



Газета про здоровье и про жизнь

Панacea

Учредитель – Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова
Лауреат Премии Санкт-Петербурга по качеству 2003 года
Дипломант Премии Правительства России по качеству 2004 года

№8 (75)
декабрь
2010

КАК ВЫЛЕЧИТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ



**Ольга Анатольевна
Крюкова,
заведующая
отделением
специалистов
№2 Центральной
поликлиники
КБ №122**

Есть заболевания, которые до сих пор вызывают множество споров и дискуссий у врачей и, соответственно, множество вопросов у пациентов. Ответить на них нам поможет заведующая отделением специалистов №2 Центральной поликлиники Клинической больницы №122 Ольга Анатольевна Крюкова. Речь пойдет о неспецифическом язвенном колите – наиболее часто встречающемся хроническом воспалительном заболевании толстого кишечника.

Неспецифический язвенный колит – воспалительное заболевание неясной этиологии, поражающее слизистую оболочку прямой и толстой кишки в виде язвенно-деструктивных процессов, имеющее хроническое рецидивирующее течение. В отличие от других хронических колитов или синдрома раздраженной кишки, оно может иметь опасные для жизни осложнения.

– **Какие симптомы этого заболевания?**

– Все зависит от стадии развития заболевания. Первыми симптомами могут быть боли в животе, особенно в левой половине, эпизодические поносы, похудание, необъяснимое кратковременное повышение температуры без признаков простудного

заболевания. Часто ранее здоровые молодые люди не обращают на подобные проявления никакого внимания. Далее появляются небольшие кровотечения или кровянисто-гнойные выделения из прямой кишки, которые долго остаются незамеченными. Иногда наблюдается понос с примесью свежей крови. В случаях острого развития неспецифический язвенный колит может напоминать дизентерию – наблюдается выраженное повышение температуры, частый понос с кровянистыми примесями, лихорадка.

– **Как часто оно встречается и насколько это серьезная проблема?**

– Проблема неспецифического язвенного колита, прежде всего, характерна для экономически развитых стран. Высока распространенность неспецифического язвенного колита в США, Великобритании, Северной Европе, Австралии. В Канаде воспалительными заболеваниями кишечника страдает 0,5% всего населения. Заболеваемость в Западной Европе и США составляет до 6,5 больных на 10000 населения. В Северной Европе – Норвегии – 12,8, в Дании – до 9,2. По другим данным (1997), распространенность язвенного колита в мире составляет 150 человек на 100000 тыс. населения.

По имеющимся данным 1996 года, частота язвенного колита в СНГ достигает 1,0 на тысячу населения, а в Москве и области – 20,6 на 10000, что значительно превышает европейские показатели!

Заболеваемость растет из года в год. Это связано не только с улучшением диагностики, но и с абсолютным увеличением количества больных. Многочисленные исследования свидетельствуют и о том, что частота невыявленных хронических воспалительных заболеваний кишечника приближается к 30%!

– **Почему до сих пор не выявлена причина этого нередкого заболевания?**

– Существует множество теорий, объясняющих происхождение болезни: инфекционная, ферментативная, аллергическая, иммунная, нейрогенная, генетическая. Каждая теория

Продолжение на стр. 2 ►



ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

NEW!

В Клинической больнице №122 начали проводить современные хирургические операции по реконструкции стопы по европейским технологиям. Данные операции устраняют комбинированное плоскостопие, избавляют от боли в суставах стоп, переднем отделе стопы, дискомфорта при ходьбе. Фиксация производится современными имплантами и металлоконструкциями для хирургии стопы известных американских компаний. Активизация происходит на первые сутки после операции, пациент уже может вставить на ноги и пробовать ходить, а через несколько месяцев вернуться к привычному образу жизни. Это направление активно развивается, и в ближайшее время в Клинической больнице планируется открытие специализированного центра стопы.

Возможно проведение современных операций по реконструкции стопы в рамках государственной программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Тел. 559-9783

имеет свои доказательства. Традиционно, наибольший интерес вызывает инфекционная. Об инфекционной природе неспецифического язвенного колита стали говорить еще в 1924 году. Однако попытки выделить возбудитель из толстой кишки оказались безуспешными (как бактерий, так и вирусов). Исследовательские работы по изучению роли микробов и вирусов в формировании неспецифического язвенного колита продолжаются. Всемирная организация здравоохранения декларирует тезис о прямой причинной связи 84% раковых заболеваний (частое осложнение язвенного колита) с теми или иными вирусами, простейшими, бактериями.

Актуальной остается аллергическая теория происхождения воспалительных заболеваний кишечника. Подтверждением роли пищевой и бактериальной аллергии служит обнаружение у больных с воспалительными заболеваниями кишечника высокого уровня специфических иммуноглобулинов в крови, высокий уровень гистамина в слизистой оболочке кишечника и др.

Доказана роль стресса, гормональных факторов, нейроэндокринной системы кишечника, иммунной системы в течении и возникновении неспецифического язвенного колита. Имеется также предположение, что заболевание является новым для современного человека и его причины следует искать в изменившихся факторах внешней среды, питания и образа жизни.

– Легко ли диагностировать заболевание?

Для опытного врача диагностика неспецифического язвенного колита не представляет особой сложности. Первоначальную информацию дает анализ жалоб, анамнестических данных и клинический осмотр больного. Осмотр может выявить признаки анемии – бледность и сухость кожи, ломкость и исчезновение блеска волос, расслоение ногтей, появление трещин в уголках рта. При пальпации живота, как правило, устанавливается болезненность в левой части, а иногда и всей области живота. В анализах крови изменения выявляются только при значимом обострении заболевания – появляются признаки текущего воспаления – изменяются общий анализ крови, острофазовые реакции.

Решающее значение в диагностике язвенного колита имеет колоноскопия.

Это эндоскопическое исследование позволяет выявить несколько типичных для неспецифического язвенного колита признаков: наличие регенерации слизистой оболочки кишечника в виде псевдополипов, контактные кровотечения, изъязвления, диффузный характер поражения слизистой. Для уточнения диагноза во время колоноскопии производят забор тканей кишечника для гистологического анализа. Гистологический анализ позволяет окончательно поставить диагноз и избежать возможных врачебных ошибок, связанных с наличием болезней с аналогичными проявлениями, например, болезнь Крона. Эндоскопическое обследование кишечника в условиях нашей клиники является доступным, легко переносимым, малоболезненным исследованием и может быть выполнено под наркозом.

Часто на начальных этапах проводят и некоторые микробиологические исследования для того, чтобы исключить бактериальную или паразитарную природу заболевания. Известно, что схожую с неспецифическим язвенным колитом клиническую картину имеют дизентерия, амебиоз и др.

– Часто неспецифический язвенный колит путают с болезнью Крона, есть ли какие-то отличительные особенности?

В отличие от неспецифического язвенного колита, при болезни Крона значительно чаще выявляют поражение тонкой кишки, прямая кишка при болезни Крона реже изменена. Обычно отсутствуют массивные кровотечения, чаще наблюдаются перианальные изменения, поражение носит особый характер – чередование зон поражения и неизмененных участков слизистой. Наблюдаются также свищи, при биопсии выявляют гранулемы или трансмуральное повреждение (вовлечены все стенки кишки), имеется характерная эндоскопическая картина.

– Чем заболевание отличается от хронических колитов другой природы?

Основное отличие – это появление крови в стуле при дефекации (более, чем у 90% пациентов). Очень часто неспецифический язвенный колит протекает под маской таких распространенных заболеваний, как геморрой, трещина прямой кишки, полипы кишечника. В среднем, от момента появления первых симптомов до установления диагноза нередко проходит от 9 до 12 месяцев. Другие проявления – учащенный стул, метеоризм, слизь в стуле – типичны для всех колитов. Кроме того, в отличие от других колитов, при неспецифическом язвенном колите раньше и чаще возникают осложнения, системные реакции и общие проявления.

– Кто наиболее подвержен этому заболеванию?

В первую очередь – молодые люди. Средний возраст в момент возникновения болезни составляет 29 лет. Чаще всего болезнь проявляется в возрасте от 15 до 40 лет. По некоторым данным, у трети пациентов первая манифестация заболевания происходит до достижения ими 18-летнего возраста. В городах заболеваемость неспецифическим язвенным колитом выше, чем в сельской местности. Существенно повышается риск развития неспецифического язвенного колита, если есть близкие родственники, страдающие этим заболеванием.

– Всегда ли проявления неспецифического язвенного колита протекают в острой форме?

Неспецифический язвенный колит – хроническое заболевание. Периоды обострения чередуются с периодами ремиссии – интервал времени, на котором клинические проявления болезни стихают. В период обострения наблюдаются значительные расстройства пищеварения: понос, боли в животе. Больной теряет в весе, как правило, развивается анемия. Из прямой кишки выделяются

кровянистые или кровянисто-гнойные выделения. В период ремиссии симптомы болезни могут, практически, исчезнуть, а самочувствие больного значительно улучшается. У пожилых пациентов болезнь развивается вяло, это объясняется возрастным снижением функции иммунной системы, осложнения развиваются гораздо реже, чем у больных молодого возраста.

– Какие осложнения могут быть при неспецифическом язвенном колите?

Основное осложнение – массивные кровотечения (у 1-6%). Острое токсическое расширение толстой кишки – редкое, но серьезное осложнение, сопровождается тяжелыми общими реакциями, лихорадкой, метеоризмом, отсутствием перистальтики кишечника.

Синдром нарушенного питания и всасывания – у 80% пациентов с неспецифическим язвенным колитом, характеризуется похуданием, наличием анемии.

Хронические воспалительные заболевания кишечника рассматриваются как «стартовая площадка» опухолевого роста (происходит нарушение и истощение процессов регенерации, развиваются полипы в кишечнике). Риск развития рака выше при тотальном поражении толстой кишки, длительности заболевания более 10 лет, раннем дебюте болезни до 18 лет.

К системным проявлениям неспецифического язвенного колита относятся поражения кожи, суставов, глаз, печени – они встречаются редко и свидетельствуют о тяжести основного заболевания.

– Говорят, что это заболевание не лечится?

Лечение должно быть комплексным и направленным на компенсацию обменных процессов, предупреждение осложнений и повышение регенеративных процессов в стенке толстой кишки. Как правило, это лечение в стационаре. Рекомендуются постельный режим, высококалорийная механически и химически щадящая диета, адекватная медикаментозная терапия. Нередко решающее значение в лечении тяжелых острых и хронических форм заболевания приобретает гормонотерапия. Хирургическое лечение показано при тяжелых, опасных для жизни осложнениях и неэффективности комплексного консервативного лечения.

Прогноз зависит от тяжести заболевания, характера осложнений и эффективности комплексной терапии. Большая склонность к хроническому, часто рецидивирующему течению даже при длительном настойчивом лечении, приводит к значительному проценту инвалидности.

Хирургическое лечение значительно снижает остроту проявлений заболевания, устраняет возможность опасных осложнений, но сопровождается удалением большей части толстой кишки и, следовательно, определяет относительно малые возможности медицинской и социальной реабилитации таких больных.

Правильно спланированное и проведенное лечение в боль-

шинстве случаев помогает получить стойкую ремиссию болезни. В таких случаях больные язвенным колитом могут вести активный образ жизни. На этом этапе пациенты наблюдаются врачом поликлиники (гастроэнтерологом или терапевтом).

– Можно ли как-то контролировать развитие обострений?

Эффективно контролировать течение процесса позволяют современные биохимические и иммунологические методы исследования. Например, иммунограмма выявляет начало обострения заболевания еще на доклиническом уровне, то есть при отсутствии симптомов заболевания, анализ кала на кальпротектин также позволяет судить об активности воспалительного процесса в кишечнике задолго до явных проявлений болезни. Ежегодная колоноскопия – объективный метод, подтверждающий наличие ремиссии у больного, а также позволяющий своевременно выявить опухолевые изменения в кишечнике.

– Как избежать хирургического вмешательства?

Консервативный метод, включающий диету, аминокислоты (внутри и местно), стероидные гормоны (внутри и местно), пробиотики, ферменты, является основным при лечении впервые выявленного заболевания. При неэффективности лечения, добавляются цитостатики, антицитокиновая терапия. Если и при этом отсутствует положительный эффект, приходится выполнять хирургическое вмешательство.

Важно, что применение длительного профилактического лечения по достижению ремиссии позволяет в будущем свести к минимуму необходимость хирургического вмешательства.

– Неужели кроме гормональных препаратов и иммунодепрессантов современная медицина ничего не может предложить?

Стандартная схема лечения помогает далеко не всем, гормональные препараты и иммунодепрессанты имеют соответствующие побочные эффекты, поэтому в настоящее время активно развиваются новые направления в лечении язвенного колита. Это и использование «новых» стероидов, обладающих низкой всасываемостью в кишечнике и, вследствие этого, минимальными системными эффектами, это и использование антибактериальной терапии, в том числе антибиотиков последнего поколения (рифаксимин). Сегодня нередко используются, несмотря на высокую стоимость, препараты антицитокинового ряда (антитела к фактору некроза опухоли), так как обладают высокой эффективностью. Обсуждается использование в лечении язвенного колита и других новых групп препаратов.

Мечта многих терапевтов – предложить пациентам альтернативный путь, позволяющий избежать постоянного приема гормонов, цитостатиков и избежать хирургического вмешательства.

В ряде случаев, когда прием гормональных препаратов и цитостатиков нежелателен – молодой возраст, категорическое несогласие пациентов, наличие серьезных противопоказаний, мы можем предложить альтернативную схему. В большинстве случаев она не менее эффективная, чем традиционная, и при этом более безопасная для пациента.

Мы используем подбор индивидуальной диеты для каждого пациента на основе иммунологического подхода (не методом пищевого дневника, а по анализу крови). А также производим иммунологический мониторинг пациентов. Используя наш метод, многим пациентам удается значительно улучшить свое здоровье, а некоторым, со временем, отказаться от приема гормональных препаратов. Конечно, лечение остается комплексным, с использованием других групп безопасных препаратов.

Добиться стойкой ремиссии наиболее безопасным путем и избежать хирургического вмешательства – основная задача, решить которую мы стараемся индивидуально и нестандартно. Положительные результаты лечения уже есть. Дальше – дело за временем, возможно, наши разработки и активные исследования данного заболевания создадут основу для современного и более эффективного лечения.

Тел. 558-9826 (доб.218)

СКОРАЯ ПОМОЩЬ: обследование и лечение

Спешим вам сообщить, что в приемном отделении открылась Скорая помощь Клинической больницы №122 «Ассистанс-122»

Вы просто звоните нам по телефонам
559-0339, 972-0303

и бригада высококвалифицированных специалистов
придет вам на помощь!

e-mail: recept@med122.com

Учредитель – Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова. Зарегистрировано Северо-Западным региональным управлением Комитета Российской Федерации по печати №3129 от 01.06.1998. Отпечатано в ООО «Типографский комплекс «Девиз», 199178, Санкт-Петербург, В.О., 17-я линия, д. 60, литера А, помещение 4Н. Заказ: ТД-01046/1. Тираж 10 000 экз. Часть тиража распространяется бесплатно. Редактор – Ольга Морозова. Адрес редакции: 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4, КБ №122 им. Л.Г. Соколова, т./ф. 559-9724. Рекламуемые товары и услуги лицензированы и сертифицированы. Лицензия КБ №122 им. Л.Г. Соколова № ФС-99-01-005383 от 29.05.2008.