

Современные методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника

Интервью с **Еленой Александровной Белоусовой**, профессором, доктором медицинских наук, руководителем отделения гастроэнтерологии и заведующей кафедрой гастроэнтерологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», главным гастроэнтерологом Московской области, президентом Всероссийского общества по изучению воспалительных заболеваний кишечника

Аннотация

Лечение пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника является постоянно развивающейся областью медицины. Тем не менее врачи нередко сталкиваются с трудностями при ведении таких пациентов. Приглашенный эксперт Е.А. Белоусова делится своим мнением о современных методах диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника, уделяя особое внимание мультидисциплинарному подходу к управлению сопутствующими заболеваниями и профилактике осложнений, вызванных медикаментозной терапией.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, лекарственно-индуцированные осложнения, диагностика воспалительных заболеваний кишечника, мультидисциплинарный подход

Для цитирования: Современные методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника. Интервью с Еленой Александровной Белоусовой. Consilium Medicum. 2024;26(5):283–284. DOI: 10.26442/20751753.2024.5.202843

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

INTERVIEW

Modern methods of diagnosis and treatment of inflammatory bowel diseases

Interview with Professor **Elena A. Belousova**

Abstract

The treatment of patients with inflammatory bowel disease is an ever-evolving field of medicine. However, doctors often face difficulties in managing such patients. In this interview, E.A. Belousova shares her expert opinion on modern methods of diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease, paying special attention to a multidisciplinary approach to the management of concomitant diseases and the prevention of complications caused by drug therapy.

Keywords: inflammatory bowel diseases, drug-induced complications, diagnosis of inflammatory bowel diseases, multidisciplinary approach

For citation: Modern methods of diagnosis and treatment of inflammatory bowel diseases. Interview with Professor Elena A. Belousova. Consilium Medicum. 2024;26(5):283–284. DOI: 10.26442/20751753.2024.5.202843

Елена Александровна, какие биомаркеры Вы считаете наиболее информативными для диагностики и прогноза воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК)?

Для постановки диагноза язвенного колита нужно ориентироваться на клинические симптомы. «Золотым стандартом» диагностики в этом случае является эндоскопическое исследование. Диагноз подтверждается гистологически и эндоскопически. При болезни Крона гистологическое подтверждение необязательно, потому что оно не будет отличаться от предыдущего диагноза, а патогномоничные признаки очень редко проявляются в биоптате. Обязательно нужно провести магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию или рентгенографию с акцентом на кишечник. Для первичной диагностики лабораторные методы не подходят. Из лабораторных анализов мы ориентируемся на С-реактивный белок и на фекальный кальпротектин. С-реактивный белок показывает интенсивность системного воспалительного процесса, а кальпротектин используют при дифференциальной диагностике, когда пациент по каким-то причинам отказывается от колоноскопии (если речь идет о впервые выявленных ВЗК). В динамике эти два показателя используют для мониторинга эффективности лечения и таким образом оценивают эффективность терапии. Важно понимать, что при таком лечении первыми уходят клинические симптомы, а эндоскопические проявления могут сохраняться достаточно долго, поэтому фекальный кальпротектин поможет врачу отметить клинически-позитивную динамику.

Для оценки эффективности терапии может быть использовано трансабдоминальное ультразвуковое исследование кишечника – простой, надежный, неинвазивный метод обследования, не требующий подготовки, позволяющий провести объективную оценку активности ВЗК.

Какие последние исследования в области генетики и микробиоты Вы считаете наиболее значимыми для понимания патогенеза ВЗК?

Много исследований в настоящее время проводят в области генетики, особенно если есть другие внекишечные проявления. Идет активное изучение микрофлоры, причем в форме секвенирования метагенома. Сейчас этому придается большое значение, так как при том или ином заболевании преобладают определенные виды микроорганизмов, но конкретной адаптации этих исследований к реальной практике пока нет. Основные исследования идут по применению новых препаратов несколько других классов. Ждем препараты, ингибирующие субъединицу p19 ИЛ-23: ризанкизумаб и гуселькумаб. Недавние исследования ризанкизумаба показали, что он может быть эффективен в 4 и 5-й линии биологической терапии. Ожидаем его в 2025 г. и возлагаем на него определенные надежды. Идут исследования по новым препаратам группы ингибиторов янус-киназ, по новому классу препаратов ингибиторов сфингозин-1-фосфата, но пока они ждут подтверждения реальной клинической практикой длительного применения.

Как Вы управляете коморбидными состояниями у пациентов с ВЗК?

Сейчас гастроэнтерологи уделяют много внимания воспалительным заболеваниям, подход к ним должен быть мультидисциплинарным. Наиболее плотно мы работаем с ревматологами и дерматологами. Однако нужно привлекать профессионалов других специальностей, так как целый ряд иммуновоспалительных заболеваний имеет патогенез, сходный с ВЗК. Чаще всего мы сталкиваемся со спондилоартритами, реже ревматоидными артритами, ранними артритами, которые впоследствии могут вылиться в развернутую картину периферического спондилоартрита, псориатического артрита. Со стороны дерматологии, безусловно, часто проявляются атипичные формы псориаза (волосистой части головы, ногтей), нередко в сочетании с псориатическим артритом. Эти заболевания рассматриваются не как внекишечные проявления, а как сопутствующие заболевания сход-

ного патогенеза. В подобных случаях мы стараемся подбирать не отдельные препараты для каждой нозологии, а один препарат, который действует и на то, и на другое. Это удается не всегда, нужно исходить из понимания того, какое заболевание превалирует. Универсально действуют ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО- α) – это инфликсимаб, цертолизумаб, адалимумаб. Однако в качестве нежелательного явления они могут дать так называемый псевдопсориаз, или неопсориаз, т.е. переключение механизма воспаления с одного цитокина на другой дает начало новому псориазу. В этом случае нужно переходить на другой препарат. Оптимальным здесь будет ингибитор ИЛ-12 и 23 – устекинумаб. Но если мы имеем дело с аксиальной формой спондилоартрита, то данные по применению устекинумаба здесь противоречивы. Поэтому при сочетании ВЗК с аксиальной формой спондилоартрита следует выбирать ингибиторы ФНО- α или янус-киназа. Таким образом, в каждом конкретном случае мы стараемся подобрать такой препарат, который подойдет и при ВЗК, и при внекишечных проявлениях.

Какие меры Вы предпринимаете для профилактики и лечения лекарственно-индуцированных осложнений у пациентов с ВЗК?

Для каждого препарата описаны свои нежелательные проявления. Например, ингибиторы ФНО- α больше других вызывают оппортунистические инфекции. Это могут быть пневмонии, обострения хронических заболеваний (цитомегаловирус, клостридии). Все это известно и описано. Поэтому у пациентов с такими заболеваниями в анамнезе мы избегаем подобных препаратов, если для их применения нет острой необходимости. Кроме того, ингибиторы ФНО- α повышают риск неоплазии, не очень сильно, но если в анамнезе была онкология любой локализации или есть риск развития рака толстой кишки, то мы тоже откажемся от них в пользу чего-то другого. У пациентов старшего возраста ингибиторы ФНО- α могут усугубить течение сердечной недостаточности. В настоящее время самыми безопасными для этой категории больных будут устекинумаб и ведолизумаб.

Тофацитиниб в качестве побочного эффекта имеет тромбообразование, что доказано у пациентов с ревматоидным артритом. При язвенном колите это не доказано, но для пациентов со стентированием или с большими и малыми рисками тромбообразования мы будем избегать назначения препаратов, которые потенциально могут вызвать тромбоз.

Безусловно, есть нежелательные эффекты, которые не описаны или очень редкие. У нас был случай повышения трансаминаз при приеме инфликсимаба. В реальной практике могут проявляться неожиданные нежелательные эффекты. Главное – вовремя выявлять такие ситуации.

Какие современные хирургические техники и подходы Вы считаете наиболее эффективными для пациентов с ВЗК? Улучшает ли это качество жизни пациентов?

При тяжелом течении язвенного колита, рефрактерного к любому лечению, мы думаем, прежде всего, о спасении жизни пациента, а не о сохранении его кишки. В этом случае однозначно проводится колэктомия, иногда с сохранением прямой кишки, иногда без, с выведением пожизненной илеостомы. При этом качество жизни пациента не должно пострадать: он будет социально адаптирован и сможет работать. Конечно, с эстетической точки зрения пациент может испытывать дискомфорт, но это лучше, чем постоянная боль.

В случае болезни Крона хирургическое лечение не гарантирует того, что у больного не будет рецидива в другой зоне, поэтому мы, гастроэнтерологи, боремся за каждый сантиметр пораженного органа и стараемся использовать все варианты консервативного лечения. Хирургические методы постоянно расширяются, умелый хирург способен делать частично органосохраняющие операции, чтобы сохранить пациенту живой орган. Если раньше вопрос однозначно ре-

шался резецированием пораженного участка, то теперь при наличии стриктуры используют стриктуропластику, иногда баллонную дилатацию стриктуры. Однако после операции при болезни Крона нужно обязательно проводить поддерживающую терапию генно-инженерными препаратами.

Какую роль играет диетотерапия в комплексном лечении ВЗК?

Хороший вопрос, поскольку к питанию практикующие врачи, как правило, подходят в основном неправильно. Во-первых, мы отказались от диетических столов. Это давно устарело. Пациенты с ВЗК в жестких диетах не нуждаются. При язвенном колите поражается только толстая кишка, а тонкая при этом не страдает. Поэтому ограничивать пациента нет нужды. Что у нас происходит на местах? Врачи поголовно запрещают молочные продукты. Почему? Непонятно. Так было рекомендовано раньше для стола 4Б, мы от него давно отказались. Если у пациента нет лактазной недостаточности, то лишать его легкодоступного белка нет необходимости. Во-вторых, кисломолочные продукты являются регуляторами микрофлоры толстой кишки, поэтому необходимо спросить пациента о его пищевых привычках. Гастроэнтерологи должны запрещать только самые «криминальные» продукты и только на период обострения: острое, жареное в большом количестве масла, соленое, жирное. А пациенту в ремиссии можно разрешить шашлык и красное вино.

При болезни Крона подход более строгий, так как очаг поражения находится в тонкой кишке, где происходит переваривание и всасывание. Но, в принципе, нужно рекомендовать пациенту ограничить прием продуктов, которые он субъективно плохо переносит.

Какие диетические подходы Вы рекомендуете для управления симптомами и поддержания ремиссии?

Суть любого лечения, в том числе и диетического, в улучшении качества жизни. Пациент, сидящий на жесткой диете, страдает. Ему нужно быть полностью социально адаптированным, ходить в ресторан, например, и есть то, что едят другие люди из его окружения. Давно доказано, что необходимости в жестких диетах нет.

Однако появилось направление диетического питания, очень узко направленное, в основном оно используется для детей. Речь идет о так называемой исключительной диете, которую назначают при среднетяжелой форме болезни Крона и которая может заменить лекарственную терапию. Это очень большая тема, но в настоящий момент этот вопрос требует более высокого уровня доказательности.

Независимо от формы заболевания, легкой или тяжелой, поддерживающая терапия препаратом, который вывел пациента в ремиссию, должна проводиться длительно или пожизненно.

Если при язвенном колите пациент начал прием месалазина и вышел на терапевтической дозе в ремиссию, значит для него этот препарат стал оптимальным и подходит для длительной поддерживающей терапии, иначе пациент получит обострение. На поддерживающей терапии можно вести достойную жизнь, несмотря на заболевание.

Подготовлено редактором журнала
Consilium Medicum. Гастроэнтерология
Евой Буковской

Статья поступила в редакцию /
The article received:
25.06.2024
Статья принята к печати /
The article approved for publication:
25.07.2024



OMNIDOCTOR.RU