

Воспалительные заболевания кишечника

1. Медицинское состояние

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) включают, в частности, болезнь Крона (БК) и неспецифический язвенный колит (НЯК), а также воспалительные заболевания кишечника неясной этиологии (воспалительное заболевание кишечника неуточненное), встречающиеся примерно в 10% случаев. Это хронические заболевания, преимущественно воздействующие на желудочно-кишечный тракт, которые потенциально могут вызвать внекишечные проявления, такие как артралгии. Эти состояния могут иметь наследственное происхождение. ВЗК могут быть подвержены люди всех возрастов, но обычно они возникают в возрасте до 30 лет, с наибольшей распространенностью в период с 14 до 24 лет. Как БК, так и НЯК имеют второй, менее выраженный пик в возрасте от 50 до 70 лет. Следовательно, достаточно часто активные молодые спортсмены обращаются за разрешением на терапевтическое использование запрещенных в спорте субстанций, включая глюкокортикоиды (ГКС). Между тем, для полноценного лечения необходимо, чтобы эти препараты использовались только в течение краткосрочного периода. Если их необходимо использовать чаще, следует начать лечение «стероидосберегающими» поддерживающими препаратами, чтобы поддерживать пациентов в стадии ремиссии.

2. Диагностика

А. Анамнез

ВЗК имеют характерную картину, которая может включать в себя изменение дефекации (обычно диарею, которая может быть с кровью), повышение температуры, боли в животе, анорексию и потерю веса. Неспецифический язвенный колит воздействует только на толстую кишку и воспаление часто является более поверхностным. Трансмуральное воспаление при болезни Крона может воздействовать на весь желудочно-кишечный тракт, у очень молодых пациентов может иметь место задержка роста, особенно если заболевание тонкой кишки приводит к мальабсорбции. Осложнения являются распространенными и могут привести к образованию свищей, абсцессов и прободений, особенно при болезни Крона.

Б. Диагностические критерии

Учитывая подозрение на наличие заболевания и семейный анамнез, окончательный диагноз ВЗК требует определенных исследований, проведенных под наблюдением гастроэнтеролога. Помимо обычного лабораторного скрининга, включающего анализы для подтверждения отсутствия инфекции и наличия воспаления, а также анализ анемии, требуется оценка состояния желудочно-кишечного тракта для исследования масштабов распространения и степени тяжести заболевания. Не существует единого диагностического стандарта, но диагноз не должен основываться исключительно на рентгенологическом исследовании. При болезни Крона, прямые техники визуализации всего желудочно-кишечного тракта, такие как гастроскопия, эндоскопия и колоноскопия, допускают возможность проведения биопсии, которая демонстрирует специфические патологические особенности на отдельных участках кишечника. При неспецифическом язвенном колите, зачастую достаточно колоноскопии. В целом, диагноз воспалительного заболевания кишечника обычно подтверждается сочетанием клинических, гистологических, радиологических и биохимических маркеров. Для выявления осложнений, таких как абсцессы, может быть применена компьютерная томография (КТ) или магниторезонансное сканирование (МРТ).

С. Соответствующая медицинская информация

Соответствующий анамнез нарушений дефекации, потери веса, анорексии и повышенной утомляемости часто диагностируются врачом общей практики/семейным врачом. Если пациент также является спортсменом высокого уровня, необходимо как можно быстрее получить заключение специалиста и диагностическое подтверждение, как указано выше. Однако, несмотря на периоды ремиссии в течении заболевания, не следует забывать, что распространенные симптомы, такие как боль в животе и диарея, могут быть вызваны причинами, иными чем активное заболевание, и требуют тщательного исследования до начала лечения.

3. Лечение в соответствии с лучшими медицинскими практиками

Воспалительные заболевания кишечника представляют собой воспалительные, рецидивирующие изменения, и несмотря на то, что во время обострения им обычно сопутствуют значительные изменения и симптомы, в период ремиссии пациент может оставаться полностью асимптоматичным. Между тем, частота обострений и эндоскопический внешний вид слизистой оболочки требует терапии для поддержания длительной ремиссии. Существует несколько систем классификации диагностики и динамики течения заболевания, особенно для выявления заболевания на самой ранней стадии. Для НЯК, был создан Индекс активности простого хронического колита, а для болезни Крона часто используется Индекс Харви-Брэдшоу или Индекс активности болезни Крона. У каждого из этих индексов есть проверенная пороговая величина для проведения различия между ремиссией и обострением. Калькуляторы для этих индексов доступны в интернете, они включают бальную оценку данных, лабораторных результатов и результатов осмотра и помогают принять решение о необходимости назначения глюкокортикоидов.

Лечение воспалительных заболеваний кишечника включает препараты для лечения обострений заболевания (напр., глюкокортикоиды, при НЯК также препараты 5-АСА) и препараты для поддержания ремиссии (напр., иммуномодуляторы и биопрепараты). Кроме того, особенно при НЯК, знание локализации и степени заболевания важно для максимального использования местной терапии.

A. Названия запрещенной субстанции

ГКС являются важнейшим средством в лечении ВЗК.

B. Путь введения

Все виды системного введения ГКС (внутривенное, оральное, ректальное и внутримышечное) запрещены.

C. Частота

Использование ГКС должно быть ограничено лечением обострения заболевания и не должно использоваться в профилактических целях. Предпочтительнее, при обнаружении увеличения активности заболевания на раннем этапе безотлагательно провести лечение с целью предотвращения приема излишне высоких дозировок и длительного приема ГКС (для предотвращения осложнений). Несмотря на это, может потребоваться прием перорального преднизона (обычно 40-60 мг в день, максимум 1 мг на кг. веса тела в сутки), с постепенным снижением дозы в течение нескольких недель (максимум до трех - четырех месяцев). Более резкое снижение дозы приведет к ненужным побочным эффектам, в то время как слишком быстрое снижение несет риск рецидива.

В тяжелых случаях, если необходима госпитализация, может быть использован внутривенно капельно гидрокортизон 300 мг/день или метилпреднизолон 60-80 мг/день. Следует помнить, что ГКС запрещены только в соревновательный период, а внутривенные инфузии или

© ВАДА - Всемирная антидопинговая программа

Версия 3.1

Май 2018 года

Настоящее руководство пересматривается ежегодно, чтобы определить, создают ли изменения Запрещенного списка или новых медицинских практик или стандартов необходимость внесения изменений в документ. Если в процессе этого ежегодного пересмотра было решено не вносить изменений, в силе остается текущая версия.

инъекции запрещены в любое время (кроме известных исключений). Дозы индивидуальны и требуют контроля специалистом и могут сочетаться с другими лекарственными препаратами. Небольшая часть пациентов с воспалительным заболеванием кишечника после частого и/или длительного использования ГКС приобретают зависимость от них.

D. Рекомендованная продолжительность лечения

Учитывая хронический характер ВЗК, длительность лечения, вероятно, будет составлять всю жизнь или, по крайней мере, в течение всего периода участия в спорте высших достижений. Между тем, ГКС следует назначать только при обострении заболевания в соответствии с международными протоколами, пытаясь минимизировать воздействие ГКС при ВЗК. При необходимости частого использования ГКС, следует использовать поддерживающую терапию иммуномодуляторами или биопрепаратами.

4. Другие незапрещенные альтернативные методы лечения

Разрешенные препараты для поддержания ремиссии и уменьшения воздействия ГКС включают иммуномодулирующие средства (такие как азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат) 5-аминосалицилаты, анальгетики и антибиотики. В последнее время, так называемые биопрепараты, такие как препараты анти- TNF- α (напр., инфликсимаб, адалимумаб), антиинтегрины (напр, ведолизумаб) и антитела анти-IL-12/23 (напр., устекинумаб) используются для ремиссии при ВЗК.

5. Последствия для здоровья, если в лечении будет отказано

При отсутствии лечения ВЗК может протекать волнообразно, с потенциально угрожающим жизни исходом.

6. Мониторинг лечения

В периоды ремиссии ВЗК, спортсмен может быть полностью асимптоматичен и нет необходимости в значительной степени наблюдения за ним. Лечение требует наблюдения, которое обычно контролируется семейным врачом с рекомендованной консультацией гастроэнтеролога, по крайней мере, раз в год или в соответствии с клиническими показаниями.

Как указано выше, существуют индексы для оценки активности ВЗК (SCCAI, HBI, CDAI), и они могут использоваться при первоначальной оценке обострения заболевания. Фекальный кальпротектин, анализ стула, измеряющий воспаление кишечника, как было продемонстрировано, хорошо коррелирует с данными эндоскопии и рекомендуется для проведения оценки.

Хорошо документированные состояния здоровья, требующие длительных курсов с постепенным снижением дозы или периодических курсов пероральных глюкокортикоидов, может быть предоставлено ТИ на срок до 12 месяцев. В этих случаях должны быть установлены условия для предоставления разрешения, устанавливающие необходимость уведомления об использовании препаратов в течение 12 месяцев или краткого описания использования, от лечащего врача до того, как будет рассмотрено повторное предоставление разрешения. Комитет по ТИ должен оставить за собой право запросить соответствующие медицинские документы с той целью, чтобы подтвердить, что условия ТИ были соблюдены. Рекомендуется использовать более осторожный подход в отношении спортсменов из видов спорта с высоким риском злоупотребления глюкокортикоидами (напр.

велосипедный спорт), и более долгосрочные разрешения не могут быть приемлемыми для таких групп.

7. Срок действия ТИ и рекомендуемый процесс оценки

Рекомендуемая продолжительность разрешения на ТИ составляет 4 года с ежегодным пересмотром врачом. В отношении ВЗК следует руководствоваться здравым смыслом, учитывая изменения в потребности глюкокортикоидов во время обострения или ремиссии. Спортсмены должны быть в состоянии предоставить документацию в случае обострения, которое требует использования запрещенного вещества для того, чтобы избежать неизбежного использования глюкокортикоидов.

8. Предостерегающие замечания

Продолжительное использование системных глюкокортикоидов связано с долгосрочными рисками.

9. Список литературы

1. Dignass A, van Asche G, Lindsay JO, et al. "The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management." JCC 4:28-62, 2010.
2. Van Asche G, Dignass A, Panes J, et al. "The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis." JCC 4:7-27, 2010.
3. Dignass A, Eliakin E, Magro F, et al. "The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis." JCC 6: 965-990, 2012.
4. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, et al. "The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management." JCC 6: 99101030, 2012.
5. Baumgart DC, Sandborn WJ, Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies." Lancet 369:1641-57, 2007.
6. Best WR, et al., "Development of a Crohn's disease activity index." *Gastroenterology*; 70:439-444, 1976.
7. Carter MJ, A J Lobo, Travis SPL, "Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults." *Gut*; 53: v1 - v16, 2004.
8. Walmsley RS, Ayres RCS, Pounder RE, Allan RN, "A simple clinical colitis activity index." *Gut*; 43:29-32, 1998.
9. Sachar, DB, Walfish, AE, "Overview of Inflammatory Bowel Diseases." Revision February 2010 Merck Manual 19Th Ed.