

симаба через 17 мес, адалимумаба и ведолизумаба — 10 мес, что потребовало смены на препараты моноклональных антител с другим механизмом действия. Иммунодепрессанты пуриновой группы использовали в качестве первой линии адъювантной терапии при ЯК, из-за лейкопении или низкой эффективности потребовалась смена препарата в 35% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Матвеев Д.И., Филин А.М.

Научный руководитель: Е.В. Каприор

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: дети; воспалительные заболевания кишечника; болезнь Крона; язвенный колит; биологическая терапия

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК): болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) — хронические иммунопатологические заболевания, у генетически предрасположенных субъектов, развивающиеся в результате дисрегуляции иммунного ответа организма к кишечной микробиоте. В 25% случаев болезнь манифестируют до 15 лет. Лечение ВЗК направлено на изменение иммунной реактивности растущего организма. **Цель:** определить особенности лечения ВЗК у детей.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных с ЯК и БК. Ведущим критерием отбора явились следующие факторы: диагноз, подтверждённый инструментально, минимальная длительность заболевания 2 года.

Результаты. Число больных с БК 16 (8 мальчиков и 8 девочек), ЯК — 20 (10 мальчиков и 10 девочек). Средний стаж заболевания 4,4 года. Чаще всего у детей при дебюте ЯК использовались схемы: Аб + месалазин (4); месалазин (6). При БК: ГКС + месалазин (3). Для поддержания ремиссии ЯК: месалазин (5) и месалазин+инфликсимаб (5). В случае БК: месалазин + инфликсимаб + азатиоприн (3). Инфликсимаб применялся у 20 больных, отказ от препарата потребовался в среднем через 17 мес у 10 больных (7 — с БК, 3 — с ЯК) из-за аллергических реакций (2) и потери эффекта (8). Адалимумаб применяли у 7 больных (3 — с БК, 4 — с ЯК), отказ от препарата потребовался в среднем через 10 мес (3 — с БК, 3 — с ЯК) из-за потери эффекта. Ведолизумаб применялся у 4 больных (3 — с БК, 1 — с ЯК), отказ от препарата потребовался в среднем через 10 мес (2 — с БК) из-за потери эффекта. Иммунодепрессанты пуриновой группы применяли у 32 больных (16 — с БК, 16 — с ЯК), из них у 10 больных наблюдалась лейкопения, требующая уменьшения дозы и при неэффективности переход на препарат другой группы (3 — с БК, 3 — с ЯК). У 7 (3 — с БК и 4 — с ЯК) больных из-за низкой эффективности потребовалась смена препарата.

Выводы. Для лечения детей с ЯК и БК необходимо использовать месалазин-содержащие схемы, т. к. они чаще приводят к нормализации клиники. При тяжёлом течении использовались препараты групп моноклональных антител, резистентность к которым в среднем наступила для инфлик-