



Возможна ли противовоспалительная монотерапия язвенного колита?

О.Н. Минушкин

Адрес для переписки: Олег Николаевич Минушкин, lemas3@yandex.ru

На конкретном примере рассмотрена противовоспалительная монотерапия язвенного колита препаратом 5-аминосалициловой кислоты Пентаса. На фоне его применения были купированы боли в животе, оформился стул, исчезли примеси (кровь, слизь), восстановились самочувствие и аппетит. Это позволило оценить лечение как эффективное.

Ключевые слова: язвенный колит, препарат 5-аминосалициловой кислоты, Пентаса

Введение

Язвенный колит (ЯК) – некротизирующее воспаление слизистой оболочки всей толстой кишки или ее части, которое обычно начинается с прямой кишки и распространяется в проксимальном направлении [1]. Воспаление локализуется в слизистой оболочке кишечника, характеризуется возникновением абсцессов крипт и псевдополипов [1, 2]. Этиология ЯК остается до сих пор неясной. Но, поскольку основным морфологическим субстратом ЯК является воспаление, а в лечении эффективны противовоспалительные препараты, предпочтительной этиологической концепцией ЯК признана концепция воспаления с внедрением антигена в слизистую оболочку. В настоящее время природа антигена считается неуточненной. Он может быть как бактериальным, так и вирусным. Изучаются генетические аспекты ЯК, но при определенной предрасположенности к воспалению для его развития необходим контакт

с экзогенными факторами окружающей среды.

С патогенетической точки зрения наиболее изучены цитокины как факторы воспаления. Особое внимание уделяется нарушению баланса между воспалительными и противовоспалительными цитокинами. Дисрегуляция иммунных реакций приводит к избыточной активации воспалительных цитокинов. Следует признать, что нарушений в работе иммунной системы при ЯК не наблюдается. Напротив, имеет место избыточная сверхпродолжительная активация иммунной системы, ассоциированная с кишечником. Исходя из этого целью всех видов лекарственной терапии является восстановление баланса иммунной системы посредством ее супрессии [2].

Необходимо отметить, что клинические проявления ЯК существенной роли не играют. Они позволяют судить скорее о месте воспаления (толстая кишка) и его интенсивности. К прямым признакам (болезни,

обострения) может быть отнесена либо низкая, либо выраженная активность. У большинства больных наблюдается средняя степень активности воспалительного процесса.

Что касается распространенности процесса (на основании данных рентгенологического либо эндоскопического обследования), тотальный вариант колита встречается в 18% случаев, левосторонний – в 28%, ректосигмоидит – в 54%.

Гистологические данные показывают интенсивность воспалительной инфильтрации (полиморфноядерными лейкоцитами), наличие крипт-абсцессов, снижение числа бокаловидных клеток.

Результаты рентгенологического исследования демонстрируют снижение гаустрации, псевдополипов (с распространением процесса по длине толстой кишки).

Данные сонографии свидетельствуют о степени утолщения кишечной стенки, сохранности ее слоев.

Физикальное обследование позволяет установить наличие трещин, анальных свищей.

Из кишечных проявлений обязательно принимаются во внимание наличие абдоминальной боли (с преимущественной локализацией), крови в кале, выраженность диареи (число послаблений).

В редких случаях диагноз может быть поставлен в начале заболевания. Наличие кишечных и внекишечных проявлений ЯК к постановке диагноза отношения не имеет. Сказанное распространяется и на характер течения

ПОДАРИТЕ ПАЦИЕНТУ **УВЕРЕННОСТЬ**
В ДОСТИЖЕНИИ **РЕМИССИИ**

ГРАНУЛЫ (саше)

1 г и 2 г

Удобная в применении,
высокодозная форма месалазина

Возможность приёма
1 РАЗ В СУТКИ
обеспечивает приверженность
пациентов к терапии¹

ТАБЛЕТКИ

500 мг

Единственные в России
таблетки месалазина,
разрешенные к приёму
у детей **с 2-х лет**²

СУППОЗИТОРИИ

1 г

Единственные в России
высокодозные суппозитории
месалазина

Возможность приёма
ВСЕГО 1 РАЗ В СУТКИ
в период обострения и
ВСЕГО 3 РАЗА В НЕДЕЛЮ
для поддержания ремиссии²

РММ 44



НоваМедика

1. Дигнас А.У. (Dignass A.U.), терапевтическое отделение I, больница Markus-Krankenhaus (Франкфурт-на-Майне); Бокемейер Б. (Bokemeier B.), гастроэнтерологическая практика (Минден); Штийнен Т. (Stijnen T.), Университет Лейдена (Нидерланды); Клюгманн Т. (Klugmann T.), практика медицины внутренних болезней (Лейпциг, Германия); Оудкерк Поль М. (Oudkerk Pool M.), Больница Gelre (Апелдорн); Ферман Х. (Veerman H.), медицинский отдел Ferring Pharmaceuticals (Хофддорп, Нидерланды).
2. Инструкция по медицинскому применению препарата.

ООО «НоваМедика», 125047, Москва, ул. 1-ая Брестская, д. 29, Телефон: +7(495)2300290, www.novamedica.com

FERRING
PHARMACEUTICALS

GP 015/010/2014

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ



(рецидивный вариант, непрерывное течение). Эти признаки устанавливаются при значительной продолжительности болезни. Лечение, которое начинается на далеко зашедшей стадии болезни, носит, как правило, комбинированный характер.

Клинический случай

Больная В., 1984 г. р. Впервые отметила появление жидкого стула с примесью слизи и крови в 2009 г. (в возрасте 25 лет). Расстройство стула сопровождалось эпизодическим повышением температуры тела до 37,6 °С. На фоне уменьшения аппетита пациентка стала терять в весе. С предположительным диагнозом «колит неуточненной этиологии» на 30-й день заболевания больная поступила в отделение гастроэнтерологии ГКБ № 51.

Оценка клинической ситуации и полученных лабораторно-эндоскопических данных: четыре – шесть дефекаций с небольшой примесью крови, эпизодическое повышение температуры до 37,1–37,4 °С, уровни гемоглобина – 105 г/л (анемия гипохромного характера), С-реактивного белка – 84 мг/100 мл.

При эндоскопическом исследовании установлено, что слизистая оболочка левых отделов и поперечно-ободочной кишки гиперемирована, отечна, зернистая, имеется контактная кровоточивость, эрозии по всей поверхности, в левых отделах – очаги атрофии и воспалительные полипы (до 2–3 мм). Взята биопсия из разных отделов толстой кишки.

Гистологические изменения касаются слизистой оболочки с распространением на поверхностные отделы подслизистой. Определяются диффузная лимфоплазмоцитарная инфильтра-

ция, нейтрофильная инфильтрация, деструкция крипт, крипт-абсцессы, поверхностные эрозии, очаги атрофии слизистой оболочки.

Ультразвуковое исследование показало утолщение стенки левых отделов толстой кишки до 4–5 мм.

При уточнении анамнеза выяснилось, что у больной имели место срывы в работе кишечника (с появлением диареи, без патологических примесей), которые рассматривались как пищевые отравления. Более строгое соблюдение диеты в эти периоды способствовало восстановлению нормальной работы кишечника.

Полученные данные, в том числе клиничко-анамнестические, позволили сформулировать диагноз: язвенный колит, хроническое течение, тотальный вариант, стадия обострения (умеренная активность процесса). Кроме диетических мероприятий (частое дробное питание с исключением грубой клетчатки) была назначена схема последовательного лечения (с оценкой эффективности терапии и возможностью ее коррекции). Для лечения был выбран препарат 5-аминосалициловой кислоты Пентаса в суточной дозе 4 г. К десятому дню лечения были купированы боли в животе, оформился стул (до одного-двух раз в сутки), исчезли примеси (кровь, слизь), улучшилось самочувствие, восстановился аппетит. Лечение было оценено как эффективное. Пациентка продолжила монотерапию препаратом Пентаса в той же дозе. Результаты контрольного эндоскопического исследования через полтора месяца от начала лечения подтвердили эндоскопическую стадию ремиссии. Ультразвуковое исследование показало уменьшение толщины стенки до 3 мм. Было при-

нято решение о снижении дозы препарата до 3 г в сутки. Препарат Пентаса пациентка получала еще полтора месяца в отсутствие клинических признаков обострения.

Доза препарата Пентаса была уменьшена до 2 г/сут и рассматривалась в качестве поддерживающей. Больная постоянно принимала эту дозу препарата, один раз в полгода проходила обследование с контрольным исследованием крови (общий анализ, уровень С-реактивного белка, содержание фибриногена, белковых фракций), ультразвукового исследования правых и левых отделов толстой кишки. Изучаемые показатели оставались стабильными, без отклонений от нормы. За этот период восстановился уровень гемоглобина. С появлением гранулированной формы препарата больная перешла на дозу 2 г, которую принимает до настоящего времени (с 2014 г.).

Заключение

Итак, возможна ли противовоспалительная монотерапия ЯК? Да, возможна. Для этого достаточно ранней постановки диагноза, определения формы и активности процесса. Важно также подобрать адекватную дозу препарата (лечебную и поддерживающую) и тщательно контролировать проводимое лечение. ☉

Литература

1. Белоусов А.С., Водолагин В.Д., Жакков В.П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 2002.
2. Румянцев В.Г. Язвенный колит. М.: Медицинское информационное агентство, 2009.

Is It Possible to Apply Anti-Inflammatory Monotherapy of Ulcerative Colitis?

O.N. Minushkin

Central State Medical Academy at the Office of Presidential Affairs of the Russian

Contact person: Oleg Nikolayevich Minushkin, lemas3@yandex.ru

Anti-inflammatory monotherapy with 5-aminosalicylic acid drug Pentasa was used in a case report of ulcerative colitis. It was found that such therapy resulted in relieve of abdominal pains, stool was formed, pathological discharge disappeared (blood, mucus), well-being and appetite were restored. Thus, it allowed to conclude that this therapy was efficient.

Key words: ulcerative colitis, 5-aminosalicylic acid, Pentasa