



Практическая гастроэнтерология

Т.Б. Топчий, М.Д. Ардатская,
Л.И. Буторова, Л.В. Масловский,
О.Н. Минушкин

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОКТИТОВ

Учебное пособие

Москва
2023

Т.Б. Топчий, М.Д. Ардатская, Л.И. Буторова,
Л.В. Масловский, О.Н. Минушкин

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОКТИТОВ

Учебное пособие

Москва
2023

УДК 616.351-002-079.4(075.8)
ББК 54.134,1-48я73-1
Д50

Дифференциальная диагностика проктитов: учебное пособие / Т.Б. Топчий, М.Д. Ардатская, Л.И. Буторова [и др.]. – М.: Прима Принт, 2023. – 60 с.: ил. – (Практическая гастроэнтерология). – ISBN 978-5-6048827-1-9.
I. Топчий Татьяна Борисовна.

В настоящем учебном пособии освещены современные данные об этиологии и диагностике проктитов. Представлены современные рекомендации по лечению наиболее распространенных в клинической практике проктитов (язвенный проктит, лучевой проктит).

Пособие предназначено для широкого круга врачей: гастроэнтерологов, колопроктологов, дерматовенерологов, гинекологов, терапевтов, врачей общей практики, а также для клинических ординаторов и аспирантов.

Сведения об авторах:

Топчий Татьяна Борисовна – доцент кафедры гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, кандидат медицинских наук, доцент. Эл. адрес: tantop@mail.ru. Тел.: (499)146-81-35. Адрес: 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19А.

Ардатская Мария Дмитриевна – профессор кафедры гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук, профессор. Эл. адрес: ma@uni-med.ru, ma@sai.msu.ru. Тел.: (499)146-81-35. Адрес: 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19А.

Буторова Людмила Ивановна – доцент кафедры терапии неотложных состояний филиала ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени И.М. Кирова», кандидат медицинских наук. Эл. адрес: ludmilabutorova@mail.ru

Масловский Леонид Витальевич – доцент кафедры гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук.

Минушкин Олег Николаевич – заведующий кафедрой гастроэнтерологии, профессор ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук, профессор. Эл. адрес: oleg.minushkin@bk.ru

Рецензенты:

Зверков Игорь Владимирович – профессор кафедры гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Головенко Олег Владимирович – профессор кафедры гастроэнтерологии ФГБВОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, член Экспертного совета Российского общества по изучению воспалительных заболеваний кишечника, член Европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита (ЕССО), доктор медицинских наук.

УДК 616.351-002-079.4(075.8)
ББК 54.134,1-48я73-1

ISBN 978-5-6048827-1-9

© Топчий Т.Б., Ардатская М.Д., Буторова Л.И.,
Масловский Л.В., Минушкин О.Н. 2023

Содержание

Список сокращений.....	4
Общие сведения об анатомии и физиологии прямой кишки.....	5
Этиология проктитов	8
Клинические симптомы и диагностика проктитов ...	9
Лекарственно-индуцированный проктит.....	15
Ишемический проктит	16
Лучевой проктит	19
Инфекционный проктит	32
Синдром солитарной язвы прямой кишки	36
Болезнь Крона прямой кишки и перианальной области	42
Язвенный колит с поражением прямой кишки ...	44
Тестовые задания для самоконтроля	53
Литература	55

Список сокращений

- ВЗК** – воспалительные заболевания кишечника
- ИППП** – инфекции передающиеся половым путем
- ЛП** – лучевой проктит
- ЛТ** – лучевая терапия
- НПВП** – нестероидные противовоспалительные препараты
- ССЯПК** – синдром солитарной язвы прямой кишки

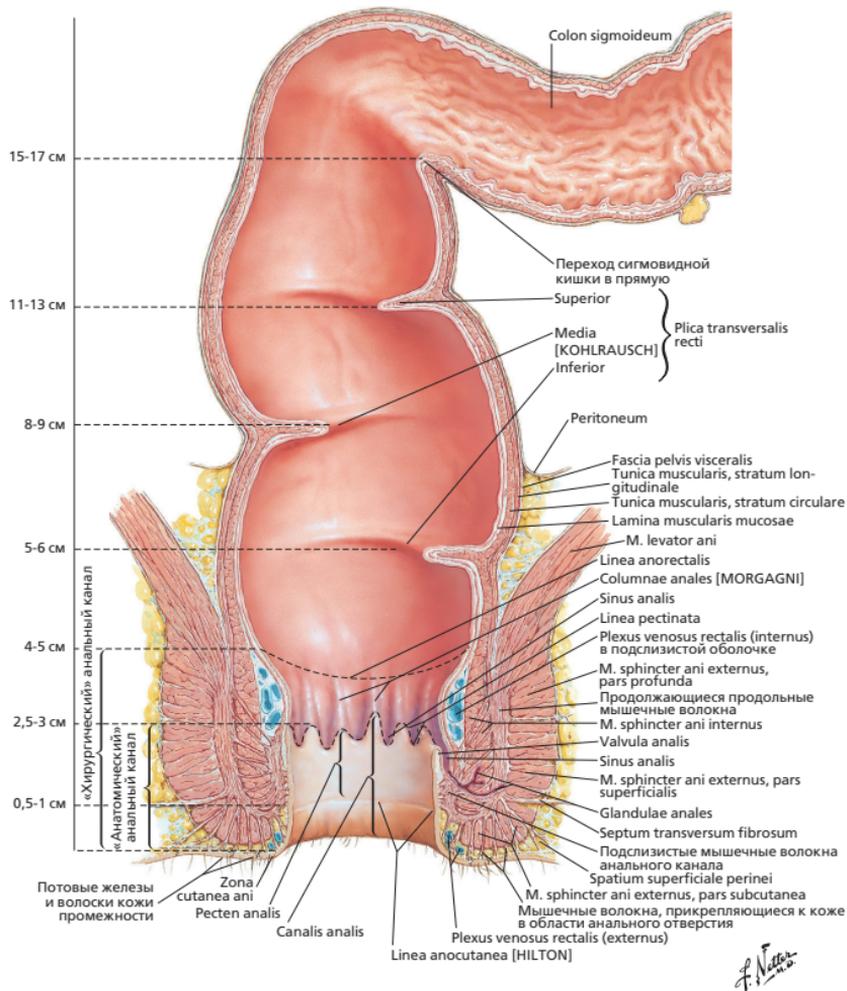
Общие сведения об анатомии и физиологии прямой кишки

Прямая кишка является конечной частью толстой кишки (рис. 1). Длина прямой кишки составляет 12-18 см. Когда прямая кишка не наполнена, в ее слизистой оболочке имеются продольные складки, исчезающие при растяжении кишки. Три поперечные складки (заслонки Гаустона) частично окружают верхнюю часть прямой кишки. Конечная часть прямой кишки – *анальный канал*. Выделяют анатомический (1,5-3 см) анальный канал – от наружного края заднего прохода до зубчатой линии и хирургический (2-8 см) – от наружного края анального канала до аноректального кольца, образованного пуборектальной мышцей. Просвет анального канала представляет собой щель, и его ось направлена к пупку, в то время как ось прямой кишки направлена к мысу крестца. Разная направленность осей канала во многом обусловлена наличием пуборектальной мышцы, которая охватывает кишку в виде пращи и участвует в держании кишечного содержимого. В верхней части заднепроходного канала (выше зубчатой линии) на слизистой оболочке имеется от 6 до 12 продольных складок – Морганиевы колонны, в основе которых лежат гладкие мышечные волокна, соединительная ткань и сосуды. Дистальная граница их расположена на уровне середины внутреннего сфинктера. Здесь соседние столбы соединяются складками слизистой оболочки. Ниже этих заслонок слизистая оболочка переходит в кожу заднего прохода.

Мышечная оболочка прямой кишки состоит из внутреннего циркулярного и наружного продольного слоя мышц. Циркулярный слой принимает участие в образовании складок Гаустона. У промежностного изгиба толщина циркулярного слоя увеличивается и образует внутренний сфинктер. В отличие от других отделов толстой кишки продольный мышечный слой прямой кишки не образует трех лент. Выходной отдел прямой кишки кольцеобразно охватывается

Рисунок 1

Анатомия прямой кишки (по Неттеру Ф., 2018)



мышечным кольцом *наружного анального сфинктера*, состоящего из поперечнополосатых мышечных волокон (произвольный сфинктер). На расстоянии 3-4 см от заднепроходного отверстия кольцевидные мышечные волокна, утолщаясь, образуют *внутренний сфинктер* (непроизвольный). Еще один непроизвольный сфинктер (Гепнера) образуют кольцевидные мышцы на расстоянии 10 см от заднепроходного отверстия.

Кровоснабжение прямой кишки осуществляется верхней и нижней прямокишечной артериями.

Между ними существует богатая сеть интрамуральных анастомозов, благодаря которым прямая кишка крайне редко вовлекается в патологический процесс при развитии ишемического колита. Венозная кровь от среднего и нижнего отдела прямой кишки частично отводится в систему нижней полой вены, а от верхних – через нижнюю брыжеечную вену – в систему воротной вены. Кавернозная сосудистая ткань, располагающаяся в подслизистой основе заднепроходного канала на уровне анальных заслонок, богата артериовенозными анастомозами и играет важную роль в патофизиологии геморроя. Наличие артериовенозных анастомозов объясняет появление не только темной (венозной), но и алой (артериальной) крови при кровоточащем геморрое.

В иннервации прямой кишки принимают участие нижнебрыжеечное, аортальное, подчревное сплетения и срамной нерв. Иннервация мускулатуры произвольного сфинктера и тазового дна осуществляется через крестцовое сплетение срамными и поднимающими нервами. Активность внутреннего анального сфинктера координируется посредством тазового узла. Функционально самой важной частью гладкой мускулатуры прямой кишки и анального канала является внутренний сфинктер. Он находится под двойным тормозящим и возбуждающим двигательным контролем как симпатической, так и парасимпатической нервной системы и обеспечивает остаточное давление в просвете прямой кишки. Особенности иннервации анального канала таковы, что ниже зубчатой линии в плоском эпителии и под ним располагается масса болевых и чувствительных рецепторов.

Прямая кишка выполняет резервуарную и эвакуаторную функцию. Способность удерживать кишечное содержимое и опорожнять прямую кишку обеспечивается анальным каналом, деятельностью анальных сфинктеров и мышц, поднимающих задний проход, наличием аноректального угла и согласованной моторно-эвакуаторной деятельностью толстой кишки.

Выведение каловых масс (дефекация), являясь сложным рефлекторным актом, находится под регулярным контролем центральной нервной системы. Центр дефекации находится в спинном мозге на уровне поясничного отдела. Акт обычно подразделяется на две фазы – афферентную (формирование позыва к дефекации) и эфферентную (непосредственное выделение каловых масс). Раздражение чувствительных нервных окончаний слизистой оболочки прямой кишки, вызываемое скоплением каловых масс, в виде импульсов нервного возбуждения передается в центр дефекации, откуда направляется к коре головного мозга, вызывая формирование специфического ощущения и позыва к дефекации. Кора головного мозга способна влиять на механизмы формирования позыва к дефекации и в нисходящем направлении, усиливая или тормозя его.

Нарушение функции прямой кишки и анальных сфинктеров может вызывать недержание кала. Длительные и часто повторяющиеся задержки позывов к дефекации могут способствовать развитию запоров.

Этиология проктитов

К острому или хроническому воспалению слизистой прямой кишки могут приводить инфекции, травмы прямой кишки, местное воздействие лекарственных препаратов, радиоактивного излучения, заболевания перианальной области, воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона), аллергические состояния, нарушение кровоснабжения кишки, послеоперационные состояния и др.

Виды проктитов и их краткая характеристика, в зависимости от причины возникновения, представлены в таблице 1.

Таблица 1
Виды проктитов

Проктит	Краткая характеристика
Язвенный колит (проктит)	Наиболее частая локализация воспаления при язвенном колите – 30-60%
Болезнь Крона с поражением прямой кишки и перианальной области	Изолированное поражение прямой кишки редко – 2-6%, чаще аноректальные и перианальные поражения – 30-40% (трещины, свищи)
Лекарственно-индуцированный проктит	Свечи с парацетамолом, НПВП длительно, пациенты с хроническим болевым синдромом, системные антибиотики, химиотерапия
Инфекционный проктит	ИППП (часто), вирус герпеса, цитомегаловирус, кампилобактериоз, паразитарные инфекции
Лучевой (радиационный) проктит	Воздействие ионизирующего излучения, как осложнение лучевой терапии злокачественных опухолей органов малого таза, часто – 13-55%
Ишемический проктит	Редко – 2-5%, пожилые с распространенным атеросклерозом
Солитарная язва прямой кишки	Редко, возраст 30-50 лет, предшествуют длительные запоры, чрезмерное натуживание
Посттравматический проктит	Механическая травма, инородное тело, медицинские манипуляции
Диверсионный колит и проктит	У пациентов с временной коло-илеостомой в отделах кишки, «отключенных» от кишечного пассажа, часто – 71-100%
Аллергический проктит (проктоколит)	Индукционирован белками пищи (коровье молоко, соя, яйца, кукуруза, пшеница), младенческий возраст, стул с прожилками крови и (или) слизи, легкая диарея, в остальном здоровый ребенок, эозинофилия, легкая анемия
Сопутствующий (вторичный) проктит	Обычно дискретное воспаление, при геморрое, трещине или свище
Идиопатический проктит	Неясной этиологии, возникает спонтанно, независимо от возраста и пола, проявления сходны с язвенным колитом, но воспаление строго ограничено дистальными отделами прямой кишки

Клинические симптомы и диагностика проктитов

Симптомы проктита многообразны и неспецифичны, что может затруднять диагностику заболевания аноректальной зоны.

Наиболее частые симптомы проктитов представлены в таблице 2.

Аноректальное кровотечение – один из наиболее частых симптомов проктита. Появление этого симптома возможно при многих заболеваниях кишечника (язвенный колит, дивертикулез, злокачественные опухоли толстой кишки) и аноректальной зоны (геморрой, анальная трещина, рак прямой кишки). Поэтому при появлении крови из прямой кишки или стула, смешанного с кровью, необходимо полное обследование толстой кишки, включая эндоскопическое.

Основные причины аноректального кровотечения представлены в таблице 3.

Слизистые выделения также являются характерным симптомом не только проктитов, но и заболеваний толстой кишки, которые требуют дифференциальной диагностики (табл. 4).

Тенезмы (colica rectalis) – ложные частые позывы на дефекацию, сопровождающиеся резкими болевыми ощущениями и спазмами в прямой кишке. Возникновение тенезмов возможно при наличии язв и воспалительных процессов на стенке сигмовидной или прямой кишки. По меткому высказыванию выдающегося русского терапевта М.П. Кончаловского, «тенезмы являются симптомом первостепенного диагностического значения, т.к. заставляют врача обратить внимание на состояние прямой кишки». При появлении данного симптома следует проводить дифференциальную диагностику между проктитами, дизентерией и раком прямой кишки.

Болевой синдром при проктите, как правило, носит характер жжения, чувства давления в анальном канале, редко бывает выраженной интенсивности. Причиной выраженного болевого синдрома могут быть острый или хронический парапроктит, опухоль прямой кишки с перифокальным воспалением или болезнь Крона с перианальными поражениями (табл. 5).

Таблица 2

Симптомы проктитов

- Выделение крови (от нескольких капель до обильного)
- Слизистые выделения
- Стул, смешанный с кровью
- Изменение консистенции стула
- Частые позывы на дефекацию, «ректальные плевки»
- Тенезмы
- Боль (жжение, колющая, чувство давления)
- Зуд, мокнутие
- Инконтиненция

Таблица 3

Дифференциальная диагностика аноректальных кровотечений

- Геморрой
- Анальная трещина
- Злокачественные и доброкачественные опухоли прямой кишки и анального канала
- Язвенный колит и болезнь Крона
- Выпадение слизистой прямой кишки
- Гемангиома
- Эндометриоз
- Травма прямой кишки
- Солитарная язва прямой кишки

Таблица 4

Дифференциальная диагностика слизистых выделений

- Выпадение прямой кишки
- Солитарная язва прямой кишки
- Остроконечные перианальные кондиломы
- Язвенный колит и болезнь Крона
- Анальная трещина
- Злокачественная опухоль анального канала и прямой кишки
- Ворсинчатая опухоль прямой кишки
- Синдром раздраженного кишечника

Анальный зуд является достаточно распространенным симптомом заболеваний аноректальной зоны. При проктитах он часто возникает из-за контактного дерматита вследствие раздражения кожи кишечным содержимым (при частом жидком стуле, наличии инконтиненции) или в результате примене-

ния суппозиторий и мазей, содержащих раздражающие компоненты. Причины анального зуда представлены в таблице 6.

Таблица 5

Дифференциальная диагностика болевого синдрома в анальном канале

- Анальная трещина
- Тромбоз геморроидальных узлов
- Парапроктит
- Опухоли анального канала
- Осложненные каудальные тератомы
- Болезнь Крона с перианальными поражениями
- Идиопатический анокопчиковый болевой синдром
- Эндометриоз
- Прокталгия

Таблица 6

Дифференциальная диагностика анального зуда

- Выпадение прямой кишки
- Недержание анального сфинктера
- Геморрой
- Сахарный диабет
- Ворсинчатая опухоль прямой кишки
- Хронический парапроктит
- Идиопатический зуд анального канала
- Злокачественная опухоль прямой кишки
- Болезнь Крона
- Грибковые заболевания анального канала и промежности
- Гельминтоз
- Аллергический дерматит
- Контактный дерматит (на местные препараты)
- Псориаз
- Недостаточная гигиена заднего прохода

Осмотр области заднего прохода – первый этап обследования при подозрении на аноректальную патологию. Больных осматривают на гинекологическом кресле, на кушетке в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжелых больных осмотр производят в положении на боку. Метод дает возможность определить на-

ружные геморроидальные узлы, наружные отверстия свищей. При идиопатическом анальном зуде и проктите можно наблюдать мокнутие и экскориацию кожи вокруг ануса, при парапроктитах, локализованных в подкожной клетчатке, – гиперемию и отек перианальной кожи. При разведении краев заднего прохода, осматривают стенки анального канала, определяют наличие анальной трещины, выпадение внутренних геморроидальных узлов, слизистой оболочки анального канала или всех слоев прямой кишки.

Пальцевое исследование через просвет прямой кишки – очень ценный метод диагностики, доступный врачу любой специальности. При данном исследовании важно определить тоническое состояние сфинктеров, выраженность и силу волевых сокращений, болезненность при исследовании, наличие опухолевых образований, рубцов и дефектов слизистой оболочки анального канала. Особый акцент делается на обследовании задней и передней стенок анального канала, т.к. патологические процессы чаще всего локализуются именно в этих зонах. При средней длине пальца исследователя – 7-8 см, хорошо доступным для ощупывания является весь нижне-ампулярный отдел прямой кишки. Особое значение пальцевое исследование имеет в диагностике рака прямой кишки и дает возможность в 88% случаев обнаружить опухоль. Кроме обследования прямой кишки, этим методом определяется состояние соседних органов (предстательная железа у мужчин, шейка матки и задняя поверхность тела матки у женщин).

Аноскопия – осмотр анального канала и нижне-ампулярного отдела прямой кишки (до 12 см) с помощью прибора аноскопа также входит в группу методов обязательного обследования пациентов с аноректальной патологией. В настоящее время также применяется аноскопия высокого разрешения с применением увеличивающего визуализацию устройства и микрокамеры. В процессе этого обследования могут быть выявлены гемор-

роидальные узлы, проведена дифференциация истинных полипов и гипертрофированных анальных сосочков, которые представляют собой гиперплазию слизистой оболочки в области морганиевых крипт, возникшую в результате хронического воспаления при трещинах заднего прохода, геморрое или проктите.

Ректороманоскопия с использованием жесткого или гибкого ректосигмоидоскопа позволяет визуально оценить внутреннюю поверхность прямой и дистальной трети сигмовидной кишки до уровня 20-25 см от заднего прохода. Данный метод исследования является обязательным компонентом проктологического обследования. При умелом использовании эта процедура мало болезненна и может применяться как с целью диагностики, так и для контроля эффективности проводимой терапии (например, при язвенном колите).

Тотальная колоноскопия выполняется в тех случаях, когда при сигмоскопии в прямой или сигмовидной кишке выявляются полипы или злокачественные опухоли, когда обнаруживается воспалительный процесс, не ограничивающийся дистальным отделом толстой кишки, или имеется патологическое отделяемое (слизь, кровь, гной) в просвете кишки, поступающее из проксимальных отделов.

Для распознавания осложненной ректальной патологии могут использоваться ультразвуковые приборы, снабженные ректальными датчиками (*эндоУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование*), что дает возможность получить сведения о трансмуральном распространении воспалительного процесса в дистальном отделе толстой кишки, о наличии инфильтратов, свищей и абсцессов.

Далее мы рассмотрим наиболее частые и сложные в диагностике нозологические формы проктитов и принципы их лечения.

Лекарственно-индуцированный проктит

Изолированное поражение прямой кишки нередко сопровождает терапию ректальными нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) – НПВП-ассоциированный проктит (рис. 2).

Рисунок 2

НПВП-ассоциированный проктит: язва прямой кишки (Kurahara K., 2001)

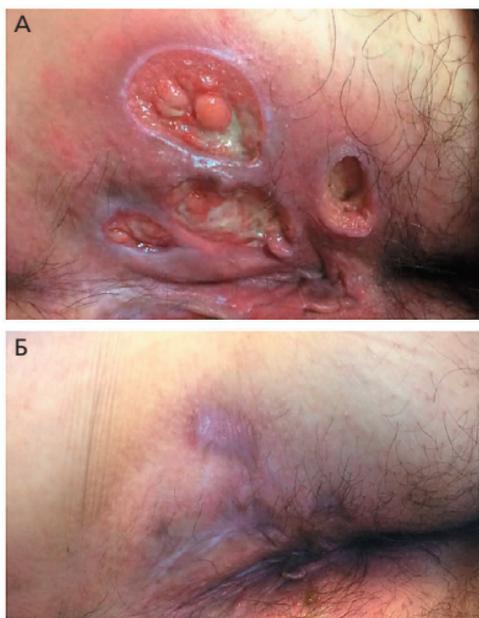


Также свечи с парацетамолом, кофеином, эрготамином, системные антибиотики и химиотерапия могут быть причиной развития воспаления слизистой прямой кишки. Всем пациентам с подозрением на воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) следует задать отдельный вопрос о всех ректальных препаратах, применявшихся в последние полгода до старта симптомов. Наиболее часто лекарственно-индуцированный проктит возникает у пациентов с хроническим болевым синдромом (ревматоидный артрит, мигрень), которые длительно применяют, часто злоупотребляя, суппозитории с НПВП. При эндоскопии прямой кишки выявляются эритема, кровоизлияния, язвы с четко ограниченными краями. Возможно возникновение язв в перианальной обла-

сти. Как правило, специального лечения лекарственно-индуцированного проктита не требуется, язвы самостоятельно заживают после стойкой отмены препарата (рис. 3).

Рисунок 3

НПВП-индуцированные перианальные поражения. А. перианальные язвы на фоне длительного (несколько лет) и частого (4-5 раз в неделю) применения свечей с индометацином у 72-летней пациентки с мигренью. Б. заживление язв через 12 недель после отмены свечей с индометацином (Savoia F., 2018)



Ишемический проктит

Изолированное ишемическое поражение прямой кишки встречается редко (менее 2% случаев ишемического колита), в связи с ее двойным кровоснабжением из мезентериальных и подвздошных артерий. Значительно чаще (55%) наблюдается поражение ректосигмоидного перехода, так называемая критическая точка Судека. Ишемия здесь развивается

из-за удаленности от основной артериальной магистрали (анастомоз нижней брыжеечной артерии и прямокишечных артерий, отходящих от внутренней подвздошной артерии).

Наиболее частые причины ишемического поражения толстой кишки представлены в таблице 7.

Таблица 7

Наиболее частые причины ишемического поражения толстой кишки

- Атеросклероз брыжеечных сосудов
- Тромбозы и эмболии нижней брыжеечной артерии
- Сердечная недостаточность
- Шок
- Интоксикация медикаментозными препаратами
- Васкулиты
- Пероральные контрацептивы
- Паразитарная инвазия
- Травматическое повреждение органов брюшной полости
- Аллергические реакции
- Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты
- Реконструкция аорто-подвздошных сосудов
- Гинекологические операции
- Операции на желудке, ободочной и прямой кишке

У молодых пациентов ишемические поражения толстой и прямой кишки могут быть в дебюте системных васкулитов (системная красная волчанка, болезнь Такаясу). Наиболее часто ишемический проктит встречается у пожилых пациентов с распространенным атеросклерозом, наличием мерцательной аритмии, сахарного диабета. Дополнительным фактором, усиливающим ишемию кишки у пожилых, является запор. Хронический запор (натуживание) повышает внутрикишечное давление и уменьшает кровоток в стенке толстой кишки. Наиболее типичными симптомами ишемического поражения дистальных отделов толстой кишки являются гематохезия, запоры, боль в животе. Большинство эпизодов ишемического колита протекают доброкачественно, носят транзиторный характер и склонны к саморазрешению. Эндоскопически при ишемическом

проктите выявляют отек, сегментарную эритему и рыхлость слизистой, язвы имеют продольный вид. Ишемический колит с вовлечением прямой кишки является состоянием, которое трудно диагностировать, вследствие его редкости и разнообразия проявлений. Редко, но ишемический проктит может имитировать рак прямой кишки при эндоскопическом исследовании или компьютерной томографии. В случаях, когда отек слизистой и подслизистого слоя и геморрагические изменения, изъязвления носят выраженный характер, некротические массы могут обуславливать сужение просвета, имитируя наличие карциномы прямой кишки (рис. 4).

Рисунок 4

Ишемическое поражение прямой и сигмовидной кишки с изъязвлением слизистой оболочки по окружности длиной 10 см с прилегающей некротической тканью, имитирующее карциному кишки (Silva M., 2017)



Лучевой проктит

Лучевой (радиационный) проктит (ЛП) – поражение прямой и сигмовидной кишки (проктосигмоидит), вызванное воздействием ионизирующего излучения, как осложнение лучевой терапии злокачественных опухолей органов малого таза: простаты, шейки и тела матки, мочевого пузыря, прямой кишки, лимфом. При лучевом воздействии поражается, как правило, прямая и сигмовидная кишка, вследствие своего фиксированного положения в пределах таза и непосредственной близости к месту лучевого воздействия, а также возможно поражение петель тонкой кишки (лучевой энтерит).

Согласно МКБ-10, лучевые поражения кишечника классифицируются следующим образом:

- K62.7 – Радиационный проктит;
- K52.0 – Радиационный гастроэнтерит и колит.

ЛП возникает при облучении области таза в дозах 45-50 Гр. Диапазон доз от 45 до 70 Гр сопровождается незначительными лучевыми осложнениями, дозы выше 70 Гр вызывают значительное и продолжительное повреждение окружающих органов и тканей. Современные способы воздействия на опухоль, такие как дистанционная лучевая терапия (ЛТ), брахитерапия (внедрение в опухоль радиоактивных имплантатов), позволяют снизить тяжесть и частоту лучевого поражения, которая составляет 8-15%. В разных исследованиях частота развития ЛП при использовании обычной ЛТ колебалась в диапазоне от 2 до 39% (в зависимости от используемой классификации, оцениваемой степени тяжести/класса проктита), существенно увеличиваясь при проведении сочетанной ЛТ, которая используется при более поздних стадиях рака и где применяемые дозы и поля облучения значительно выше и шире соответственно.

По времени возникновения симптомов заболевания, особенностям патогенеза и клинического течения выделяют острый и хронический ЛП.

Острый ЛП возникает примерно у 13% пациентов во время проведения ЛТ либо в течение первых 3 месяцев после ее завершения. Ранние лучевые повреждения обусловлены непосредственным воздействием ионизирующего облучения на слизистую оболочку кишечника, в результате чего возникает ее воспаление и атрофия, нарушаются процессы всасывания воды и моторика кишечника. Более 20% пациентов, проходящих ЛТ, нуждаются в коротких перерывах в лечении, чтобы купировать его симптомы. Острые лучевые поражения купируются симптоматическими лекарственными средствами, иногда и самопроизвольно, и сопровождаются полным восстановлением слизистой оболочки толстой кишки. С прекращением ЛТ необходимость в дальнейшем лечении обычно отпадает.

Клиническими проявлениями острого ЛП являются диарея, кровь и слизь в стуле, тенезмы, императивные позывы. При эндоскопическом исследовании в прямой и сигмовидной кишке выявляются изъязвление, отек и гиперемия слизистой оболочки, контактная кровоточивость. При гистологическом исследовании определяются эозинофильные крипт-абсцессы, набухание эндотелиальных артериол, потеря клеток слизистой оболочки и обширное воспаление.

Хронический ЛП встречается у 5-10% пациентов как прогрессирование острого проктита либо через 3 и более месяцев после проведенной ЛТ примерно у 9-55% больных, не имевших острых проявлений заболевания. Поздние лучевые повреждения связаны преимущественно с повреждением мелких сосудов подслизистого слоя кишечника, в которых возникают микротромбы, что сопровождается хронической ишемией (нарушением кровоснабжения и как следствие питания) слизистой оболочки и подслизистого слоя. В результате нарушенного кровоснабжения постепенно развивается атрофия слизистой оболочки, возникают эрозии и язвы, являющиеся причиной кишечных кровотечений. Дальнейшее прогрессирование заболевания может приводить к образованию

некрозов (омертвлению слизистой и подслизистого слоя) и перфорации кишечной стенки, формированию межкишечных свищей и абсцессов. Поздние лучевые повреждения кишечника часто имеют упорное течение, слизистая кишки восстанавливается медленно, медикаментозное лечение является длительным и неоднократным, в тяжелых случаях требуется хирургическое лечение. Известно, что лучевые повреждения у больных с хроническими сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, атеросклероз, тиреотоксикоз) возникают чаще, чем у больных без патологии (70% против 18,1%). Оперативное лечение до ЛТ и повторные облучения также являются неблагоприятными факторами.

Клиническая картина хронического ЛП характеризуется наличием патологических примесей в кале (слизи, крови), нерегулярным стулом (возможны и запоры, и поносы), болевым синдромом (периодическим или постоянным) разной интенсивности и локализации (внизу живота, в области промежности, в области ануса), усиливающимся при акте дефекации. Часто данные симптомы значительно снижают качество жизни пациентов. Из заболевших хроническим ЛП 9% пациентов в своих жалобах отмечают умеренное ухудшение качества жизни, а около 55% пациентов испытывают серьезные функциональные проблемы со стороны толстой и прямой кишки.

Также пациенты могут предъявлять жалобы, связанные с осложнениями ЛП (стриктура и рубцовая деформация кишки, свищи).

При эндоскопическом исследовании определяется рыхлость и бледность слизистой оболочки, телеангиэктазии, стриктуры, свищи и изъязвления. При гистологическом исследовании выявляются артериолярный эндартериит, явления фиброза. При катаральном, геморрагическом, эрозивно-геморрагическом, язвенном проктите биопсия не рекомендуется в связи с высоким риском формирования язвы, а впоследствии возможны перфорации кишки и формирование свища. Биопсия берется только

в том случае, если есть подозрение на прогрессирование основного заболевания или на самостоятельный рак прямой или сигмовидной кишки.

Диагностика. ЛП следует подозревать у любого пациента, которому проводилось облучение тазовой области и у которого наблюдаются соответствующие симптомы: диарея, ректальное кровотечение, тенезмы, императивные позывы, анальная инконтиненция (недержание кала, газов), боль в животе и в области ануса. Для диагностики поздних лучевых повреждений органов малого таза и исключения прогрессирования основного заболевания используется следующий алгоритм: сбор жалоб и анамнеза, осмотр, включая пальцевое исследование прямой кишки, клинико-лабораторные анализы, посев мочи, копрограмма. Инструментальные обследования включают УЗИ почек, мочевого пузыря, при необходимости цистоскопию и уретроскопию, экскреторную урографию, ректоскопию или колоноскопию, ректографию, ирригоскопию или фистулографию при наличии свища, МРТ или СКТ с целью исключения рецидива основного заболевания в соседние органы и для определения распространения лучевых повреждений.

Такой алгоритм выработан для исключения повреждений соседних органов и возможного развития также лучевого цистита, уретрита, вагинита.

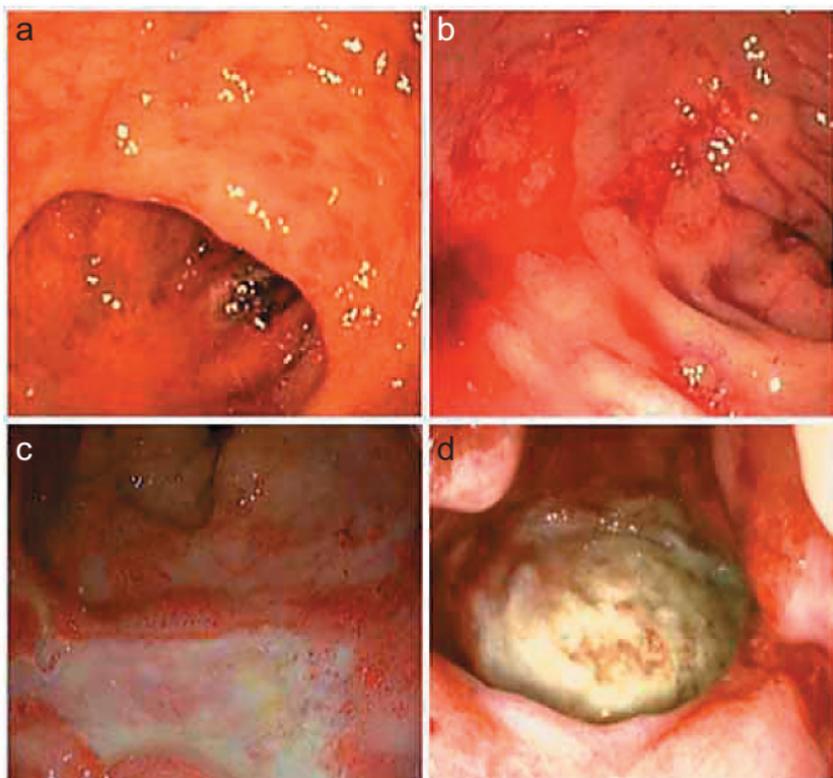
Эндоскопическое исследование играет ведущую роль в диагностике ЛП и позволяет оценить распространенность и степень тяжести поражения кишки, а также исключить другие возможные причины проктита и ректального кровотечения: ВЗК, инфекционный колит, диверсионный колит, ишемический колит, злокачественная опухоль прямой и сигмовидной кишки. Выделяют 3 группы наиболее часто выявляемых изменений слизистой оболочки кишки при ЛП (рис. 5):

- 1) преимущественно воспалительная форма: отек, бледность слизистой оболочки, наличие язв и эрозий;

- 2) преимущественно геморрагическая форма: рыхлость слизистой, спонтанное кровоизлияние, телеангиоэктазии;
- 3) смешанная форма (наиболее часто выявляемая): сочетание воспалительных и геморрагических изменений.

Рисунок 5

Эндоскопические варианты изменений слизистой передней стенки прямой кишки при хроническом лучевом проктите: а) отек и множественные не сливающиеся телеангиоэктазии; б) преимущественно геморрагическая форма; в) некроз с множественными сливающимися телеангиоэктазиями; д) язвенное поражение (Vanneste B.G., 2015)



Для эндоскопической оценки изменений слизистой при хроническом ЛП предложено несколько классификаций, однако общепринятой шкалы или индекса активности до сих пор не существует. Одной из наиболее используемых в европейской практике шкал является Венская ректоскопическая класси-

кация хронического ЛП, основанная на стандартной эндоскопической терминологии и 5 эндоскопических показателях: гиперемия, телеангиоэктазии, язвы, стриктуры, некроз – оцениваемые от 0 до 5 баллов. Оценка (баллы) проводится от наиболее грубых (некроз, стриктуры, язвы) к менее выраженным (телеангиоэктазии, гиперемия) изменениям (табл. 8).

Таблица 8

Венская эндоскопическая классификация лучевого проктита (по Wachter S., 2000)

Баллы	Гиперемия слизистой оболочки	Телеангиоэктазии	Язвы	Стриктуры	Некроз
0	Степень 1	Нет	Нет	Нет	Нет
1	Степень 2	Степень 1	Нет	Нет	Нет
2	Степень 3	Степень 2	Нет	Нет	Нет
3	Любая	Степень 3	Степень 1	Нет	Нет
4	Любая	Любые	Степень 2	Степень 1	Нет
5	Любая	Любые	Степень >3	Степень >2	Любой

Гиперемия слизистой оболочки:

Степень 1 – очаговое покраснение в сочетании с отечной слизистой оболочкой;

Степень 2 – диффузное несливное покраснение в сочетании с отечной слизистой оболочкой;

Степень 3 – диффузное сливное покраснение в сочетании с отечной слизистой оболочкой

Телеангиоэктазии:

Степень 1 – единичные телеангиоэктазии;

Степень 2 – множественные несливные телеангиоэктазии;

Степень 3 – множественные сливные телеангиоэктазии

Язвы:

Степень 1 – поверхностные микроизъязвления <1 см²;

Степень 2 – поверхностные язвы >1 см²;

Степень 3 – глубокие язвы;

Степень 4 – свищ, перфорация

Стриктуры:

Степень 1 – проходимо более 2/3 диаметра кишки;

Степень 2 – проходимо 1/3±2/3 диаметра кишки;

Степень 3 – проходимо менее 1/3 диаметра кишки;

Степень 4 – полная обструкция

Некроз:

Степень 0 – нет;

Степень 1 – есть некроз слизистой оболочки и стенки кишки

Лечение. К настоящему времени стандартная терапия, клинические рекомендации по лечению ЛП не разработаны. Имеющиеся лечебные подходы основаны на опыте отдельных медицинских центров, клинических случаев и исследований с малой выборкой пациентов. Сложность лечения таких пациентов также связана с отсутствием регистрации некоторых эффективных препаратов (клизмы с сукральфатом) в РФ. В связи с этим в клинической практике применяются зачастую препараты (свечи с облепиховым маслом, натальсид, клизмы с протарголом и др.), не имеющие доказательной базы для лечения ЛП.

Лечение хронического ЛП включает 3 основных подхода:

1. Медикаментозная терапия (противовоспалительная – 5-АСК, стероиды; гемостатическая – формалин местно; симптоматическая – антидиарейные средства, стимулирующие регенерацию слизистой, цитопротекторы, слабительные, коррекция анемии и т. д.);
2. Эндоскопическое лечение (предпочтение отдается бесконтактным методам – аргоноплазменной коагуляции, лазерной терапии, радиочастотной абляции);
3. Хирургическое лечение (применяют при развитии осложнений – стриктур, перфорации, тяжелых кровотечений, рефрактерных к консервативной терапии).

Месалазин. Противовоспалительные препараты из группы 5-АСК являются средством первого выбора в лечении ЛП. Месалазин ингибирует синтез простагландинов, подавляет активность нейтрофильной липооксигеназы, угнетает активность фолат-зависимых ферментов и свободных радикалов, а также обладает антибактериальным действием.

Препараты месалазина на сегодняшний день являются наиболее изученными при хроническом ЛП. Хотя проведенные клинические исследования выполнены на небольших группах пациентов и продемонстрировали смешанные результаты, боль-

шинство российских и зарубежных специалистов рассматривают местную и комбинированную (местная + пероральная) терапию месалазином в качестве базового средства при легких формах ЛП. При изолированном поражении прямой кишки препаратом выбора являются свечи с месалазином. В недавнем исследовании Wu С. и соавт., 2018, была продемонстрирована эффективность свечей *Салофальк* в дозе 500 мг 2 раза в день у пациентов с хроническим ЛП, не ответивших на лечение кортикостероидами, пробиотиками и антибиотиками. Применение свечей *Салофальк* показало достоверное существенное улучшение в отношении симптомов ЛП – ректального кровотечения и частоты стула (к концу 2-й недели), тенезмов (к концу 4-й недели), ректальной боли (к концу 8-й недели). Также существенное достоверное улучшение было и в отношении заживления слизистой прямой кишки – телеангиоэктазий, отека слизистой и что особенно важно – в заживлении глубоких язв. При поражении прямой и сигмовидной кишки, а также при частых дефекациях, когда пациенту сложно удерживать суппозитории, применяется пена месалазина. Благодаря высокой адгезивной способности пена надежно и длительно прикрепляется к пораженной слизистой оболочке, что позволяет избежать ее преждевременную эвакуацию из кишки и обеспечивает терапевтический эффект. При хроническом ЛП пена месалазина (*Салофальк*) применяется в дозе 1-2 г (1-2 введения в кишку) в сутки. В исследовании Seo Е.Н. и соавт., 2011, была продемонстрирована эффективность комбинированной терапии 3 г/сут перорального месалазина и 1 г/сут месалазина в свечах в лечении ЛП. Через 4 недели отмечено существенное уменьшение ректального кровотечения, телеангиоэктазий и контактной кровоточивости слизистой оболочки. Наиболее оптимальным пероральным препаратом месалазина являются *гранулы Салофалька*, инновационная лекарственная форма, сочетающая в себе технологию двойного высвобождения (начало высвобождения при pH>6 позволяет избежать потерь месалазина

в вышележащих отделах ЖКТ, а полимерное матричное ядро обеспечивает пролонгированное его высвобождение по всей кишке, вплоть до прямой кишки, создавая высокую концентрацию препарата). Большое количество гранул (3 г Салофалька® = около 3500 гранул) обеспечивает равномерное и эффективное распределение активной субстанции и, благодаря очень большой площади поверхности (3 г гранул = 100 см²), гарантирует эффект даже при ускоренном пассаже по кишечнику (при диарее). В отличие от других препаратов месалазина для перорального приема эффективность гранул Салофалька при проктосигмоидите подтверждена клинически у пациентов с язвенным колитом.

Ректальные стероиды. Стероиды обладают несколькими механизмами терапевтического воздействия, которые обеспечивают разнообразные противовоспалительные эффекты – от стабилизации лизосом в нейтрофилах, что позволяет предотвратить дегрануляцию, до повышающей регуляции противовоспалительных генов путем связывания с рецепторами кортикостероидов. Ректальные стероиды применяются в монотерапии или в сочетании с ректальным или пероральным месалазином при неэффективности первой линии. По результатам небольших исследований были получены противоречивые данные. В небольшом сравнительном исследовании Rougier P. и соавт., 1992, была показана бóльшая эффективность 4-недельного применения клизм с гидрокортизоном по сравнению с клизмами бетаметазона в отношении эндоскопического улучшения, при этом в отношении улучшения симптомов ЛП оба препарата были почти равно эффективны. Единственным лекарственным стероидом для ректального применения, зарегистрированным в РФ, является ректальная пена топического стероида будесонида (Буденофальк). Малый объем (всего 20 мл) при 1 введении хорошо переносится пациентами, а высокие адгезивные свойства позволяют длительно (до 6 часов) контактировать с пораженной слизистой прямой и сигмовидной кишки

(максимально до 40 см от ануса). Применение пены будесонида в дозе 2 мг/сут (1 введение) позволяет быстро, уже в течение 3-5 дней уменьшить или полностью купировать симптомы хронического ЛП, курс 2-4 недели.

Метронидазол обладает антимикробным действием с высокой активностью в отношении анаэробных бактерий и возбудителей протозойных инфекций. Savcı J. и соавт., 2000, оценивали эффективность метронидазола при хроническом ЛП. 60 пациентов были разделены на 2 группы, первая получала терапию месалазином (Салофальк гранулы 3 г в сутки) + бетаметазон в клизмах, пациентам второй группы к этим препаратам был добавлен метронидазол (таблетки 400 мг 3 раза в день). Через 4 недели терапии в группе с метронидазолом отмечено значительное сокращение частоты ректального кровотечения и диарея, а по данным ректоскопии – отека слизистой, телеангиоэктазий и изъязвлений, причем данный эффект сохранялся через 3 и 12 месяцев после лечения.

Масляная кислота. Применение масляной кислоты для профилактики лучевых реакций и лечения поздних лучевых повреждений кишечника основано на ее эффектах в отношении слизистой оболочки толстой кишки:

1. Антиатрофическое действие – источник энергии для колоноцитов, восстанавливает трофику слизистой оболочки толстой кишки.
2. Противоишемическое действие – вазодилатирующий эффект в отношении артериол кишечной стенки.
3. Противовоспалительное действие – подавляет воспаление и окислительный (оксидативный) стресс.
4. Восстановление барьерной функции кишки – регулирует процессы нормального созревания и развития клеток слизистой толстой кишки.
5. Антидиарейное действие – регуляция водно-электролитного баланса в толстой кишке.

6. Пребиотическое действие – создание благоприятной среды для роста собственной полезной микрофлоры, в первую очередь бактерий, синтезирующих собственную эндогенную масляную кислоту.

В качестве альтернативы клизмам с масляной кислотой, в исследованиях, показавших эффективность в лечении ЛП, в настоящее время применяются пероральные препараты, обеспечивающие ее доставку непосредственно в толстую кишку. Данные лекарственные формы позволяют избежать всасывания масляной кислоты в желудке и тонкой кишке и прямо доставить ее в зону терапевтического действия, а именно в толстую кишку. Таким препаратом, зарегистрированным в России, является Закофальк НМХ: одна таблетка содержит 250 мг масляной кислоты и 250 мг инулина, которые благодаря системе пролонгированного высвобождения постепенно распределяются по всей толстой кишке, включая сигмовидную и прямую кишку. В исследовании, проведенном в Медицинском радиологическом научном центре им. А.Ф. Цыба – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России в г. Обнинске, было показано, что включение Закофалька в схему профилактики ранних лучевых поражений кишечника приводило к снижению их выраженности и длительности (к 5-му дню). Добавление Закофалька в схему лечения поздних лучевых повреждений приводит к уменьшению боли и дискомфорта в животе, метеоризма, нормализации стула. По данным колоноскопии отмечается уменьшение отека и кровоточивости слизистой оболочки толстой кишки.

Формалин. В зарубежной литературе описана эффективность метода использования 3,6-10,0% спиртового раствора формалина под спинальной анестезией. Эффективность метода от 70% до 100% случаев, но описаны также осложнения, такие как трещины, язвы, стеноз анального канала и прямой кишки, недержание кала, газов, свищи до 18-27% [5]. Механизм действия формалина связан с его способностью вызывать контактный коагуляционный не-

кроз тканей, склерозирование сосудов, что приводит к прекращению кровотечения. Химическое прижигание 2,5% раствором формальдегида (формалин) используют при отсутствии эффекта от консервативной терапии эрозивно-геморрагического и геморрагического проктита (выраженной анемии). В случае рецидивов проводится неоднократное прижигание через 3-6 месяцев (до 2-3 раз). Больные на химическое прижигание тщательно отбираются, поскольку противопоказаниями к нему являются: язвенный дефект, гипотонус и стеноз анального канала и прямой кишки из-за высокой вероятности формирования язвы, свища и рубцовой деформации кишки вплоть до кишечной непроходимости.

В дополнение к основному лечению у больных с эрозивно-геморрагическим и геморрагическим проктитом проводят гемостатическую и заместительную терапию системно (этамзилат, викасол, ϵ -аминокапроновая кислота, транексамовая кислота и др., а также по показаниям переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы) с учетом общего анализа крови и коагулограммы.

При выявлении дефицита сывороточного железа назначают препараты железа (в/в, в/м и внутрь). При язвенно-некротическом проктите хороший очищающий эффект оказывают свечи с трипсином с последующим назначением препаратов, усиливающих регенерацию тканей.

Эндоскопическое лечение назначается при неэффективности консервативного лечения (рецидивирующие кровотечения, выраженная анемия). Целью эндоскопического лечения является облитерация телеангиоэктазов с помощью контактных методов (биполярная коагуляция) или бесконтактных методов (аргоноплазменная коагуляция, лазерная терапия, радиочастотная абляция, криотерапия). Бесконтактные методы являются преимущественными по сравнению с контактными методами, поскольку последние имеют более высокую частоту рецидива ректальных кровотечений и требуют существенно более продолжительных терапевтических сессий.

Таблица 9

Алгоритм терапии лучевого проктита

Степень тяжести	Симптомы и признаки	Первая линия лечения	Вторая линия лечения
0	Нет симптомов	Лечение не требуется, наблюдение	–
1	Время от времени дискомфорт и боль; поверхностные изъязвления <1 см ² , скрытое кровотечение, слабые стриктуры	Салофальк свечи 1 г/сут или пена 1 г/сут – 8-24 недели + Закофальк 3-4 таблетки, в сутки	Салофальк гранулы 3 г/сут + пена Буденофалька 2 мг/сут – 4 недели
2	Периодический дискомфорт и периодические боли; поверхностные изъязвления >1 см ² , время от времени развитие кровотечений, умеренные стриктуры	Салофальк гранулы 3 г/сут + пена Буденофалька 2 мг/сут – 4 недели + Закофальк 1-2 таблетки 4 раза в сутки	Добавить метронидазол 1500 мг/сут – 4 недели
3	Персистирующий дискомфорт и постоянные боли; глубокие изъязвления, постоянные кровотечения, тяжелые стриктуры	Салофальк гранулы 3 г/сут + пена Буденофалька 2 мг/сут – 4 недели + Закофальк 1-2 таблетки 4 раза в сутки + Метронидазол 1500 мг/сут	Формалин, эндоскопическое лечение
4	Рефрактерный дискомфорт и неконтролируемая боль; крупные кровоизлияния, перфорации, фистулы, полная обструкция	Хирургическое лечение	–

Хирургическое лечение требуется до 10-15% больных, но при этом отмечают высокий уровень сложности операций и высокий риск осложнений (15-80%) и смертности до 3-25%. Показаниями к оперативному лечению являются выраженные стенозы прямой кишки и ректосигмоидного отдела кишки, перфорации, свищи, рецидивирующие профузные кишечные кровотечения, неподдающиеся консервативной терапии.

Алгоритм терапии ЛП. В 2011 году группой сотрудников отделения колоректальной хирургии медицинского центра Гарвардской медицинской школы была предложена схема ведения пациентов с ЛП в зависимости от степени тяжести заболевания и имевшихся на тот момент в арсенале врачей лекарственных средств и методов лечения. На кафедре гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ совместно с сотрудниками МРНЦ им. А.Ф. Цыба разработан алгоритм на основе данной схемы с учетом имеющихся на российском рынке лекарственных средств, появившихся новых подходов к лечению ЛП и собственного опыта ведения таких пациентов.

Выбор терапии зависит от степени тяжести ЛП, в случае легких и среднетяжелых поражений применяется медикаментозная терапия, при тяжелых и рефрактерных формах – эндоскопическое и хирургическое лечение (табл. 9).

Инфекционный проктит

В последние годы отмечается взрывной рост проктитов, ассоциированных с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Наиболее часто возбудителями инфекционного проктита являются *Neisseria gonorrhoeae* – 30%, *Chlamydia trachomatis* – 19%, *Herpes simplex virus 2* – 16%, *Treponema pallidum* – 2% (табл. 10).

Инфицирование происходит при непосредственном, незащищенном средствами барьерной контрацепции половом анальном контакте, а также через инфицированные секс-игрушки, при фистинге. У женщин возможно вторичное заражение в результате затекания отделяемого влагалища в анальную область.

Факторами риска проктита, ассоциированного с ИППП являются:

- ВИЧ-позитивный статус;

- наличие диагностированных других ИППП за последние 6 месяцев;
- незащищенный анальный секс за последние 6 месяцев;
- травмирующий анальный секс за последние 3 месяца, особенно за последние 4 недели.

Таблица 10

Возбудители инфекционного проктита и колита (de Vries H.J.C., 2021)

Дистальный проктит	Проктоколит
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Shigella spp.</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i> :	<i>Campylobacter spp.</i>
Genotypes D-K	<i>Salmonella spp.</i>
Genotypes L1–3 (LGV)	<i>Escherichia coli</i>
<i>Treponema pallidum</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>Herpes simplex virus</i>	<i>Cryptosporidium spp.</i>
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<i>Cytomegalovirus</i>
	<i>Intestinal spirochetosis</i>

При остром инфекционном проктите пациентов беспокоят:

- слизисто-гнойные выделения из прямой кишки;
- аноректальное кровотечение;
- аноректальная боль;
- аноректальный зуд;
- запор;
- ощущение переполнения прямой кишки или неполной дефекации;
- тенезмы.

При развитии хронического воспаления в прямой кишке пациенты предъявляют жалобы на наличие прожилок крови и слизи в прямой кишке, запор, ощущение неполного опорожнения после дефекации.

В дополнение к симптомам проктита пациентов также может беспокоить лихорадка, увеличение лимфоузлов, потеря веса, суставной синдром, поражение глаз, перианальной области.

При эндоскопическом исследовании в прямой кишке выявляется слизисто-гнойный налет в просвете, смазанность или отсутствие сосудистого рисунка,

отек и контактная кровоточивость слизистой, язвы (рис. 6). Венерическая лимфогранулема и сифилис может вызывать воспалительный, иногда изъязвленный, опухолевый инфильтрат в дистальном отделе прямой кишки или анальном канале. Часто макроскопические изменения в прямой кишке при ИППП-ассоциированных проктитах могут имитировать язвенный колит, что приводит к диагностическим ошибкам.

При гистологическом исследовании выявляется интенсивное хроническое воспаление с многочисленными плазматическими клетками и лимфоидными агрегатами, непропорциональными степени тяжести острого воспаления, и *в отличие от ВЗК*, не нарушается архитектоника крипт и нет метаплазии клеток Панета!

Рисунок 6

Эндоскопическая картина ИППП – ассоциированного проктита (венерическая лимфогранулема) (Soni S., 2010)



Неспецифический характер симптомов и эндоскопических изменений инфекционных проктитов, сходных с язвенным колитом, может служить причиной диагностических ошибок и назначения неправильного лечения. Особенности трудностей представляют случаи присоединения ИППП у пациентов с хроническим язвенным проктитом. *Инфекционный проктит следует заподозрить* при отсутствии или недостаточном эффекте от проводимой адекватной терапии язвенного проктита у пациента с первично

диагностированным язвенным колитом или с хроническим язвенным проктитом, у которого ранее назначаемая терапия индуцировала ремиссию. Особую ценность здесь приобретает доверительная беседа с пациентом, позволяющая прояснить возможные причины, предшествовавшие появлению симптомов.

Лабораторная диагностика ИППП включает микроскопическое, культуральное и иммунофлюоресцентное исследование, иммуноферментный анализ и молекулярно-биологические методы и позволяет идентифицировать возбудителя проктита.

Диагностические трудности могут возникнуть при герпесе анальной области и прямой кишки. Очаг поражения в анальной области обычно представляет собой рецидивирующую трещину, что нередко является поводом для диагностических ошибок. Такие больные с ошибочным диагнозом «трещина заднего прохода» попадают к хирургам. Зудящая форма герпеса ануса и герпетическое поражение геморроидальных узлов также трудны для диагностики. Поражение анальной области может возникнуть первично, как самостоятельное заболевание, или вторично, в результате затекания отделяемого влагалища и мацерации слизистой оболочки ануса при наличии у пациентки герпетического кольпита, сопровождающегося обильной экссудацией. При поражении сфинктера и слизистой оболочки ампулы прямой кишки (герпетический проктит) больных беспокоят зуд, чувство жжения и болезненность в очаге поражения, возникают мелкие эрозии в виде поверхностных трещин с фиксированной локализацией, кровоточащие при дефекации. При ректоскопии определяется катаральное воспаление, иногда эрозии. Диагностировать герпетический проктит бывает особенно трудно. В литературе описаны наблюдения больных с рецидивирующим герпесом анальной области, у которых начало заболевания было связано с периодическим появлением скудных слизистых, иногда сукровичных выделений из прямой кишки, которые по времени совпадали с рез-

кими распирающими болями в области сигмы и метеоризмом, сопровождавшимися сильным зудом в анальной области. В дальнейшем у этих пациенток стали появляться кровоточащие трещины в анальной области. На основании данных ректо- и колоноскопии (в ряде случаев с биопсией) и результатов вирусологического обследования этим больным был поставлен диагноз «герпетический проктит, рецидивирующий герпес анальной области».

При выявлении инфекционного агента, вызвавшего воспаление в прямой кишке, проводится соответствующая антибактериальная, противовирусная терапия.

Синдром солитарной язвы прямой кишки

Синдром солитарной язвы прямой кишки (ССЯПК) – это редкое малоизученное хроническое доброкачественное заболевание дистальных отделов толстой кишки. Многие исследователи указывают на то, что термин «солитарная язва прямой кишки» является некорректным, поскольку не отражает реальную картину заболевания (число язвенных дефектов может быть больше одного, характер поражения бывает не только язвенным, а в патологический процесс может вовлекаться не только прямая, но и сигмовидная кишка).

ССЯПК считается редкой патологией, заболеваемость составляет 1-3,6 на 100 000 в год, однако исследователи полагают, что данный показатель может оказаться заниженным, так как пациенты могут умалчивать о жалобах, а в легких или бессимптомных случаях не обращаться за медицинской помощью. Чаще всего страдают взрослые в возрасте 30-50 лет, без гендерных различий, при этом ССЯПК встречается у детей и пожилых.

Основными механизмами формирования ССЯПК являются хроническое травмирование и локальное

ишемическое повреждение слизистой оболочки кишки. Дополнительным фактором развития ССЯПК может служить травма слизистой оболочки, которую наносит себе пациент во время инструментального или пальцевого пособия при затрудненной дефекации. Характерной особенностью ССЯПК является его развитие на фоне внутренней инвагинации или наружного выпадения прямой кишки. Возможным объяснением этому является следующий механизм: при чрезмерном натуживании во время дефекации возникает инвагинация стенки прямой кишки, которая ущемляется сокращающимся анальным сфинктером, что вызывает ишемию слизистой и в дальнейшем ее изъязвление.

Клинические симптомы ССЯПК неспецифичны: наиболее часто заболевание проявляется ректальным кровотечением (от капли крови до массивного), а также выделением слизи, болевым синдромом в заднем проходе, длительным натуживанием и чувством неполного опорожнения. Это, как правило, пациенты с хроническим запором, но у 20-40% может быть и диарея. До 26% случаев ССЯПК могут быть бессимптомными и обнаруживаются случайно. Несмотря на то, что ССЯПК считается доброкачественным заболеванием, описаны случаи малигнизации длительно существующих солитарных язв.

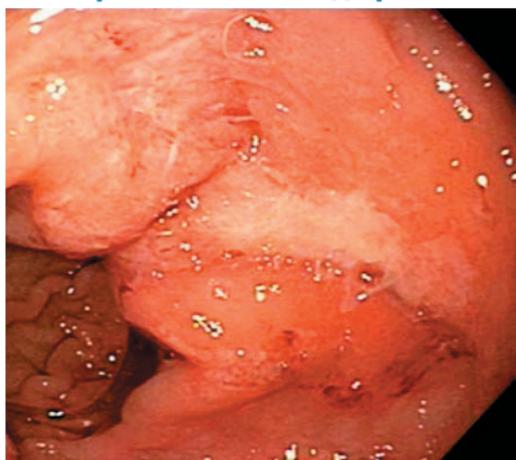
Верная и своевременная диагностика ССЯПК нередко становится сложной задачей. С момента появления первых симптомов до установления окончательного диагноза может проходить несколько лет. ССЯПК может имитировать ряд заболеваний, значительно различающихся по тактике лечения и прогнозу: язвенный колит, болезнь Крона с перианальными проявлениями, полипы и злокачественные опухоли прямой кишки, геморрой.

При эндоскопическом исследовании, которое является одним из важнейших в постановке правильного диагноза ССЯПК, выявляются эритема слизистой оболочки, полиповидные образования, язвы. Язвенные дефекты являются наиболее распространенным вариантом поражения и встречаются в 66%

случаев. Язвы обычно поверхностные, диаметром 1-1,5 см, расположены на передней стенке прямой кишки, в 5-10 см от края анального канала, бывают одиночные и множественные, овальной, округлой и линейной формы, с приподнятыми гладкими ровными краями, покрытые налетом фибрина (рис. 7).

Рисунок 7

Солитарная язва прямой кишки (эндофото, Sadeghi A., 2019)



Полиповидная форма ССЯПК характеризуется множественными полипами различного размера, которые иногда сливаются в единый конгломерат, слизистая оболочка при этом может быть как неизменной, так и эритематозной или эрозированной. Воспалительные изменения стенки прямой кишки при ССЯПК наблюдаются в 43% случаев, полиповидные образования – в 22% случаев. У 26% пациентов имеется сочетание поражений различного характера, чаще всего встречается сочетание язвенных и воспалительных изменений кишечной стенки.

Рентгенологическая и особенно магнитно-резонансная дефекография (МР-дефекография) позволяют выявить внутреннюю инвагинацию, выпадение прямой кишки и другие проявления синдрома опущения промежности, на фоне которых возникает ССЯПК, и провести функциональные пробы. Эти данные позволяют определить тактику и порядок выполнения лечебных мероприятий у данной категории пациентов.

Тест изгнания баллона позволяет оценить коло-ректальную функцию, нарушения ректоанальной координации и выявить диссенергический патерн дефекации.

Современным и эффективным, но доступным только в специализированных учреждениях методом является эндоректальное ультразвуковое исследование (ЭРУЗИ), которое позволяет оценить как структуру стенки прямой кишки, так и функциональное состояние мышц тазового дна у пациентов с ССЯПК.

Лечение ССЯПК начинается с обучения больного, рекомендуется избегать натуживания и ручного пособия, длительного «сидения» на унитазе, правильная поза при дефекации (сидя на корточках). С целью коррекции стула пациентам рекомендуют увеличение потребления пищевых волокон, среди которых предпочтение следует отдавать препарату на основе псиллиума – оболочки семян подорожника овального (*Plantago ovata* Forssk.) – Мукофальку. В отличие от других пищевых волокон, Мукофальк, помимо увеличения объема стула в результате осмотического действия псиллиума, оказывает за счет гель-формирующей фракции размягчающее и смазывающее действие на содержимое кишечника, что облегчает пропульсию содержимого кишечника, внося существенный вклад в слабительный эффект препарата (рис. 8).

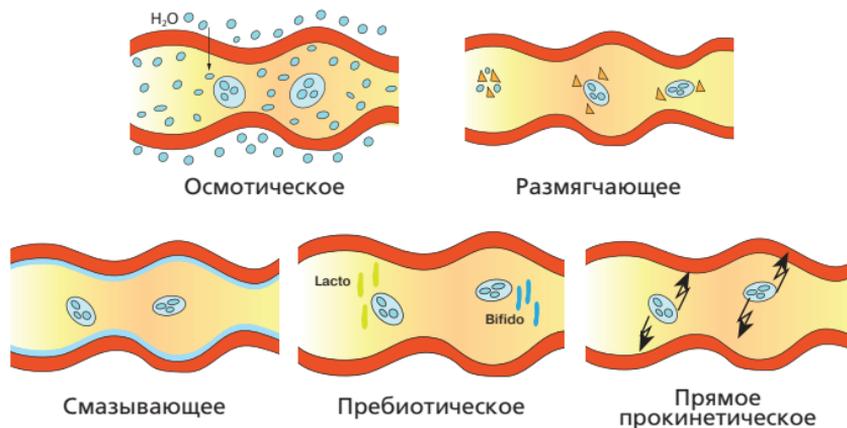
В отличие от нерастворимых пищевых волокон, таких как пшеничные отруби, Мукофальк не вызывает метеоризм. Помимо того, что Мукофальк не вызывает метеоризм, он способен снижать газообразование, вызванное другими пищевыми волокнами, например инулином (при совместном применении).

Важно отметить, что Мукофальк является лекарственным препаратом и сырье псиллиума, которое используется для его производства, проходит строгий фармацевтический контроль качества. Часто сырье псиллиума в составе биологически активных добавок не отвечает стандартам качества фармацевтическо-

го производства и не может быть использовано для производства Мукофалька. **Статус лекарственного препарата гарантирует, что в составе Мукофалька используется только качественное сырье, отвечающее строгим требованиям фармацевтического контроля Евросоюза.** Это особенно важно, поскольку псиллиум является растительным сырьем, которое необходимо контролировать в плане зараженности вредителями, микробиологической чистоты, содержания тяжелых металлов и радионуклидов. Таким образом, в составе препарата Мукофальк используется только фармацевтический псиллиум.

Рисунок 8

Комплексный механизм действия псиллиума (Мукофальк) при хроническом запоре



Рекомендуемая схема применения лекарственного препарата Мукофальк® при запоре: 3-6 саше (10-20 г псиллиума) в день на 2-3 приема (независимо от приема пищи). Длительность курса лечения – от 1 месяца до – неограниченно долго.

Ректальный месалазин при ССЯПК может применяться в качестве вспомогательного средства как противовоспалительный препарат, способствующий заживлению язвенных дефектов. Доза ректального месалазина в свечах составляет 1,0-1,5 г/сут 4-8 недель.

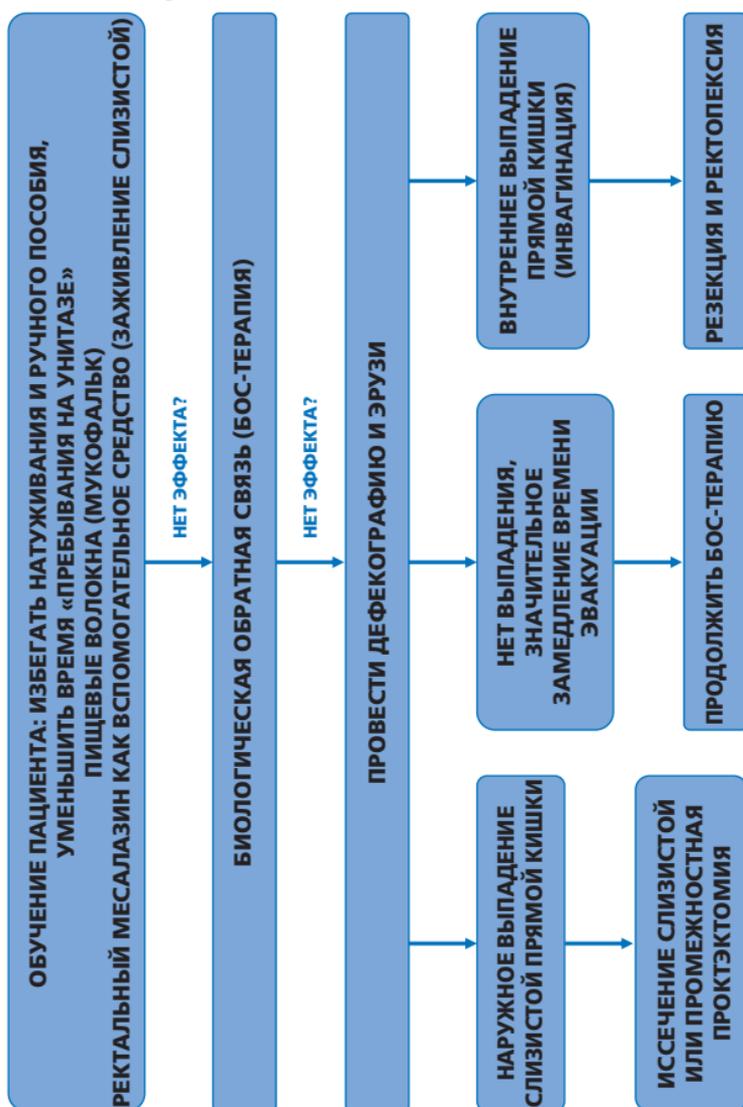
В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии пациенту рекомендуют проведение терапии с применением биологической обратной связи

(БОС). БОС-терапия – поведенческая техника обучения с использованием визуальной обратной связи для коррекции сокращений тазового дна, проводится в специализированных лицензированных центрах.

Полный алгоритм ведения пациента с ССЯПК представлен на рисунке 9.

Рисунок 9

Алгоритм лечения синдрома солитарной язвы прямой кишки (адаптировано из Zhu Q.C., 2014)



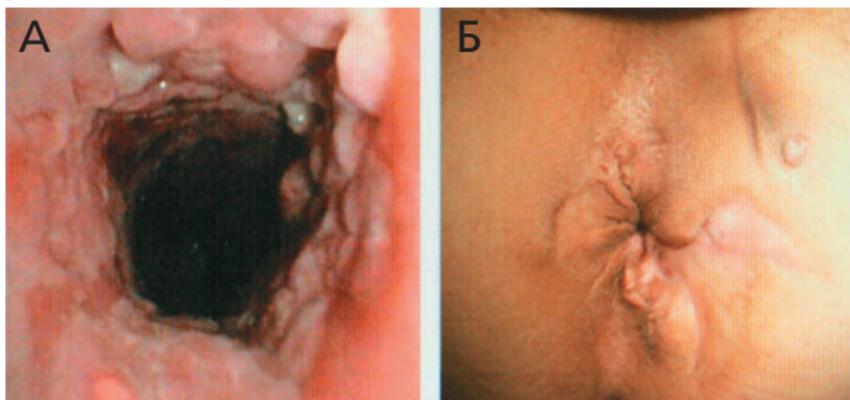
Болезнь Крона прямой кишки и перианальной области

Изолированное поражение прямой кишки в виде проктита при болезни Крона встречается крайне редко (2-6%). Перианальные поражения являются более частым проявлением болезни Крона и регистрируются у 30-40% пациентов. При этом дебют болезни Крона с перианальными проявлениями возникает у 10-15% больных, а болезнь Крона в форме илеоколита и колита является значимым предиктором формирования перианальных поражений.

Поражения анального канала и перианальной кожи при болезни Крона включают: трещины анального канала, ректовагинальные и параректальные свищи различной степени сложности, стриктуры анального канала (рис. 10).

Рисунок 10

Болезнь Крона с перианальными проявлениями. А. Эндоскопическая картина болезни Крона толстой кишки. Б. Перианальные поражения



У 10-20% больных выявляются длительно не заживающие анальные трещины, свищи прямой кишки. Свищи – чаще некриптогенные (внутреннее отверстие располагается проксимальнее аноректальной линии). Анальные трещины при болезни Крона отличаются вялым течением

и медленной регенерацией. Обычно это широкие с подрытыми краями белесоватые язвы-трещины на фоне отечных, багрово-синюшных перианальных тканей. Трещины часто распространяются на стенку прямой кишки и перианальную кожу. Язвы обширные вплоть до циркулярного дефекта анального канала.

Постановке диагноза могут предшествовать многочисленные операции на промежности. Иногда при язвенном колите могут формироваться простые свищи прямой кишки, однако рецидивирующие или сложные свищи прямой кишки всегда должны вызывать подозрение на наличие болезни Крона.

Согласно рекомендациям Немецкого общества гастроэнтерологов по диагностике и лечению болезни Крона, 2021 г., назначение ректального месалазина или ректальных стероидов возможно при изолированном проктите, легкой атаке.

Перианальные поражения при болезни Крона исключают возможность применения салицилатов для поддержания ремиссии и требуют назначения иммуносупрессоров (азатиоприн, 6-мекарптопурин, метотрексат) и/или препаратов биологической терапии в стандартных дозах. Перианальные проявления болезни Крона также требуют назначения метронидазола 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацина 1 г/сут. Антибиотики назначаются длительно (до 6 мес. или до появления побочных эффектов). Местное применение стероидных препаратов и аминсалицилатов при параректальных свищах неэффективно. Эффективно подключение к терапии препаратов метронидазола в виде свечей и мазей.

Таблица 11

Алгоритм консервативного лечения среднетяжелой атаки болезни Крона с перианальными поражениями

1 линия терапии

- Метронидазол 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацин 1 г/сут не менее 6 мес.
- Азатиоприн 2 мг/кг или метотрексат 25 мг в/м
- Трещина – консервативное лечение
- Хирургическое дренирование гнойных очагов

2 линия терапии

Биологическая терапия

При наличии трещин анального канала хирургическое вмешательство не рекомендуется, а отдается предпочтение вышеописанной консервативной терапии.

Алгоритм консервативной терапии среднетяжелой атаки болезни Крона с перианальными поражениями представлен в таблице 11.

Язвенный колит с поражением прямой кишки

Язвенный колит – хроническое рецидивирующее заболевание неизвестной этиологии, вызывающее иммунное, непрерывное, негранулематозное воспаление слизистой оболочки толстой кишки. При язвенном колите практически всегда поражается прямая кишка.

Язвенный проктит – изолированное поражение прямой кишки при язвенном колите встречается в 50-60% случаев. Язвенный проктит представляет наиболее легкую в клиническом плане форму язвенного колита, которая хорошо поддается лечению ректальными формами месалазина или стероидов, имеет «доброкачественное» течение и низкий риск развития колоректального рака, отсутствуют перианальные поражения.

Клиническая картина язвенного проктита не специфична: кровь и слизь в стуле, жидкий стул, тенезмы и императивные позывы на дефекацию, а также ночная дефекация. Вместе с тем при проктитах и проктосигмоидитах диарея может отсутствовать, а частые ложные позывы могут сочетаться с запорами или оформленным стулом.

Типичными эндоскопическими признаками язвенного колита (проктита) являются (рис. 11):

- диффузная эритема;
- исчезновение нормального сосудистого рисунка;
- контактная либо самопроизвольная кровоточивость различной степени выраженности,

рыхлость слизистой оболочки, наличие петехиальных кровоизлияний;

- эрозии и поверхностные язвенные дефекты разных размеров и формы, вплоть до наличия сливающихся и циркулярных язв на достаточно протяженных участках, гнойные и фибриновые наложения.

Рисунок 11

Эндоскопическая картина язвенного колита (эндофото). Разграничение между воспаленным и нормальным, с четким сосудистым рисунком участком слизистой оболочки толстой кишки (Головенко О.В., Хомерики С.Г., Иванова Е.В. и др., 2022)



Морфологическая диагностика язвенного колита базируется на следующих признаках:

- нарушение архитектоники крипт;
- диффузный воспалительный инфильтрат, захватывающий всю толщу слизистой оболочки с характерным базальным плазмоцитозом;
- крипт-абсцессы;
- снижение количества бокаловидных клеток.

Следует помнить, что язвенный колит – прогрессирующее заболевание и, по данным Safroneeva E., 2015, через 9 лет после начала заболевания проктит трансформируется у 29,1% пациентов в левосторонний, у 15,6% в распространенный колит. Назначение эффективной адекватной терапии, длительно поддерживающей клинико-эндоскопическую ремиссию язвенного проктита, может предотвратить или замедлить распространение воспалительного процесса.

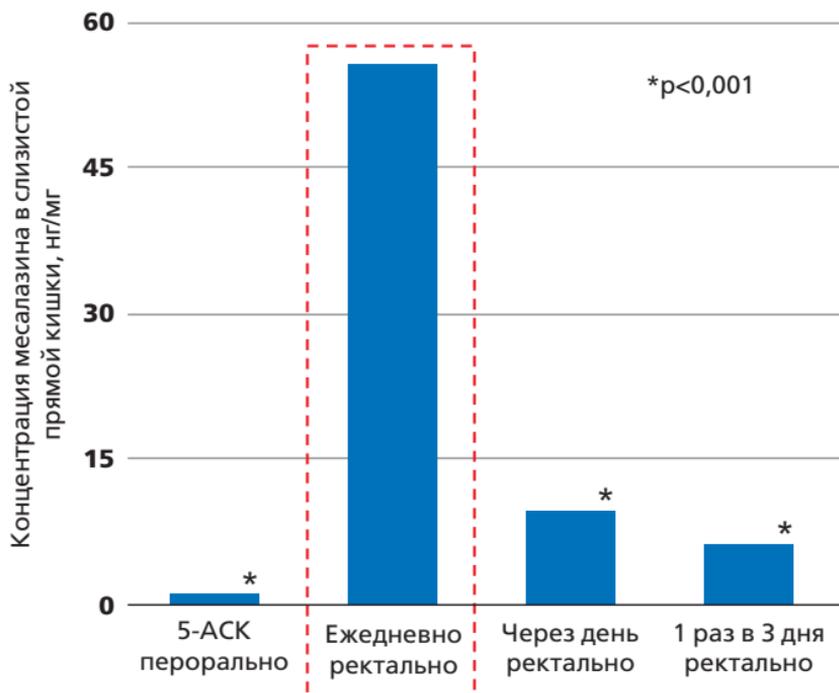
Краеугольным камнем эффективного лечения язвенного проктита является применение ректальных препаратов месалазина и ректальных стероидов. **Терапия пероральным месалазином язвенного проктита по данным различных авторов малоэффективна и экономически нецелесообразна.** Назначение пероральных препаратов месалазина при проктите потребует усиления терапии в течение первого года лечения на 62% чаще и увеличит расходы на лечение в 1,6 раза, чем при терапии свечами и клизмами с месалазином (Richter J., 2016). По данным исследования Suoto A., 2018, после 2 месяцев терапии язвенного проктита не было разницы в эффективности монотерапии свечами и комбинированной терапии свечами и месалазином-ММХ, что, по мнению исследователей, связано с низкой концентрацией месалазина-ММХ в дистальных отделах (сигмовидной и прямой) толстой кишки. Действительно, эффективность терапии месалазином зависит от концентрации активного вещества как в слизистой, так и в просвете кишки. Было показано, что концентрация месалазина в слизистой прямой кишки значительно (во много раз!) выше при ежедневном ректальном введении в сравнении с пероральным приемом (рис. 12).

Поэтому все современные российские и зарубежные национальные клинические рекомендации по лечению язвенного колита указывают на необходимость применения ректальных форм месалазина у пациентов с проктитом.

Первый в мире препарат ректального месалазина – Салофальк (Salofalk®) – появился в Германии в марте 1984 г. в форме свечей (250 мг). В настоящий момент в РФ представлена полная линейка ректальных форм месалазина – суппозитории (250 и 500 мг), клизмы (2 и 4 г), ректальная пена, выпускаемые компанией «Доктор Фальк Фарма, ГмБХ». Свечи и клизмы Салофальк входят в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Рисунок 12

Концентрация месалазина в слизистой прямой кишки в зависимости от способа введения и кратности приема препарата (Pimpo, 2010)



Свечи Салофальк показывают высокую эффективность в достижении клинической (у 90% пациентов) и эндоскопической (у 86% пациентов) ремиссии язвенного проктита по данным мультицентровых исследований (рис. 13). Следует отметить очень быстрый клинический эффект свечей Салофалька при проктите – исчезновение симптомов (стул менее 3 раз в сутки без крови) наступает на 5-7-й день от начала лечения (рис. 14).

При поражении прямой и сигмовидной кишки, а также при частых дефекациях, когда пациенту сложно удерживать суппозитории, применяется пена Салофальк. При введении пены месалазина через прямую кишку она действует непосредственно на слизистую конечных отделов толстой кишки. Благодаря высокой адгезивной способности пены препарат может «прилипнуть» к слизистой оболочке, что обеспечи-

Рисунок 13

Эффективность свечей Салофальк в дозе 1 г и 1,5 г в сутки в индукции клинико-эндоскопической ремиссии язвенного проктита (Andus T., 2010)

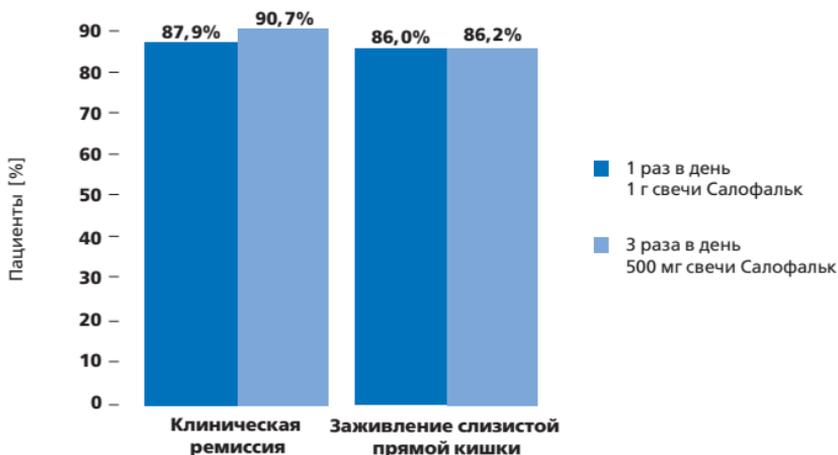
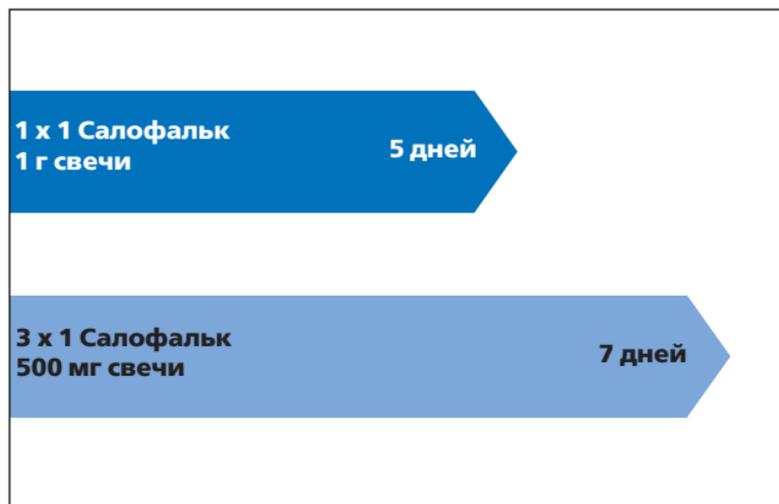


Рисунок 14

Свечи Салофальк в дозе 1 г и 1,5 г в сутки обеспечивают быстрый клинический ответ (Andus T., 2010)



0 1 2 3 4 5 6 7 [Дни]

вадет длительный контакт месалазина с воспаленным участком кишки, позволяет избежать преждевременной эвакуации препарата, что особенно важно для пациентов с диареей и тенезмами. Кроме того, пена распространяется из места введения проксимально по ходу толстой кишки, постепенно расширяясь до 48

максимально возможного объема. Сцинтиграфические исследования показали, что в отличие от клизм пена распространяется по кишке более гомогенно и, следовательно, равномернее покрывает воспаленную слизистую. В то же время гомогенность распределения и длительность контакта (экспозиции) препарата со слизистой кишечника увеличивают эффективность его действия. Так, в исследовании Белосовой Е.А. и соавт., 2015, применение ректальной пены Салофальк при дистальных формах язвенного колита показало более быстрое наступление клинического ответа (к 7-му дню) и заживления слизистой кишки (к 14-му дню) по сравнению с клизмами. Кроме того, при правильном применении пена Салофальк лучше переносится пациентами, чем клизмы.

Перед назначением ректальной пены важно объяснить пациенту, как правильно ее применять:

- при введении баллон обязательно должен быть повернут вверх дном, только в таком положении препарат будет вводиться правильно и в полном объеме;
- чтобы ввести дозу препарата, необходимо нажать на колпачок баллона до упора, а затем медленно отпустить. Пена высвобождается в прямую кишку в тот момент, когда происходит не надавливание, а отпускание колпачка. Чем медленнее отпускается колпачок, тем комфортнее будет введение;
- после введения необходимо подождать 10-15 секунд, чтобы пена распространилась по кишке, затем медленно извлечь аппликатор.

В фазе обострения ректальная пена может назначаться однократно (2 впрыскивания по 1 г) или двукратно (1 впрыскивание по 1 г утром и вечером), в ремиссии 1-2 г 3 раза в неделю. В период ремиссии для терапии «выходного дня» доза ректальной пены может быть сокращена вдвое за счет ее высоких адгезивных свойств (1 впрыскивание по 1 г однократно в субботу и воскресенье, альтернатива – по 1 впрыскиванию через день).

Важно отметить, что ректальный месалазин позволяет достичь гистологического заживления слизистой при язвенном колите, по данным Кокрейновского обзора, в сравнении с плацебо – гистологическая ремиссия: 7,69 (6 исследований, 95% ДИ: 3,26-18,12; $p < 0,00001$); гистологическое улучшение: 6,28 (5 исследований, 95% ДИ: 2,74-14,40; $p < 0,0001$).

Истинная непереносимость ректальных препаратов месалазина встречается редко. В случае непереносимости конкретной ректальной формы препарата месалазина можно подобрать хорошо переносимую другую ректальную форму лекарственного средства.

При неэффективности ректальных препаратов месалазина пациентам с язвенным проктитом необходимо назначение ректальных стероидов. В Российской Федерации зарегистрирована первая ректальная форма препарата, содержащая в качестве активного компонента будесонид – Буденофальк® ректальная пена. Пена Буденофалька быстро распространяется по толстой кишке, максимально на 40 см от ануса. Благодаря высоким адгезивным свойствам, пена длительно, до 6 часов, удерживается на пораженной слизистой оболочке. Пена Буденофальк показала высокую эффективность в достижении клинической ремиссии и эндоскопического заживления слизистой кишки у пациентов с язвенным колитом, не ответивших на лечение ректальными формами месалазина.

Для повышения переносимости ректальной терапии пациентам следует предложить полежать на животе в течение 30 минут после введения препарата; принять 2 мг лоперамида за час до ректального введения препарата; вводить препарат ректально после естественного опорожнения кишки; проводить ректальную терапию вечером или на ночь.

Согласно клиническим рекомендациям по язвенному колиту Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России (2023 г.) **пациентам с легкой и среднетяжелой атакой проктита показано** назначение суппозит-

ториев с месалазином (1 г/сут, при необходимости дозу можно увеличить до 2 г/сутки) или ректальной пены месалазина (1 г 1 раз/сутки, при необходимости дозу можно увеличить до 2 г/сутки). Оценка терапевтического ответа проводится через 2 недели, при положительном ответе лечение в указанных дозах пролонгируется до 6-8 недель. При неэффективности лечения необходимо подключение ректальных форм стероидов – ректальной пены Буденофалька 2 мг (1 впрыск) 1-2 раза в сутки или суппозиториев с преднизолоном 10 мг 1-2 раза в сутки. При достижении ремиссии проводится поддерживающая терапия – местное введение месалазина (свечи или ректальная пена) 1-2 г x 3 раза в неделю в виде монотерапии (не менее 2 лет). У пациентов с частыми рецидивами или недостаточной приверженностью прием свечей месалазина 500 мг ежедневно на ночь может быть более эффективен в поддержании ремиссии.

При неэффективности ректальной терапии к лечению следует подключить пероральные формы месалазина в дозе 3-4 г/сут. При отсутствии эффекта показано назначение системных кортикостероидов (преднизолон 40 мг/сут) в комбинации с азатиоприном 2 мг/кг или 6-меркаптопурином 1,5 мг/кг. Местная терапия (свечи с преднизолоном 10 мг 1-2 раза в сутки или пена Буденофалька) может быть продолжена. При достижении ремиссии, индуцированной при помощи глюкокортикоидов, поддерживающая терапия проводится при помощи азатиоприна 2 мг/кг или 6-МП 1,5 мг/кг не менее 2 лет. Тяжелая атака развивается крайне редко и лечится с использованием схем, рекомендованных для распространенных форм язвенного колита.

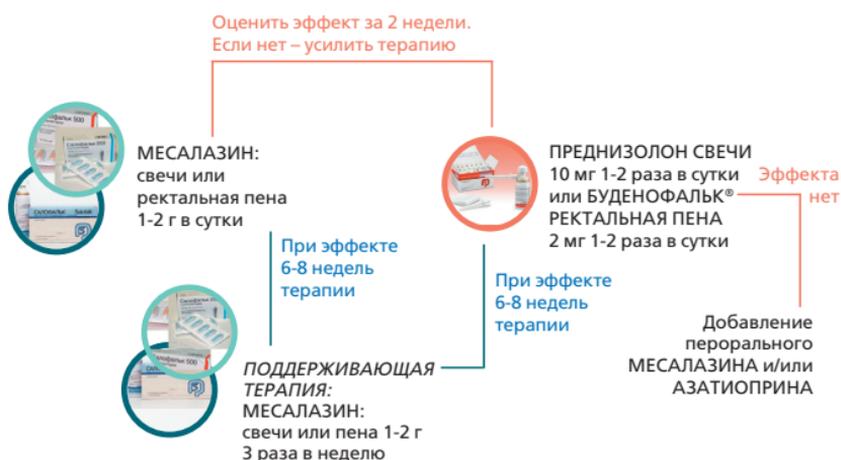
Алгоритм терапии легкой и среднетяжелой атаки проктита представлен на рисунке 15.

Рефрактерный язвенный проктит следует заподозрить в случае отсутствия наступления ремиссии или улучшения через 2 месяца адекватной терапии (ректальные формы месалазина и стероидов в максимальных дозах, комбинированная терапия

с пероральным месалазином у приверженного пациента).

Рисунок 15

Алгоритм терапии легкой и среднетяжелой атаки проктита



Важно отметить, что рефрактерный проктит встречается не часто, поэтому до эскалации терапии (назначение системных стероидов, иммуносупрессоров, биологической терапии) рекомендуется (Michalopoulos G., 2021):

- оценить приверженность пациента лечению ректальными препаратами (выяснить, насколько точно больной выполняет назначения, объяснить важность и особенности применения суппозиторий, ректальной пены, подобрать оптимальную форму ректального препарата);
- увеличить дозу месалазина ректального и/или перорального (если применялись субоптимальные дозы);
- добавить ректальный или пероральный месалазин, ректальные стероиды (если ранее не применялись);
- нормализовать моторику у пациентов с т.н. «проксимальным» запором (стаз в проксимальных отделах кишки, который может влиять на доставку пероральных препаратов месалазина);
- исключить другие причины проктита.

Тестовые задания для самоконтроля

Выберите 1 правильный ответ:

1. Типичным симптомом проктита НЕ является:
 - А. тенезмы
 - Б. кровь в стуле
 - В. боль в поясничной области
 - Г. инконтиненция
2. Препараты, индуцирующие развитие проктита:
 - А. ИПП
 - Б. ингибиторы АПФ
 - В. стероиды
 - Г. НПВП
3. Вирус, возбудитель ИППП-проктита:
 - А. *Herpes simplex virus*
 - Б. коронавирус
 - В. ротавирус
 - Г. вирус Эпштейн–Барра
4. Максимальная концентрация месалазина в слизистой прямой кишки достигается при применении:
 - А. перорального месалазина
 - Б. ректального месалазина через день
 - В. ректального месалазина ежедневно
 - Г. ректального месалазина 1 раз в 3 дня
5. Симптомы солитарной язвы прямой кишки:
 - А. длительное натуживание
 - Б. ректальное кровотечение
 - В. боль в заднем проходе
 - Г. все вышеперечисленное

Выберите несколько правильных ответов:

6. Для повышения переносимости ректальной терапии пациентам следует:
 - А. вводить препарат ректально после естественного опорожнения кишки
 - Б. принять лоперамид

- В. принять слабительное
Г. проводить ректальную терапию вечером или на ночь
7. Препаратами для поддержания ремиссии язвенного колита являются:
- А. свечи с преднизолоном
 - Б. свечи месалазина
 - В. ректальная пена месалазина
 - Г. ректальная пена будесонида
8. По данным клинических исследований, эффективность в лечении хронического лучевого проктита показали:
- А. свечи с облепиховым маслом
 - Б. месалазин
 - В. клизмы с ромашкой
 - Г. метронидазол
9. С целью консервативного лечения среднетяжелой атаки болезни Крона с перианальными поражениями в качестве препаратов 1-й линии применяются:
- А. метронидазол
 - Б. ципрофлоксацин
 - В. азатиоприн
 - Г. биологическая терапия
10. Особенности ректальной пены месалазина:
- А. высокая адгезивная способность
 - Б. долго удерживается на слизистой, поддерживает высокую локальную концентрацию месалазина
 - В. лучше переносится пациентами, по сравнению с клизмами месалазина
 - Г. обеспечивает более быстрое наступление клинического ответа и заживления слизистой кишки, по сравнению с клизмами (по данным исследования Белоусовой Е.А., 2015)

ОТВЕТЫ:

- 1.** В; **2.** Г; **3.** А; **4.** В; **5.** Г; **6.** А, Б, Г; **7.** Б, В; **8.** Б, Г;
9. А, Б, В; **10.** А, Б, В, Г.

Литература

1. Авалуева Е.Б., Ситкин С.И., Бакулин И.Г. и др. Хронический запор: диагностика, лечение и профилактика: монография. – М.: Прима Принт, 2023. – 104 с.: ил. – ISBN 978-5-6048826-9-6.
2. Бердов Б.А., Пасов В.В., Курпешева А.К., Рухадзе Г.О. Опыт применения препарата Закофальк® в комплексном лечении больных ранним и поздним лучевым ректитом. В кн.: Опыт применения препарата Закофальк® в различных областях гастроэнтерологии: сб. науч.-практ. работ / Под ред. М.Д. Ардатской. – М.: 4TE Арт, 2013. – 64 с. ISBN 978-5-905757-44-0.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – М.: Издательство ООО «Митра-Пресс», 2002 – 192 с.
4. Головенко О.В., Хомерики С.Г., Иванова Е.В. и др. Воспалительные заболевания кишечника: клинические, эндоскопические, морфологические аспекты диагностики, принципы современной терапии. – 2-е издание, доп. и перераб. – М.: Прима Принт, 2022. – 258 с.: ил. – ISBN 978-5-6046641-3-1.
5. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 768 с.
6. Григорьева Г.А., Голышева С.В. О методах диагностики и консервативного лечения аноректальных заболеваний // Лечащий Врач, № 04/2011.
7. Егоров Д.В., Лазарева Ю.А., Иванюк Е.С., Селиверстов П.В., Кравчук Ю.А. Особенности ректального лечения воспалительных заболеваний кишечника // Лечащий Врач. 2023; 6(26): 69-76. DOI: 10.51793/OS.2023.26.6.010.
8. Корочанская Н.В., Дурлештер В.М. Ишемический колит: современные подходы к диагностике и лечению: учеб.-метод. пособие для врачей. М.: Прима Принт, 2016. – 48 с. : ил. – (Практическая гастроэнтерология). – ISBN 978-5-9907558-6-4.
9. Кузьмин В.Н. Современный взгляд на клиническое течение, диагностику и терапию генитального герпеса у женщин // Лечащий Врач, № 03/2009.
10. Макарова С.Г., Лаврова Т.Е., Новик Г.А. Не-IgE-опосредованная гастроинтестинальная пищевая аллергия

- у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика диетотерапии // *Лечащий Врач*. 2023; 6(26): 20-28.
11. Макачук П.А., Цодикова О.М., Бузунова Ю.М., Белоусова Е.А. Некоторые аспекты лечения левостороннего язвенного колита. *Альманах клинической медицины*, 2015; (40): 82-88.
 12. Неттер Фрэнк. Атлас анатомии человека: пер. с англ. под ред. Л.Л. Колесникова. – 6-е изд. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 624 с.:ил.
 13. Основы колопроктологии / Под ред. академика РАМН, профессора Воробьева Г.И. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2001. – 416 с.
 14. Парфенов А.И. Энтерология. – М.: Триада-Х, 2002. – 744 с.
 15. Першина А.Е., Трубачева Ю.Л., Вышегородцев Д.В., Бирюков О.М. Ультразвуковая диагностика синдрома солитарной язвы прямой кишки (обзор литературы и клинические примеры). *Колопроктология*. 2022; т. 21, № 4, с. 100-110.
 16. Сычева И.В. Лечение лучевых повреждений органов малого таза после лучевой терапии рака предстательной железы. *Сибирский онкологический журнал*. 2018; 17(3): 64-71. doi: 10.21294/18144861-2018-17-3-64-71.
 17. Топчий Т.Б. Лучевой проктит: алгоритмы диагностики и лечения. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2021; (3-4): 3-10.
 18. Топчий Т.Б., Сычева И.В., Рухадзе Г.О., Петров Л.О., Коротков Г.О. Лучевые проктиты: пособие для врачей. – М.: Прима-принт, 2019. – 36 с. ISBN: 978-5-6042242-9-8.
 19. Шельгин Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые. *Колопроктология*. 2023; т. 22, № 3, с. 10-49. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49>
 20. Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. и др. Язвенный колит (K51), взрослые. *Колопроктология*. 2023; 22(1): 10-44.
 21. Alda J. Leonel and Jacqueline I. Alvarez-Leite. Butyrate: implications for intestinal function. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012; 15: 474-479.
 22. Andus T., Kocjan A., Müser M., Baranovsky A., Mikhailova T.L., Zvyagintseva T.D. et al. Clinical trial: a novel high-dose 1 g mesalamine suppository (Salofalk) once daily is as efficacious as a 500-mg suppository thrice daily in active ulcerative proctitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2010; 16(11): 1947-1956.

23. Bansal N., Soni A., Kaur P., Chauhan A.K., Kaushal V. Exploring the Management of Radiation Proctitis in Current Clinical Practice. *J Clin Diagn Res.* 2016; 10(6): XE01-XE06. doi: 10.7860/JCDR/2016/17524.7906.
24. Cavčić J., Turčić J., Martinac P. et al. Metronidazole in the treatment of chronic radiation proctitis: clinical trial. *Croat Med J.* 2000; 41(3): 314-318.
25. Chi K.D., Ehrenpreis E.D., Jani A.B. Accuracy and reliability of the endoscopic classification of chronic radiation-induced proctopathy using a novel grading method. *J Clin Gastroenterol.* 2005 Jan; 39(1): 42-46.
26. Cuomo A., Sgambato D., D'Auria M.V., Miranda A., Ferrante E., Romano M. Multi Matrix System Mesalazine Plus Rectal Mesalazine in the Treatment of Mild to Moderately Active Ulcerative Proctitis. *Dig Dis.* 2018; 36(2): 130-135. doi: 10.1159/000485614. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29339645.
27. De Vries H.J.C., Nori A.V., Kiellberg Larsen H., Kreuter A., Padovese V., Pallawela S., Vall-Mayans M., Ross J. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Jul; 35(7): 1434-1443. doi: 10.1111/jdv.17269. Epub 2021 May 31. PMID: 34057249.
28. Do N.L., Nagle D., Poylin V.Y. Radiation proctitis: current strategies in management. *Gastroenterol Res Pract.* 2011; 2011: 917941. doi: 10.1155/2011/917941.
29. Gentile M., Cestaro G., Formisano C., Sivero L. Treatment and outcomes of patients with chronic radiation proctitis. A single-center experience and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2020; 91: 668-672.
30. Kurahara K., Matsumoto T., Iida M., Honda K., Yao T., Fujishima M. Clinical and endoscopic features of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced colonic ulcerations. *Am J Gastroenterol.* 2001 Feb; 96(2): 473-480. doi: 10.1111/j.1572-0241.2001.03530.x. PMID: 11232693.
31. Lichtenstein G.R., Loftus E.V., Isaacs K.L., Regueiro M.D., Gerson L.B., Sands B.E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol.* 2018 Apr; 113(4): 481-517. doi: 10.1038/ajg.2018.27. Epub 2018 Mar 27. Erratum in: *Am J Gastroenterol.* 2018 Jul;113(7):1101. PMID: 29610508.
32. Marshall J.K., Thabane M., Steinhart A.H., Newman J.R., Anand A., Irvine E.J. Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20; (1): CD004115. doi: 10.1002/14651858.CD004115.pub2. PMID: 20091560.

33. Michalopoulos G., Karmiris K. When disease extent is not always a key parameter: Management of refractory ulcerative proctitis. *Curr Res Pharmacol Drug Discov.* 2021 Dec 11; 3: 100071. doi: 10.1016/j.crphar.2021.100071. PMID: 34988432; PMCID: PMC8695253.
34. Paquette I.M., Vogel J.D., Abbas M.A., Feingold D.L., Steele S.R. Clinical Practice Guidelines Committee of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Chronic Radiation Proctitis. *Dis Colon Rectum.* 2018; 61(10): 1135-1140. doi: 10.1097/DCR.0000000000001209.
35. Pimpo M.T., Galletti B., Palumbo G., Viscido A., Gentile P., Caprilli R., Frieri G. Mesalazine vanishing time from rectal mucosa following its topical administration. *J Crohns Colitis.* 2010 Feb; 4(1): 102-105. doi: 10.1016/j.crohns.2009.08.003. Epub 2009 Oct 9. PMID: 21122491.
36. Porouhan P., Farshchian N., Dayani M. Management of radiation-induced proctitis. *J Family Med Prim Care.* 2019; 8(7): 2173-2178. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_333_19.
37. Richter J.M., Arshi N.K., Oster G. Oral 5-Aminosalicylate, Mesalamine Suppository, and Mesalamine Enema as Initial Therapy for Ulcerative Proctitis in Clinical Practice with Quality of Care Implications. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016; 2016: 6928710. doi: 10.1155/2016/6928710. Epub 2016 Apr 12. PMID: 27446860; PMCID: PMC4904649.
38. Rougier P., Zimmerman P., Pignon J.P., Kac J., Crespon B., Zrihen E., Charbit M.F. Rectites radiques: efficacite comparee de deux types de corticoides adminstre localement. *Med Chir Dig.* 1992; 21: 91-93.
39. Sadeghi A., Biglari M., Forootan M., Adibi P. Solitary rectal ulcer syndrome: A narrative review. *Middle East J Dig Dis* 2019; 11: 129-134.
40. Safroneeva E., Vavricka S., Fournier N., Seibold F., Mottet C., Nydegger A., Ezri J., Straumann A., Rogler G., Schoepfer A.M.; Swiss IBD Cohort Study Group. Systematic analysis of factors associated with progression and regression of ulcerative colitis in 918 patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Sep; 42(5): 540-548. doi: 10.1111/apt.13307. Epub 2015 Jul 6. Erratum in: *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Dec; 42(11-12): 1334. PMID: 26148503.
41. Savoia F., Sechi A., Tabanelli M., Zago S., Leuzzi M., Baldi C., Patrizi A. Multiple perianal ulcers due to suppositories. *Australas J Dermatol.* 2019 Feb; 60(1): 50-52. doi: 10.1111/ajd.12888. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30039854.

42. Seo E.H., Kim T.O., Kim T.G., Joo H.R., Park J., Park S.H., Yang S.Y., Moon Y.S., Park M.J., Ryu D.Y., Song G.A. The efficacy of the combination therapy with oral and topical mesalazine for patients with the first episode of radiation proctitis. *Dig Dis Sci.* 2011; 56(9): 2672-2677. doi: 10.1007/s10620-011-1637-7.
43. Silva M., Peixoto A., Gomes S., Sarmento J.A., Macedo G. Ischemic proctosigmoiditis mimicking a colorectal tumor. *Acta Gastroenterol Belg.* 2017 Jul-Sep; 80(3): 438. PMID: 29560683.
44. Soni S., Srirajaskanthan R., Lucas S.B., Alexander S., Wong T., White J.A. Lymphogranuloma venereum proctitis masquerading as inflammatory bowel disease in 12 homosexual men. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010 Jul; 32(1): 59-65. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04313.x. Epub 2010 Mar 25. PMID: 20345500.
45. Sturm A., Atreya R., Bettenworth D., Bokemeyer B., Dignaß A., Ehehalt R., Germer C., Grunert P.C., Helwig U., Herrlinger K., Kienle P., Kreis M.E., Kucharzik T., Langhorst J., Maaser C., Ockenga J., Ott C., Siegmund B., Zeißig S., Stallmach A.; Collaborators:. Aktualisierte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) – August 2021 – AWMF-Registernummer: 021-004. *Z Gastroenterol.* 2022 Mar; 60(3): 332-418. German. doi: 10.1055/a-1713-3941. Epub 2022 Mar 9. PMID: 35263784.
46. Tabaja L., Sidani S.M. Management of Radiation Proctitis. *Dig Dis Sci.* 2018; 63(9): 2180-2188. doi: 10.1007/s10620-018-5163-8.
47. Vanneste B.G., Van De Voorde L., de Ridder R.J., Van Limbergen E.J., Lambin P., van Lin E.N. Chronic radiation proctitis: tricks to prevent and treat. *Int J Colorectal Dis.* 2015; 30(10): 1293-1303. doi: 10.1007/s00384-015-2289-4.
48. Vernia P., Fracasso P.L., Casale V., Villotti G., Marcheggiano A., Stigliano V., Pinnaro P., Bagnardi V., Caprilli R. Topical butyrate for acute radiation proctitis: randomised, cross-over trial. *Lancet.* 2000 Oct 7; 356(9237): 1232-1235. doi: 10.1016/s0140-6736(00)02787-2.
49. Wachter S., Gerstner N., Goldner G., Pötzi R., Wambersie A., Pötter R. Endoscopic scoring of late rectal mucosal damage after conformal radiotherapy for prostatic carcinoma. *Radiother Oncol.* 2000 Jan; 54(1): 119. doi: 10.1016/s0167-8140(99)00173-5.
50. Weiner J.P., Wong A.T., Schwartz D., Martinez M., Aytaman A., Schreiber D. Endoscopic and non-endoscopic ap-

- proaches for the management of radiation-induced rectal bleeding. *World J Gastroenterol.* 2016; 22(31): 6972-6986. doi: 10.3748/wjg.v22.i31.6972.
51. Wu C., Guan L., Yao L., Huang J. Mesalazine suppository for the treatment of refractory ulcerative chronic radiation proctitis. *Exp Ther Med.* 2018; 16(3): 2319-2324. doi: 10.3892/etm.2018.6464.
 52. Wu X.R., Liu X.L., Katz S., Shen B. Pathogenesis, diagnosis, and management of ulcerative proctitis, chronic radiation proctopathy, and diversion proctitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2015; 21(3): 703-715. doi: 10.1097/MIB.0000000000000227.
 53. Zhu Q.C., Shen R.R., Qin H.L., Wang Y. Solitary rectal ulcer syndrome: Clinical features, pathophysiology, diagnosis and treatment strategies. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(3).

Сдано в набор 22.11.2023
Подписано в печать 06.12.2023
Бумага мелованная, 115 г/м²
Гарнитура FreeSet. Печать офсетная
Тираж 3000 экз. Заказ ДФ545

Оригинал-макет подготовлен ООО «Прима Принт»

