

ID: 2018-05-8-T-18419

Тезис

Юсупов М.А.

Аспекты биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра терапии, гастроэнтерологии и пульмонологии

Научный руководитель: к.м.н. Веселов В.В.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) по тяжести течения, частоте осложнений и инвалидизации трудоспособного населения занимают одно из ведущих мест в структуре болезней пищеварительного тракта. Развитие резистентности к традиционной базисной терапии – серьезная проблема в лечении ВЗК. В связи с чем в терапевтическую практику активно внедряются антицитокиновые препараты. Однако, данные препараты не всегда решают проблемные аспекты терапии ВЗК. У ряда пациентов, несмотря на высокую эффективность антицитокиновых препаратов при стартовой терапии в процессе лечения возможно потеря эффективности.

Пациент К., 59 лет, находился под наблюдением в центре ВЗК ГУЗ «Саратовская ГКБ № 5» с диагнозом: неспецифический язвенный колит, хроническая рецидивирующая форма, тяжелое течение. Болен с 2005 года, когда появились учащенный до 4 – 6 раз в сутки кашицеобразный стул с примесью крови, периодические боли в нижних отделах живота. При проведении колоноскопии выявили эрозивно-язвенные изменения и псевдополипы слизистой оболочки толстой кишки до восходящего отдела ободочной кишки. Проводилось лечение преднизолоном, сульфасалазином. Рецидивы заболевания 1 – 2 раза в год. В 2013 г. состояние ухудшилось, стул с примесью крови участился до 8 – 10 раз в сутки. К лечению подключен азатиоприн по 100 мг/сутки внутрь – без эффекта. Начато лечение инфликсимабом: трехкратное внутривенное введение препарата по 400 мг, второе введение на 2-ой неделе и третье – 6-й неделе. Поддерживающая терапия: внутривенное введение инфликсимаба по 400 мг каждые два месяца в сочетании с приемом азатиоприна по 100 мг/сутки. После третьей инфузии – стул 2 – 3 раза в сутки без патологических примесей. Рецидивов заболевания не было в течение трех лет. В 2016 г. вновь появилось примесь крови в кале, схваткообразные боли в животе. Эндоскопически и морфологически прогресс заболевания: множественные эрозии, псевдополипы и ворсинчатые полипы в прямой, сигмовидной и восходящего отдела толстой кишки. Дисплазия 3 степени. В июле 2017 г. произведена тотальная колонэктомия.

Ключевые слова: ВЗК, антицитокиновые препараты