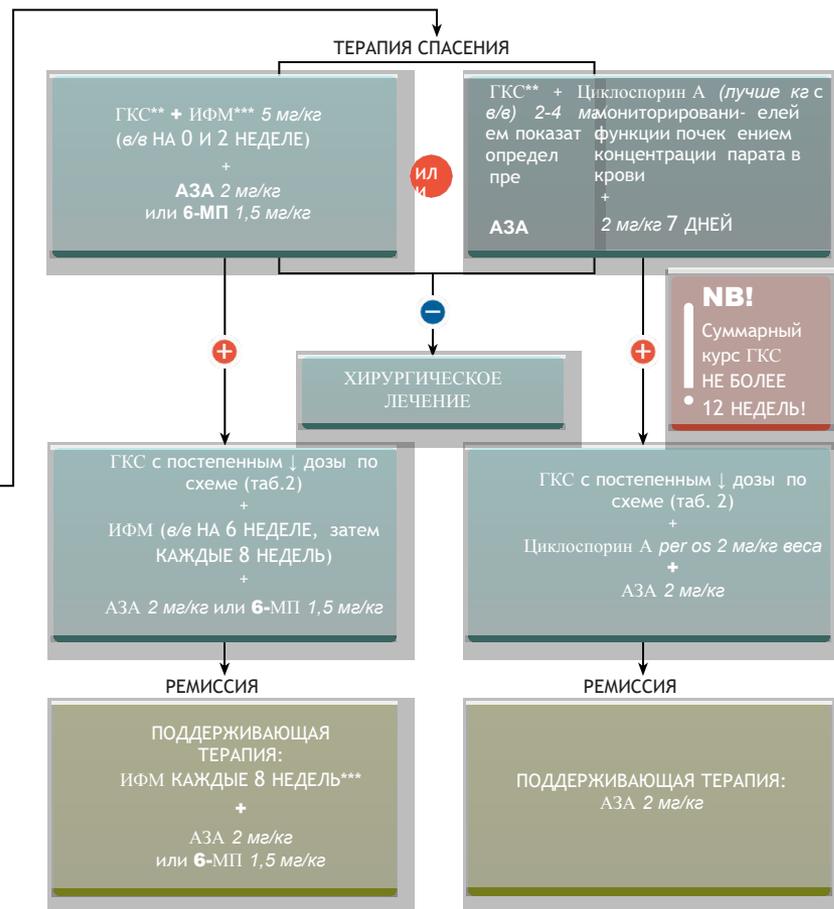
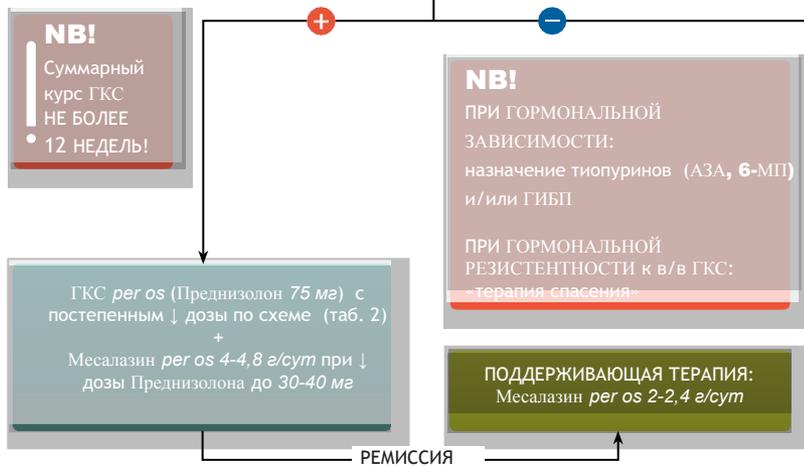
***** При рецидиве, возникшем на фоне поддерживающей терапии тиопуринами, допустимо повторное назначение ГКС, однако, во избежание формирования стероидозависимости более целесообразно назначение биологических препаратов (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, ведолизумаб).

ЛЕВОСТОРОННИЙ И ТОТАЛЬНЫЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

ГКС в/в: Преднизолон 75 мг/сут
или Гидрокортизон (сукцинат или гемисукцинат) - 300 мг/сут +
ГКС per rectum (суспензия Гидрокортизона-ацетата с Лидокаином
125 мг 1-2 р/сут в виде клизм или ректального капельного введения) +

- *В/в: регидратация, коррекция белково-электролитных нарушений
- *Коррекция анемии (эритромаасса, препараты железа)
- *Дополнительно + энтеральное (зондовое) питание у истощенных пациентов*
- *Антибиотикотерапия (при лихорадке или кишечной инфекции):
- 1 линия: метронидазол 1,5 г/сут + фторхинолоны (ципрофлоксацин)
в/в 10-14 дней
- 2 линия: цефалоспорины в/в 7-10 дней
- 3 линия : рифаксимин 800-1200 мг/сут 5-7 дней

ЧЕРЕЗ 7 ДНЕЙ
оценка ответа



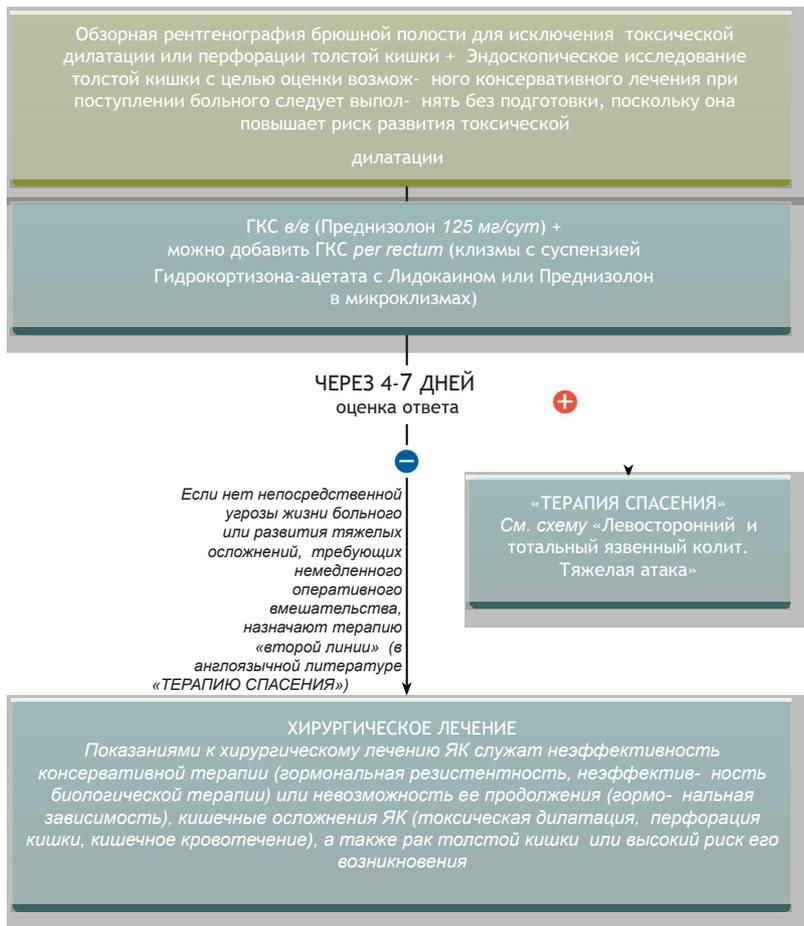
* Полностью парентеральное питание и/или временное ограничение приема пищи внутрь нецелесообразно.

** Переход с ГКС в/в на ГКС per os осуществляется так же, как при тяжелой атаке (таб.2), кроме первых двух суток (8 и 9 день терапии*), в которые Преднизолон вводится последовательно в дозе 100 мг и 75 мг с последующим переходом на таблетированный препарат. При наличии гормональной резистентности продолжение гормональной монотерапии или увеличение дозы ГКС не показано.

*** Другие анти-ФНО-препараты и ведолизумаб в качестве «терапии спасения» не используются.

**** При невозможности длительного назначения ИФМ оставить АЗА 2 мг/кг.

СВЕРХТЯЖЕЛЫЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ЛЮБОЙ



- Есть эффект
- Нет эффекта

Схема адаптирована согласно источникам [1,2].

ВАЖНО ПОМНИТЬ

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии. При назначении ГКС необходимо учитывать следующее:

- Постепенное ↓ дозы стероидов до полной отмены - строго обязательно;
- Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель;
- Обязательным является сопутствующий прием препаратов кальция, витаминов D, ИПП;
- В период лечения необходим регулярный контроль уровня глюкозы в крови.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ:

- Цель диспансерного наблюдения - профилактика колоректального рака.
- Колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 3 года (при высоком риске колоректального рака скрининговая колоноскопия проводится каждые 1-2 года, а при низком риске - каждые 3-4 года).
- При длительности анамнеза более 7 лет - выполнение поэтажной биопсии или хромозендоскопии для исключения дисплазии.
- Для оценки эндоскопической ремиссии каждые 6 месяцев выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.
- Диспансерное наблюдение при ЯК проводится пожизненно и может быть прервано только при удалении толстой кишки.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВЗК

- Планирование беременности необходимо осуществлять в период ремиссии ВЗК, что позволяет улучшать исходы беременности.
- Применение беременными большинства препаратов для лечения ВЗК сопряжено с низким риском неблагоприятного воздействия на плод, за исключением метотрексата и талидомида.

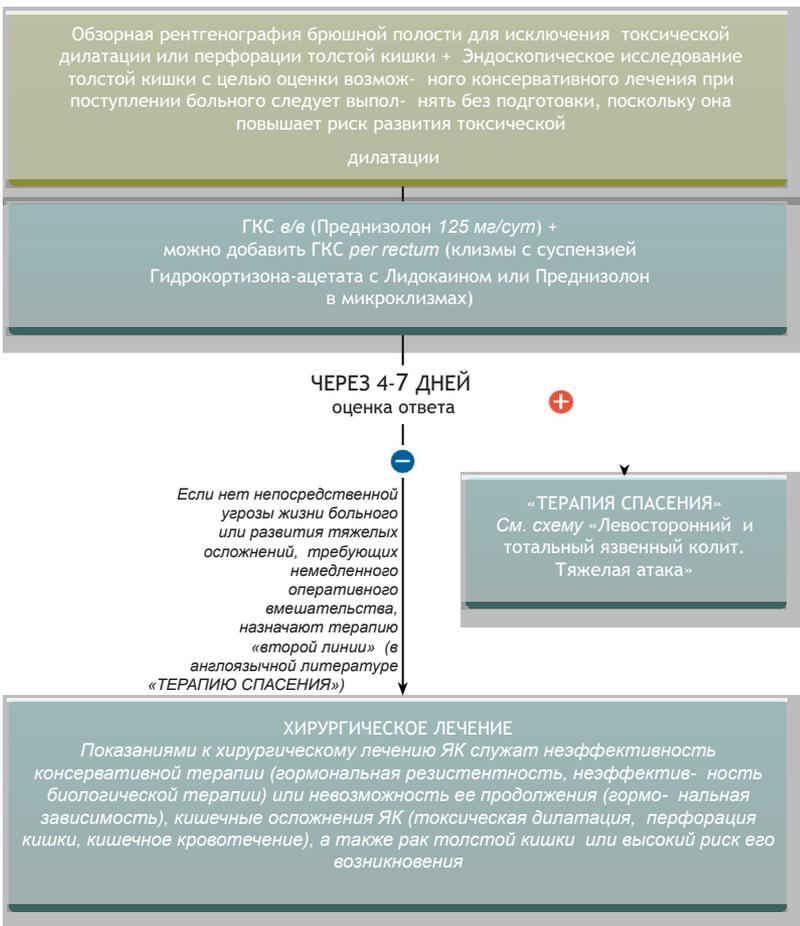
СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ:

- Недостаточное лечение может привести к прогрессированию заболевания.
- Даже при слабо выраженных симптомах или их отсутствии в кишке может сохраняться воспаление.
- При неполноценном лечении постоянное воспаление приводит к развитию колоректального рака (КРР), который при ЯК протекает особенно агрессивно.
- Только постоянная противовоспалительная терапия может способствовать длительному поддержанию ремиссии и снизить риск развития КРР.

В СООТВЕТСТВИИ С ЕВРОПЕЙСКИМ КОНСЕНСУСОМ ЕССО:

- Решающий фактор, связанный с риском рецидива - приверженность терапии.
- Для повышения приверженности терапии применение 5-АСК 1 р/сутки предпочтительно в качестве поддерживающей терапии у пациентов с ЯК.

СВЕРХТЯЖЕЛЫЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ЛЮБОЙ



- Есть эффект
- Нет эффекта

Схема адаптирована согласно источникам [1,2].

ВАЖНО ПОМНИТЬ

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии. При назначении ГКС необходимо учитывать следующее:

- Постепенное ↓ дозы стероидов до полной отмены - строго обязательно;
- Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель;
- Обязательным является сопутствующий прием препаратов кальция, витаминов D, ИПП;
- В период лечения необходим регулярный контроль уровня глюкозы в крови.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ:

- Цель диспансерного наблюдения - профилактика колоректального рака.
- Колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 3 года (при высоком риске колоректального рака скрининговая колоноскопия проводится каждые 1-2 года, а при низком риске - каждые 3-4 года).
- При длительности анамнеза более 7 лет - выполнение поэтажной биопсии или хромоэндоскопии для исключения дисплазии.
- Для оценки эндоскопической ремиссии каждые 6 месяцев выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.
- Диспансерное наблюдение при ЯК проводится пожизненно и может быть прервано только при удалении толстой кишки.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВЗК

- Планирование беременности необходимо осуществлять в период ремиссии ВЗК, что позволяет улучшать исходы беременности.
- Применение беременными большинства препаратов для лечения ВЗК сопряжено с низким риском неблагоприятного воздействия на плод, за исключением метотрексата и талидомида.

СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ:

- Недостаточное лечение может привести к прогрессированию заболевания.
- Даже при слабо выраженных симптомах или их отсутствии в кишке может сохраняться воспаление.
- При неполноценном лечении постоянное воспаление приводит к развитию колоректального рака (КРР), который при ЯК протекает особенно агрессивно.
- Только постоянная противовоспалительная терапия может способствовать длительному поддержанию ремиссии и снизить риск развития КРР.

В СООТВЕТСТВИИ С ЕВРОПЕЙСКИМ КОНСЕНСУСОМ ЕССО:

- Решающий фактор, связанный с риском рецидива - приверженность терапии.
- Для повышения приверженности терапии применение 5-АСК 1 р/сутки предпочтительно в качестве поддерживающей терапии у пациентов с ЯК.

Симптоматическая терапия:

- дезинтоксикация
- коррекция метаболических нарушений
- коррекция ЖДА
- нормализация функционального состояния ЦНС, особенно у молодых, восстановление биоценоза кишечника (пробиотики), вяжущие, адсорбирующие вещества (смекта), ферменты (микразим, панцитрат).
- Спазмолитики, М-холинолитики (спазмонет, метеоспазмил, бускопан и др.)

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Все пациенты с ВЗК подлежат диспансерному наблюдению

у гастроэнтеролога или терапевта с ежегодным или 2 раза в год проведением ФКС с множественной биопсией слизистой толстой кишки, учитывая развитие возможных осложнений, особенно при ЯК (малигнизация).