



Андрей Харитонов

**Болезнь Крона
и язвенный
колит:
рекомендации
по образу жизни**

Андрей Харитонов
Болезнь Крона и язвенный
колит: рекомендации
по образу жизни

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=65058316
ISBN 9785005367679

Аннотация

Книга предназначена для пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом. В ней даны ответы на основные вопросы об образе жизни при воспалительных заболеваниях кишечника (в том числе о физической активности, зачатии и беременности). Отдельная глава посвящена особенностям питания при этих болезнях.

Содержание

I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

8

Конец ознакомительного фрагмента.

28

Болезнь Крона и язвенный колит: рекомендации по образу жизни

Андрей Харитонов

Требуется консультация специалиста

© Андрей Харитонов, 2021

ISBN 978-5-0053-6767-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

**БОЛЕЗНЬ КРОНА И ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ:
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ**

ВВЕДЕНИЕ

Если Вы держите эту книгу в руках, значит, Вам захотелось узнать больше о воспалительных заболеваниях кишечника. Возможно, Вы – пациент, которому этот диагноз поставлен не так давно. Не исключено, что среди читателей будут и врачи разных специальностей, которые лечат пациента с воспалительным заболеванием кишечника и нуждаются

в дополнительной информации.

Воспалительные заболевания кишечника или ВЗК представляют собой группу хронических болезней, поражающих кишечник и, реже, другие органы (пищевод, желудок и т.д.). К ним относятся язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК) и недифференцированный колит (НК). На практике врачи чаще всего сталкиваются с ЯК и БК, поэтому именно об этих заболеваниях дальше и пойдет речь.

Долгое время в СССР, а затем и в России, ЯК и БК считались редкими болезнями, информация о них была достаточно скудной, а описываемые в учебниках и руководствах клинические случаи – сплошь тяжелые. Однако в последние два десятилетия отмечается рост заболеваемости ВЗК во всем мире, в том числе и в нашей стране. Считается, что в странах Европы и Северной Америке в среднем до 0,3—0,5% населения имеют диагноз ЯК или БК (точных данных по Российской Федерации, увы, пока нет). Одновременно с ростом заболеваемости растет и информированность медицинского сообщества, а также пациентов о ВЗК.

Доступность зарубежных и отечественных рекомендаций по диагностике и лечению позволяет постепенно заполнять пробелы в наших знаниях об этих болезнях. Врачи первичного звена (терапевты, гастроэнтерологи, хирурги и т.д.) и врачи-диагносты (прежде всего, эндоскописты) стали более настороженными в отношении ВЗК. Начинают создаваться специализированные центры в областных и краевых

центрах России, где проводится диагностика и лечение ЯК и БК опытными врачами.

Однако путь пациента в такой центр, порой, довольно долог, а диагноз «язвенный колит» или «болезнь Крона» нередко уже поставлен. «Вот вам схема лечения, принимайте препараты» – скажет врач-гастроэнтеролог в поликлинике. Пациент приходит домой и понимает, что ему предстоит жить с новым диагнозом, а он совсем не знает, что ему можно, а что нельзя делать. Как питаться, можно ли продолжать посещения спортзала, ездить в отпуск на море? Для пациентов очень важным является ответ на вопрос о возможной беременности (которая нередко откладывалась из-за беспокоящих симптомов до установления диагноза). Вопросов множество, а кабинет врача уже далеко позади. В руках больного в лучшем случае памятка по диете при заболеваниях кишечника и ничего более.

В попытке получить ответы на имеющиеся вопросы пациенты обращаются к разнообразным интернет-ресурсам – форумам, сайтам больниц и клиник. И попадают в водоворот информации, в которой факты нередко противоречат друг другу и разбавляются советами от «опытных» пациентов. Ищущий правду о своей болезни сталкивается с ужасными картинками, жуткими историями о тяжелых больных, операциях. Знакомая картина?

Что происходит дальше? Когда пациент, наконец, попадает на прием к гастроэнтерологу-специалисту, занимающе-

мусья лечением ВЗК, он истощен и морально, и физически (отдельно «спасибо» диете с исключением огромного списка продуктов). Диагноз «язвенный колит» или «болезнь Крона» для него уже приговор, в глазах нередко стоят слезы... Причина – нехватка времени врача, поскольку рассказ о причинах возникновения болезни и образе жизни при ней может занять и час, и два. Объективно невозможно дать весь объем информации в рамках врачебного приема.

Я постарался изложить в настоящей книге достаточное количество ответов на вопросы, фактов и просто интересной информации по образу жизни пациентов с ЯК и БК. Я не затрагиваю здесь вопросы диагностики и лечения ВЗК, поскольку это прерогатива лечащего доктора на приеме. Представленные в книге данные базируются на результатах проведенных клинических исследований. Наиболее «весомыми» в доказательной медицине являются *рандомизированные клинические исследования* (в которых пациенты имеют одинаковую возможность получить исследуемый или контрольный препарат (препарат сравнения или плацебо)), *систематические обзоры* и *мета-анализы* клинических исследований (проводит суммарный анализ исследований по определенной проблеме).

В первом разделе даны ответы на основные вопросы пациентов, которые страдают ВЗК. Второй раздел посвящен беременности и грудному вскармливанию. В третьей части представлены рекомендации по питанию.

I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

1. Как часто люди болеют ВЗК?

Для того, чтобы узнать, как часто встречается то или иное заболевание среди населения, проводятся так называемые эпидемиологические исследования. В ходе этих исследований оцениваются различные показатели, в том числе распространенность и заболеваемость. *Распространенность* (или болезненность, prevalence в англоязычной литературе) – это число больных с изучаемым заболеванием, которое имеется в определенном населении в данное время.

Обычно показатель распространенности ВЗК рассчитывается на 100 000 населения. Согласно современным данным наибольшая распространенность ВЗК наблюдается в Европе (505 больных ЯК на 100000 населения в Норвегии и 322 пациента с БК в Германии) и Северной Америке (286 больных ЯК на 100000 населения в США и 319 пациентов с БК в Канаде).

В среднем, распространенность этих заболеваний превышает 0,3% от населения Северной Америки, Океании и многих стран Европы.

Заболеваемостью (incidence в англоязычной литературе) принято называть число новых случаев болезни, возникших

в данной группе населения в единицу времени, чаще всего – в год. Показатель заболеваемости выражается числом таких случаев на 100, 1000, 10 000 или на 100 000 населения.

В последние два десятилетия наблюдается рост заболеваемости ВЗК по всему миру, прежде всего в странах Африки, Азии, Южной Америке (ежегодный прирост новых случаев +11,1% для БК и +14.9% для ЯК). В то же время новые эпидемиологические исследования свидетельствуют о стабилизации или даже снижении заболеваемости в Северной Америке и Европе.

Несомненно, чем более полная информация о пациентах, страдающих ВЗК, имеется в распоряжении исследователей, тем более точные значения распространенности и заболеваемости они получают. В большинстве стран Европы и Северной Америки имеются так называемые регистры (базы данных) больных, что позволяет проводить полноценные эпидемиологические исследования.

В Российской Федерации в настоящее время нет единого регистра пациентов с ВЗК, однако имеются базы данных в отдельных специализированных центрах. В связи с этим невозможно точно оценить истинную распространенность и заболеваемость ЯК и БК в нашей стране. Тем не менее, судя по отдельным исследованиям, мы вплотную приближаемся по этим показателям к странам Европы.

2. Что является причиной возникновения ВЗК?

В настоящее время нет точного описания механизмов развития БК и ЯК. У ученых существует несколько теорий возникновения этих заболеваний. Наиболее поддерживаемая теория заключается в том, что при ВЗК у генетически предрасположенных лиц под влиянием факторов внешней среды (пища, лекарства и т.д.) происходит «поломка» в иммунной системе.

Наш иммунитет начинает воспринимать как чужеродные нормальные бактерии кишечника и компоненты пищи, в результате чего развивается воспаление, повреждается слизистая оболочка кишечника (при ЯК) или его более глубокие слои (при БК). В развитии заболевания важную роль играет также нарушение в нормальной микрофлоре (микробиоме) кишечника.

3. Если существует роль генетических факторов при ВЗК, стоит ли проводить генетическое исследование до появления признаков болезни?

Дело в том, что не существует одного-единственного гена, мутация в котором приводила бы к развитию ЯК и БК (в отличие, например, от периодической болезни, гемохроматоза и т.д.). В настоящее время установлена роль более сотни генов, которые могут участвовать в развитии ВЗК.

Например, одним из генов, ассоциированных с риском возникновения БК, является ген NOD2/CARD15, мутации которого можно определить во многих лабораториях нашей

страны. Но поскольку мы уже знаем, что это всего лишь один ген из многих, его диагностика не позволит точно предсказать развитие заболевания в будущем.

4. Язвенный колит/болезнь Крона это то же самое, что и рак?

Нет, это не так. Язвенный колит и болезнь Крона относятся к воспалительным заболеваниям кишечника – хроническим заболеваниям, поражающим преимущественно кишечник и не имеющим отношение к раку.

При болезни Крона может поражаться любой участок пищеварительной трубки (толстая и тонкая кишка, желудок, пищевод и даже полость рта). Иногда встречается воспаление в нескольких участках, но чаще – в каком-то одном. Язвенный колит характеризуется воспалением только в толстой кишке.

Представления пациентов о крайней тяжести этих заболеваний, что заставляет их сравнивать с онкологическими заболеваниями (раком), нередко основаны на полученной информации из интернет-источников (например, форумы пациентов).

Однако следует помнить, что оба заболевания могут иметь разные степени тяжести (легкую, среднюю и тяжелую). Так, известно, что лишь 25% пациентов имеют тяжелое течение болезни Крона, но и их можно успешно лечить. Среди населения преобладают легкие и среднетяжелые формы

ВЗК, которые обычно хорошо отвечают на терапию.

5. Диагноз «язвенный колит» лучше, чем «болезнь Крона»?

Очень популярный вопрос пациентов, на который трудно ответить однозначно. Несмотря на то, что оба заболевания относятся к группе ВЗК, они имеют разный характер течения и осложнения. Очень важно учитывать и тяжесть болезни, а также распространенность поражения: тяжелый распространенный язвенный колит протекает намного «ярче» болезни Крона легкой степени с небольшим пораженным участком кишки. И наоборот.

6. Влияет ли ВЗК на продолжительность жизни?

Важный вопрос, который беспокоит пациентов с ЯК и БК – влияет ли их заболевание на продолжительность жизни? Беспокойство подогревается околонучными заявлениями на популярных сайтах и форумах о том, что это «смертельные болезни». Тем не менее, статистические исследования из разных стран мира говорят об обратном. Если в отношении БК имеются доказательства незначительного снижения продолжительности жизни, то при ЯК она мало отличается от популяционной (т.е. средней среди населения страны). В исследованиях рассматривались также риски смерти при этих заболеваниях, и результаты неоднозначны. В некоторых странах эти риски не выше, чем у других людей, в дру-

гих – немного превышают среднепопуляционные. Например, в Финляндии смертность при ВЗК на 14% превышает среднее значение по стране, а в Австралии эти показатели достоверно не различаются. Важно отметить, что большинство исследований были проведены до широкого распространения генно-инженерной биологической терапии.

Несомненно, эти данные являются ориентировочными и зависят не только от диагноза, а от тяжести течения болезни, наличия осложнений, характера терапии и сопутствующих заболеваний.

7. ВЗК и онкологические заболевания: каковы риски?

Многие пациенты знают о повышенном риске развития онкологических заболеваний при язвенном колите и болезни Крона, однако эти знания порой поверхностные и не всегда точны.

Действительно, пациенты с ВЗК имеют повышенный риск развития онкопатологии, который зависит от длительности заболевания, протяженности поражения, активности болезни и проводимой терапии. Для язвенного колита риск колоректального рака (рака толстой кишки) возрастает на 2% спустя 10 лет, 8% спустя 20 лет и 18% через 30 лет. Наибольший риск развития колоректального рака имеют пациенты с распространенным колитом по сравнению с изолированным вовлечением прямой кишки. Увеличивает риск также

сохранение постоянной активности воспаления в кишке (т.е. отсутствие ремиссии). У пациентов с язвенным колитом, страдающих первичным склерозирующим холангитом очень высок риск развития холангиокарциномы (опухоли желчных протоков).

Риск колоректального рака при болезни Крона значительно ниже, чем при язвенном колите, хотя он и остается более высоким по сравнению с популяционным контролем. В то же время, при болезни Крона возрастает вероятность развития онкопатологии тонкой кишки.

Некоторые препараты, применяемые при лечении ВЗК (азатиоприн, меркаптопурин, антагонисты фактора некроза опухоли альфа) могут повышать риск развития онкологических заболеваний (лимфома, рак кожи), однако этот риск высок при длительном применении этих препаратов или их комбинации, и снижается после прекращения лечения.

Другие препараты (например, месалазин), напротив, рассматриваются в качестве средства медикаментозной профилактики развития рака толстой кишки.

Все вышеизложенное говорит о том, насколько важным является постоянное наблюдение у врача пациентов с диагнозами «язвенный колит» и «болезнь Крона» для того, чтобы минимизировать риск развития онкологических осложнений.

8. Как табакокурение влияет на течение болезни

Крона и язвенного колита?

Курение табака является независимым фактором риска развития болезни Крона, а также фактором, утяжеляющим течение заболевания. Это было доказано многочисленными исследованиями, включая наиболее «весомые» – мета-анализы. Курение увеличивает вероятность развития осложнений болезни Крона (абсцессы, свищи и стриктуры), перианальных поражений, потребность в операции (риск увеличивается вдвое) и частоту послеоперационных рецидивов заболевания (риск выше в несколько раз). Лица с установленным диагнозом болезни Крона, продолжающие курить (независимо от количества сигарет в сутки), требуют более агрессивной терапии по сравнению с некурящими: больше гормонов, больше иммуносупрессоров и т. д.

Помимо табакокурения, установлен еще ряд факторов риска тяжелого течения болезни Крона, однако курение является единственным фактором, который можно исключить. Ни врач, ни пациент не могут изменить генетическую предрасположенность, пол и возраст пациента, в то время как отказаться от курения можно и нужно.

Что происходит с характером течения болезни Крона, если пациент отказался от курения? У этих больных снижается частота обострений (более чем на 50%), потребность в госпитализации (в 2 раза!) и операции (в 2 раза!!), а также в целом риск прогрессирования заболевания. Отказ от курения усиливает эффект от медикаментозного лечения болез-

ни Крона!

Исследования показали, что у курящих лиц реже встречается язвенный колит, а отказ от курения увеличивает вероятность дебюта заболевания. В то же время, повторное возобновление курения у заболевших не влияет на характер течения заболевания, особенно у лиц со среднетяжелым и тяжелым язвенным колитом.

9. Влияют ли гормональные контрацептивы на возникновение и обострение ВЗК?

Оценка рисков развития ВЗК при использовании здоровыми женщинами оральных контрацептивов проводилась в нескольких мета-анализах клинических исследований. Так, в 2008 году при изучении группы из более чем 75000 женщин, получавших противозачаточную терапию, установлено, что риск развития БК был выше на 46%, а ЯК на 28%. При этом риск снижался после отмены гормональных контрацептивов. Более поздний мета-анализ (Ortizo R., 2017) подтвердил, что риск развития ВЗК у женщин, принимавших гормональные контрацептивы, выше, чем у лиц без терапии (+30% для ЯК и +24% для БК). Наконец, Wang X. в 2018 проанализировал состояние здоровья 303 340 женщин и продемонстрировал увеличения риска развития ЯК на 25% в случае приема оральных контрацептивов.

Таким образом, нет сомнений в том, что женщины, принимающие внутрь препараты для контрацепции, находятся

в зоне риска развития ВЗК (хотя этот риск не очень высокий).

Что же происходит с активностью заболевания, когда женщины принимают оральные контрацептивы и уже имеют установленный диагноз ЯК или БК? По всей видимости, ничего. Опубликованный в 2015 году Европейский консенсус по вопросам репродукции при ВЗК на основании результатов клинических исследований сделал заключение об отсутствии влияния оральных контрацептивов на риск обострения обоих заболеваний.

В то же время следует с осторожностью применять оральные контрацептивы при тяжелой атаке ЯК и колита Крона, поскольку это увеличивает риск тромбозов: в 3—4 раза за счет применения самих препаратов и в 2 раза за счет заболевания.

Внутриматочные спирали, кольца и т. д. не увеличивают риск обострения ВЗК и могут быть использованы по рекомендации гинеколога.

10. Могут ли пациенты с ВЗК заниматься спортом?

Достижение ремиссии ВЗК или снижение активности заболевания приводят к тому, что пациенты чувствуют себя значительно лучше, чем в период обострения. Это обычно сопровождается увеличением физической активности, желанием и возможностью начать впервые или возобновить ранее прерванные занятия спортом. Вполне обоснованным

является вопрос врачу – можно ли заниматься физическими упражнениями или спортом, и в каком объеме? Нередко от пациентов можно услышать историю о том, что «врач запретил ходить в спортзал, потому что у меня тяжелая болезнь».

Существуют убедительные доказательства того, что у больных ВЗК достоверно снижены по сравнению со здоровыми людьми переносимость физической нагрузки и объем мышечной массы, а также чаще развивается остеопороз. Даже в период ремиссии у таких больных отмечается слабость, которая явно не способствует увеличению физической активности. Так можно и стоит ли ходить в спортзал?

Исследования относительно эффективности и безопасности физических тренировок у пациентов с ВЗК ограничены небольшим числом наблюдений. Однако и этого достаточно, чтобы быть уверенным: заниматься физическими упражнениями в фазу ремиссии ВЗК полезно для здоровья.

Основанием для такого заключения может служить, к примеру, исследование P.D.Jones (2017), в котором оценивался риск обострения ВЗК через 6 месяцев после начала физических упражнений у 1308 пациентов с БК и 549 лиц, страдающих ЯК. Исследование продемонстрировало меньшую частоту обострений заболеваний через 6 месяцев у лиц с высокой физической активностью, по сравнению с теми, кто имел низкую физическую нагрузку. Риск обострений был ниже на 28% при БК и на 22% при ЯК. Авторы исполь-

зовали опросник Godin G., который еще в 1985 году предложил оценку объема физической активности человека. В этом опроснике выделены три типа упражнений (длительностью не менее 15 минут):

1) легкие – йога, стрельба из лука, рыбалка на берегу реки, игра в боулинг, гольф, легкая ходьба;

2) умеренные – быстрая ходьба, бейсбол, теннис, медленная езда на велосипеде, волейбол, бадминтон, медленное плавание, горные лыжи, танцы;

3) интенсивные – бег, хоккей, футбол, сквош, баскетбол, ходьба на лыжах, катание на роликовых коньках, энергичное плавание и езда на велосипеде, дзюдо.

Недельный индекс физической активности (ИФА) рассчитывается по формуле:

$$\text{ИФА} = (9 \times \text{количество интенсивных упражнений в неделю}) + (5 \times \text{количество умеренных упражнений в неделю}) + (3 \times \text{количество легких упражнений в неделю}).$$

P.D.Jones рассматривал значения ИФА более 28 баллов при БК и более 32 баллов при ЯК как критерий высокой физической активности. ИФА с меньшим количеством баллов свидетельствовала о низкой физической активности.

Опрос 918 больных ВЗК показал, что они связывают значительно улучшение самочувствия с физическими упражнениями. 72% респондентов сообщили, что упражнения дали им возможность чувствовать себя лучше. Кроме того, участ-

ники отмечали, что упражнения способствуют уверенности в себе, повышению уровня энергии (12%), улучшения здоровья (9%), а также контролю веса и улучшению сна (12%).

Физические упражнения снижают проявления стресса и улучшают качество жизни пациентов с ВЗК. Они неплохо профилактируют развитие ожирения на фоне терапии (прежде всего стероидными гормонами), а также уменьшают риск развития остеопороза.

Сразу несколько исследований продемонстрировали эффективность умеренной ходьбы, бега на беговой дорожке в отношении улучшения качества жизни. Важно, что такие упражнения не увеличивали риск обострения ВЗК.

В целом, продемонстрирована хорошая переносимость неинтенсивных или умеренных занятий, включающих ходьбу, йогу, велотренажеры, плавание, гимнастику. Следует избегать чрезмерных физических нагрузок, которые могут спровоцировать обострение заболевания.

В настоящее время в мире отсутствуют утвержденные нормы для физических упражнений при ВЗК. Ряд авторов советуют использовать рекомендации Американской академии спортивной медицины, которые даны всем лицам 18—65 для поддержания здоровья. Это могут быть 1) умеренные аэробные упражнения в течение не менее 30 минут 5 дней в неделю или 2) энергичная физическая активность в течение 20 минут 3 раза в неделю. К сожалению, данные рекомендации не учитывают специфику пациентов с БК и ЯК.

11. Насколько вредным является длительное пребывание на солнце пациентам с диагнозом ВЗК?

Пациенты с ВЗК с низкой активностью заболевания и в ремиссии ведут активный образ жизни, работают и отдыхают. Многие планируют провести отпуск на юге России или в других странах мира, известных своими курортами. В связи с этим актуальным является вопрос – насколько вреден загар для пациентов с ВЗК? Само нахождение под открытыми солнечными лучами нельзя назвать вредным. Напротив, даже кратковременное пребывание на солнце способствует синтезу кожей витамина D, который у больных язвенным колитом и (в большей степени) болезнью Крона часто оказывается ниже нормы.

В то же время имеются данные о том, что длительное пребывание под прямыми солнечными лучами больных, получающих иммуносупрессивную терапию (тиопурины, метотрексат и т.д.), может увеличить риск возникновения рака кожи. Поэтому, находясь на отдыхе (в т.ч. на пляже), такой пациент должен использовать солнцезащитный зонт или головной убор. Обязательно применение косметических средств с высокой степенью защиты от ультрафиолетового излучения (маркировка SPF50+, PA, PPD).

12. Какие витамины нужно применять при ВЗК?

Дефицит витамина (ов) наблюдается при ВЗК достаточ-

но часто. Это может быть связано со снижением потребления питательных веществ с пищей (например, плохой аппетит) и нарушением всасывания в тонкой кишке. Чаще всего встречается недостаточность или дефицит витамина D, B12, фолиевой кислоты, а также нехватка других витаминов (A, E, B1 и B2 и т.д.).

Дефицит витамина B12 очень часто развивается на фоне воспалительного процесса в терминальном (конечном) отделе подвздошной кишки или удалении (резекции) этого участка. Витамин B12 всасывается только в этом отделе тонкой кишки, и, хотя в печени имеется его запас на несколько лет, со временем возникает его нехватка. Чаще всего дефицит проявляется в виде нарушения процессов кроветворения (снижение уровня гемоглобина, лейкоцитов, эритроцитов и/или тромбоцитов в крови), а в тяжелых случаях – патологией нервной системы. Терапия заключается во внутривенном или внутримышечном введении витамина B12. При удалении терминального отдела подвздошной кишки такая заместительная терапия витаминами должна проводиться в течение всей жизни с определенными интервалами.

Недостаточность или дефицит витамина D, участвующего помимо построения костной ткани также в процессах регуляции адаптивного иммунитета, антибактериального ответа, при ВЗК наблюдается очень часто. Если суммировать данные исследований, снижение уровня витамина D в крови пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом наблюдает-

ся в 8—100% и 7—64% случаев, соответственно. Нехватка витамина D более выражена в зимнее время и несколько реже встречается в солнечные месяцы (весна, лето). Некоторые исследования показали, что низкий уровень этого витамина при ВЗК ассоциирован с большей активностью воспаления в кишке, а также большей потребностью в госпитализации и операции.

В большинстве случаев симптомы недостатка витаминов неспецифичны и требуют дополнительного исследования их содержания в крови. Не стоит принимать витамины без контроля врача, поскольку для некоторых из них существуют возможность кумуляции (накопления) с развитием гипervитаминозов. Опытный врач-гастроэнтеролог даст рекомендации о необходимости обследования и приема витаминных препаратов для коррекции уже развившегося дефицита или его профилактики.

13. Какие обезболивающие/жаропонижающие препараты разрешены при ВЗК?

Обезболивающие и жаропонижающие препараты широко используются в повседневной жизни для снятия болей различного происхождения. Значительное количество людей использует эти препараты регулярно как по назначению врача, так и в рамках самолечения. Пациенты с болезнью Крона и язвенным колитом не являются исключением. Они также могут периодически испытывать головную, зубную и другие

виды болей. Кроме того, у этих пациентов нередко имеются внекишечные поражения суставов, которые требуют использования обезболивающих лекарств.

Когда речь идет об обезболивании, на ум приходят сразу несколько препаратов: «Нурофен», «Найз», «Мовалис» и т. д. Они относятся к группе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и блокируют фермент циклооксигеназу (ЦОГ). ЦОГ в организме представлена двумя видами: ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Первая отвечает за образование защитных веществ и компонентов слизи в желудке и кишечнике, ЦОГ-2 – за продукцию молекул воспаления. Соответственно, существует два вида НПВП: неселективные и селективные (от французского слова *sélectif* – «отбирающий, выбирающий, выборочный»). Неселективные НПВП (диклофенак, кеторолак, ибупрофен, напроксен, кетопрофен, индометацин, этодолак, метамизол, пироксикам и т.д.) блокируют оба вида ЦОГ, таким образом подавляя и воспаление, и синтез защитных компонентов слизи. Прием этих препаратов повышает риск образования эрозий и язв в желудке и кишечнике. Селективные НПВП (мелоксикам, нимесулид, целекоксиб, эторикоксиб и т.д.) блокируют лишь ЦОГ-2, оказывая только противовоспалительное действие.

Итак, потенциально неселективные НПВП должны хуже переноситься пациентами с ВЗК. Но что же говорят на этот счет клинические исследования? Одно из первых исследований, проведенное К. Takeuchi в 2006 году у 209 пациентов,

страдающих ВЗК в ремиссии, показало, что через 9 дней после начала приема неселективных НПВП обострение наблюдалось у 17—28% больных. Среди пациентов, которые принимали селективный НПВП нимесулид или аспирин, не было ни одного случая обострения болезни (!). Другие исследования, проведенные позже, не смогли выявить повышение риска обострения ЯК и БК при применении НПВП. В 2016 году M.D.Long проанализировал частоту обострения ВЗК у 791 больного с ремиссией (336 из них принимали НПВП, остальные – нет). В период наблюдения в течение 6 месяцев было установлено, что прием НПВП (преимущественно неселективных) с частотой ≥ 5 раз в месяц увеличивал риск обострения БК в 1,65 раз, для ЯК риск повышен не был.

Наконец, проведенный в 2018 году мета-анализ клинических исследований (в современной медицине это своеобразный «кит» доказательности) показал, что риск обострения при применении НПВП не так высок (в 1,42 раза для БК и в 1,52 раза для ЯК), однако анализ не учитывал селективность препаратов.

Пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, постоянно принимающие низкие дозы аспирина, также могут не опасаться за свое здоровье – препарат не повышает риск обострения ВЗК.

Что же касается риска применения ректальных свечей с НПВП у больных ЯК и БК, то крупных исследований

не проводилось. Однако имеются данные о том, что даже у здоровых лиц применение свечей с неселективным НПВП ибупрофеном в 10—30% случаях вызывало повреждение слизистой кишки вплоть до развития язв.

Таким образом, в случае необходимости применения обезболивающих препаратов при ВЗК отдавать предпочтение следует селективным НПВП («Нимесил», «Найз», «Мовалис» и т.д.), ректальные свечи для обезболивания лучше не использовать.

Для того, чтобы «сбить» повышенную температуру, врачи обычно рекомендуют парацетамол или содержащие его комбинированные препараты. Жаропонижающий эффект парацетамола общепризнан во всем мире, а что известно о его безопасности при ВЗК? К. Takeuchi в своей работе показал, что прием парацетамола в течение 9 дней не повышал риск обострения ВЗК. Мета-анализ 18 клинических исследований, проведенный О. Moninuola в 2018 году, также не выявил повышенного риска обострения при приеме парацетамола.

14. Какие факторы могут спровоцировать обострение ВЗК?

Выше мы уже рассмотрели возможность обострения ЯК и БК при применении НПВП в качестве препаратов для обезболивания. Что же еще может повлиять на обострение болезни? Среди возможных факторов риска пациенты

(и некоторые врачи) обычно называют стресс, питание, прием антибиотиков, авиаперелеты. Рассмотрим каждый из них.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.