

Лечение. Лечебные мероприятия при ЯК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетические рекомендации. Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК.

Целью терапии является достижение и поддержание бесстероидной ремиссии (прекращение приема ГКС в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса, а также развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.

Медикаментозное лечение: В лечении НЯК доказана эффективность 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоидов и цитостатиков.

Базисная терапия заключается в назначении препаратов 5-аминосалициловой кислоты. Используют месалазин в дозе 2-4 г/сут. преимущественно в таблетированной форме или сульфасалазин (2-8 г/сут., обязательно в сочетании с фолиевой кислотой 5 мг/сут.).

Предпочтение отдается месалазину, как менее токсичному и оказывающему меньшие побочные эффекты. При наличии перианальных поражений в комплексе лечебных мероприятий включают метронидазол в дозе 1-1,5 г/сут. Дополнительные препараты (антибиотики, пребиотики, ферменты и др.) назначают по показаниям.

По достижении ремиссии пациенты должны получать в течение, как минимум 2 лет поддерживающую терапию месалазином или сульфасалазином 2 г/сут.

При непереносимости препаратов 5-аминосалициловой кислоты используют преднизолон (10-30 мг через день). Азатиоприн в качестве поддерживающей терапии назначают пациентам, у которых ремиссия достигнута его применением (50 мг/сут.).

Дальнейшее ведение: больные НЯК и БК подлежат диспансерному наблюдению с обязательным ежегодным посещением врача и проведением ректороманоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки прямой кишки в целях выявления степени воспаления и дисплазии. Колонофиброскопия с множественной прицельной биопсией проводится при тотальном колите, существующем свыше 10 лет. Исследование крови и функциональные пробы печени проводятся ежегодно. При ремиссии больным с НЯК и БК пожизненно назначают салофальк 0,5 х 2 р. в д. или сульфасалазин 1 г х 2 р. в д.

Индикаторы эффективности лечения: исчезновение патологических примесей в кале, купирование болей в животе, нормализация стула, регрессия системных проявлений.

Литература:

1. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита.
2. Гвидо Адлер. Болезнь Крона и язвенный колит. М., «Гэотар - мед», 2001.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002.