



¹ Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логинова

² Научно-исследовательский
институт организации
здравоохранения
и медицинского
менеджмента
Департамента
здравоохранения города
Москвы

³ Национальный медицинский
исследовательский центр
колопроктологии
им. А.Н. Рыжих

⁴ Московский
государственный медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова

⁵ Тверской государственный
медицинский университет

Клинический случай осложненного течения болезни Крона

Н.А. Фадеева, к.м.н.^{1,2}, О.В. Князев, д.м.н., проф.^{1,2,3}, М.А. Данилов, к.м.н.¹,
С.Г. Хомерики, д.м.н., проф.¹, К.А. Никольская, к.м.н.^{1,2}, Е.Ю. Жулина, к.м.н.¹,
М.В. Павлов¹, Б.С. Никитин¹, Д.С. Бордин, д.м.н., проф.^{1,4,5}

Адрес для переписки: Нина Александровна Фадеева, chuevana@mail.ru

Для цитирования: Фадеева Н.А., Князев О.В., Данилов М.А. и др. Клинический случай осложненного течения болезни Крона // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 16. С. 62–68.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-16-62-68

Представлен клинический случай осложненного течения болезни Крона (БК) у пациента молодого возраста. В статье отражены особенности диагностики, тактики консервативного и хирургического лечения БК. Также рассмотрены вопросы маршрутизации пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, цертолизумаб пэгол, биологическая терапия

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), традиционно рассматриваются как гетерогенные заболевания с неизвестной до настоящего времени этиологией, непредсказуемым течением и отсутствием совершенных методов лечения.

БК характеризуется поражением любого отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и не имеет способов полного излечения. Большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ [1]. По данным мировой литературы, около 50% пациентов с БК нуждаются в хирургическом лечении в течение первых десяти лет от дебюта заболевания. Как правило, самыми частыми показаниями к срочной операции служат кишечная непроходимость или наличие инфильтрата в брюшной полости [2–4]. Невозможность радикального излечения пациентов с БК нередко приводит к повторным резекциям, увеличивая риск синдрома короткой кишки. Даже при полном удалении всех макроскопически измененных отделов кишечника хирургическое вмешательство не приводит к полному выздоровлению: в течение пяти лет клинически значимый рецидив отмечается у 28–45% пациентов, а в течение десяти лет – у 36–61%, что диктует необходимость назначения или продолжения противорецидивной терапии после операций по поводу БК [5, 6]. Современная тактика хирургического лечения БК на-

правлена на выполнение экономных резекций, в частности тонкой кишки, а при возможности – проведение органосохраняющих вмешательств (стриктуропластика, эндоскопическая дилатация) [7–12].

На протяжении многих лет медикаментозная терапия БК была ограничена глюкокортикостероидами (ГКС) и иммуномодуляторами, а единственной альтернативой являлось хирургическое лечение. Появление биологических препаратов, в частности ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), повлияло на ход истории заболевания и расширило терапевтические возможности для контроля активности заболевания [13, 14]. Несмотря на появление биологической терапии, хирургическое лечение продолжает играть важную роль в лечении БК [15–19]. Сочетание биологической терапии и хирургических методов лечения у больных с осложненным течением БК в настоящее время позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов [20, 21]. Кроме того, одним из основных этапов ведения данной группы больных является четкая маршрутизация, которая позволяет сократить время на каждом этапе и наиболее быстро оказать помощь пациенту.

Клиническое наблюдение

Больной К., 21 год, поступил в отделение лечения ВЗК Московского клинического научного центра (МКНЦ) им. А.С. Логинова с жалобами на боли в правой подвздошной области, лихорадку до 38 °С.



Из анамнеза известно, что считает себя больным с 2017 г., когда отметил появление болей ноющего характера в животе, без четкой локализации. Не обследовался, к врачам не обращался. Принимал спазмолитики с временным положительным эффектом. В мае 2018 г. впервые отметил повышение температуры тела до 39 °С, появились боли в правой подвздошной области высокой интенсивности. По скорой медицинской помощи госпитализирован в ГКБ им. В.П. Демикова, где по результатам обследования диагностирован аппендикулярный инфильтрат. В связи с положительной динамикой на фоне антибактериальной терапии от дальнейшего лечения отказался. Выписан с рекомендациями амбулаторного лечения под наблюдением терапевта и хирурга по месту жительства. Ухудшения состояния пациента случилось в конце ноября 2018 г., когда вновь появились боли в правой подвздошной области. Больной обратился в клинику-диагностическое отделение МКНЦ им. А.С. Логинова, где по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости в правой подвздошной области выявлен инфильтрат с признаками абсцедирования (рис. 1). По скорой медицинской помощи госпитализирован в ГКБ им. Е.О. Мухина, где больному выполнена серия дренирующих вмешательств. В декабре 2018 г. пациент переведен в отделение колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова. С целью проведения дифференциального диагноза между аппендикулярным инфильтратом с абсцедированием и БК тонкой кишки проведено дообследование. По данным лабораторных исследований, отмечалось снижение уровня гемоглобина (Hb) до 71 г/л, снижение количества эритроцитов до 2,8 млн, умеренный лейкоцитоз – 9,8 тыс. с палочкоядерным сдвигом до 22%, тромбоцитоз – 645 тыс., увеличение СОЭ до 35 мм/ч, белково-энергетическая недостаточность (гипоальбуминемия до 26 г/л, гипопропротеинемия до 51 г/л), повышение С-реактивного белка (СРБ) до 77 мг/л, снижение уровня сывороточного железа до 1,6 мкмоль/л, снижение уровня креатинина до 46 мкмоль/л, водно-электролитные нарушения (гипонатриемия до 132,2 ммоль/л, гипохлоремия до 97,4 ммоль/л). По данным коагулограммы выявлена вторичная коагулопатия в стадии гипокоагуляции (МНО – 1,5, снижение протромбина до 56%). При колонофиброскопии (КФС) колоноскоп проведен предположительно в купол слепой кишки, на доступных визуализации редких участках патологических изменений не обнаружено.

При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием в брюшной полости выявлен абсцесс (в малом тазу вдоль правой большой поясничной мышцы с переходом на подвздошно-поясничную мышцу) с наличием тонкокишечных свищей, возможно наличие свищевого хода с прямой кишкой; признаки вовлечения в инфильтрат правого мочеточника с формированием правосторонней уретероэктазии и калкипиелоэктазии.

При рентгенографии тонкой кишки с пассажем бария выявлены рентгенологические признаки абсцесса и инфильтрата в малом тазу справа с формированием множественных свищевых ходов, сообщающихся с подвздошной, прямой и сигмовидной кишками; вторичный илеит; признаки вторичного сигмоидита и проктита; спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу, убедительные



Рис. 1. Ультразвуковое исследование кишечника: инфильтрат правой подвздошной области с признаками абсцедирования

признаки БК не отмечены (рис. 2). При проктографии – рентгенологическая картина инфильтративного поражения (воспалительный инфильтрат) стенок прямой и сигмовидной кишок.

Больному проводили обследование для исключения туберкулезной инфекции (диагностический отрицательный, при МСКТ органов грудной клетки патологии не выявлено). В связи с сохраняющимися водно-электролитными нарушениями, белково-энергетической недостаточностью с целью их коррекции больной был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где продолжено проведение интенсивной консервативной терапии с применением водно-солевых растворов, антибактериальной терапии, переливание компонентов крови и нутриционная поддержка. В связи с наличием расширения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) правой почки и верхней трети правого мочеточника больному выполнена постановка нефростомы, дренирование абсцесса брюшной полости под УЗ-контролем и установлен дренаж.

Несмотря на проводимую терапию, у больного отмечена отрицательная динамика по клинико-лабораторным данным: увеличение дебита кишечного отделяемого по дренажной системе, гипертермия до 39 °С, нарастание симптомов системной воспалительной реакции, белково-энергетической недостаточности, ухудшение общего состояния.

Совместно с колопроктологами принято решение о проведении хирургического лечения. Интраоперационно выявлен инфильтрат, состоящий из петли подвздошной кишки, слепой кишки, интимно спаянный с передней брюшной стенкой париетальной брюшиной правого латерального канала, правой подвздошной области, а также брыжейкой подвздошной кишки вплоть до ее корня. Визуализировались многочисленные стриктуры тонкой кишки и свищевые ходы, а также наличие гнойного содержимого при попытке разделить компоненты инфильтрата. С учетом наличия гнойно-воспалительного процесса, явления тонкокишечной непроходимости решено было хирургическое вмешательство завершить формированием концевой илеостомы.

По данным морфологического исследования, в препарате фрагменты стенки подвздошной и толстой кишок с умерен-

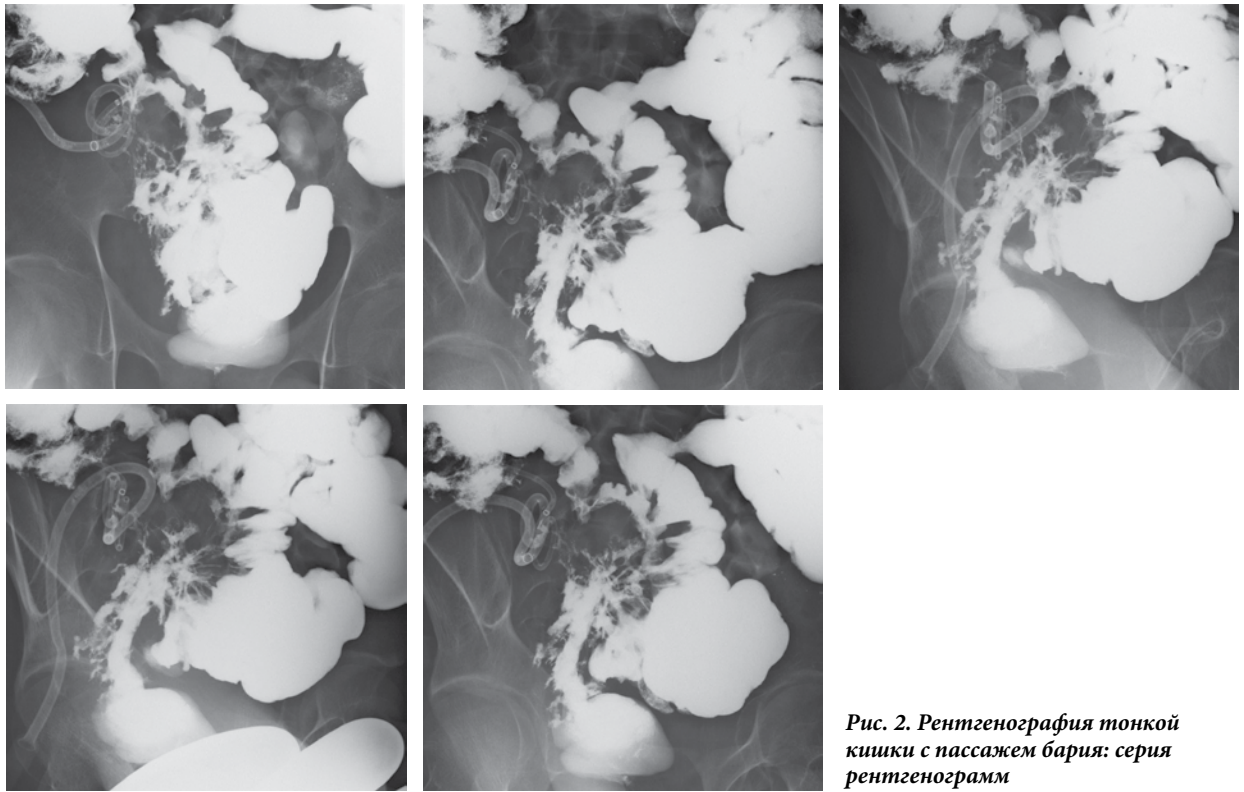


Рис. 2. Рентгенография тонкой кишки с пассажем бария: серия рентгенограмм

ной лимфоплазмозитарной инфильтрацией в собственной пластинке, с деструкцией крипт и формированием щелевидных эрозий, участками трансмурального воспаления, а также эпителиоидно-клеточными гранулемами с многоядерными гигантскими клетками в толще кишечной стенки. Данная морфологическая картина соответствует клиническому диагнозу «БК в форме илеоколита» (рис. 3, 4).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия цефтриаксоном 2 г в сутки и метронидазолом 1,5 г в сутки, месалазином с этилцеллюлозным покрытием 5 г в сутки, ривароксабаном 20 мг в сутки с положительным эффектом, что подтверждалось клинико-лабораторными данными (Hb – 101 г/л, эритроциты – 3,7 млн, лейкоциты – 8,8 тыс., СОЭ – 29 мм/ч, альбумин – 37 г/л, белок – 75 г/л, СРБ – 23 мг/л, сывороточное железо – 8,9 мкмоль/л).

Согласно российским клиническим рекомендациям по тактике ведения пациентов с БК, к факторам, достоверно повышающим риск послеоперационного рецидива, относятся следующие: курение, две и более резекции кишки в анамнезе, протяженные резекции тонкой кишки более 50 см, перианальные поражения, пенетрирующий фенотип, ранний дебют заболевания [12, 20, 22].

В зависимости от сочетания факторов риска, а также эффективности ранее проводившейся противорецидивной терапии пациенты после операции должны быть стратифицированы на группы с различным риском послеоперационного рецидива. К группе высокого риска относятся больные, имеющие два и более факторов риска [23–26].

Пациент К. имел высокий риск послеоперационного рецидива: из анамнеза известно, что курит в течение пяти лет, имеет пенетрирующий тип БК и протяженную резекцию кишечника 60 см.

Таким образом, по жизненным показаниям пациенту рекомендована терапия генно-инженерным биологическим препаратом (ГИБП) цертолизумаба пэгол (Симзия®) по стандартной схеме: по 400 мг подкожно на 0, 2, 4-й неделях, далее 400 мг один раз в четыре недели. Также больной принимал метронидазол 1,5 г в сутки курсами по 14 дней каждые шесть месяцев [21].

Через шесть месяцев проведено контрольное обследование в МКНЦ им. А.С. Логинова, при котором, по данным эндоскопического исследования, отмечалась минимальная активность БК (на 10 см от илеостомы визуализировались две афты размерами 5 × 3 и 6 × 5 мм). По данным лабораторных исследований, признаков воспаления отмечено не было (СРБ – 2,9 мг/л, СОЭ – 13 мм/ч, лейкоциты – 6 тыс.). Решено продолжить биологическую терапию препаратом цертолизумаба пэгол (Симзия®) в комбинации с азатиоприном в дозе 100 мг в сутки. Пациент с февраля 2020 г. самостоятельно отменил прием азатиоприна.

Ухудшение состояния отмечено в октябре 2020 г. в виде появления эпизодов приступообразных болей в животе, тошноты, однократной рвоты съеденной пищей. Вновь госпитализирован в МКНЦ им. А.С. Логинова. При обзорной рентгенографии брюшной полости в проекции левого подреберья отмечаются широкие тонкокишечные уровни, в правой половине – полуарка (формирование чаши Клойбера), максимальный просвет кишки на этом участке – 54 мм. Данная рентгенологическая картина свидетельствовала о тонкокишечной непроходимости, вероятнее всего хронического характера.

При УЗИ кишечника обращали на себя внимание расширенные петли тонкой кишки до 35 мм с неоднородным

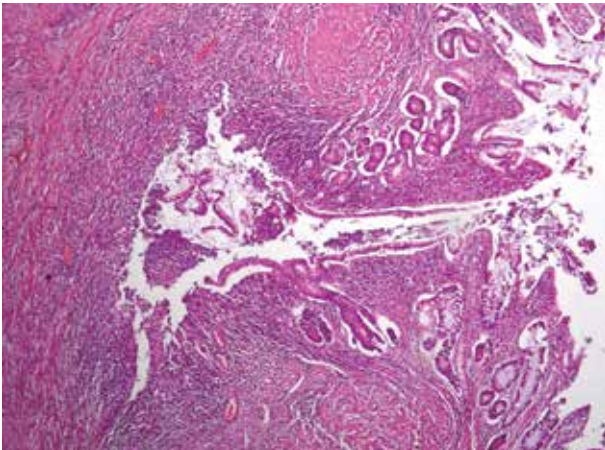


Рис. 3. Болезнь Крона в форме терминального илеита: очаговая деструкция кишечных крипт слизистой оболочки подвздошной кишки с формированием щелевидной эрозии, проникающей в мышечный слой. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 90$

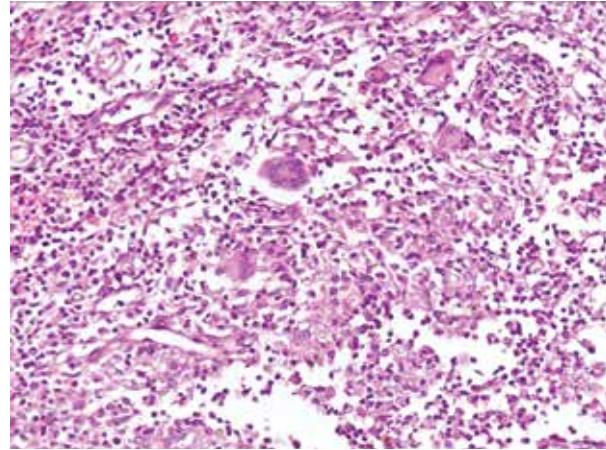


Рис. 4. Болезнь Крона в форме терминального илеита: эпителиоидноклеточная гранулема с гигантскими многоядерными клетками в толще кишечной стенки. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 300$



Рис. 5. Ультразвуковое исследование кишечника: расширение петель тонкой кишки



Рис. 6. Ультразвуковое исследование кишечника: утолщение стенок тонкой кишки

гиперэхогенным содержимым, перистальтика местами лоцирована, местами крайне вялая; справа лоцирован небольшой фрагмент тонкой кишки с утолщенными стенками до 5 мм (рис. 5, 6).

При КФС – аппарат через илеостому проведен на 10 см в подвздошную кишку, далее определяется сужение просвета до 0,3–0,4 см, провести аппарат в вышележащие отделы не удалось, в области стриктуры определяется циркулярная язва, покрытая фибрином, слизистая дистальнее стриктуры розовая, бархатистая, перистальтика активная. Данные КТ-энтерографии подтвердили формирование стриктуры подвздошной кишки с развитием субкомпенсированной тонкокишечной непроходимости (рис. 7).

С учетом клинической картины, данных эндоскопических и рентгенологических исследований пациенту показано хирургическое лечение. Больной переведен в отделение колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова, где проведено хирургическое вмешательство в следующем объеме: резекция петли подвздошной кишки, несущей стому, протяженностью около 20 см, включая участок стриктуры, реформирование концевой илеостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений, дренаж удален на 7-е сутки. Боль-

ной выписан на амбулаторное лечение. Принимал метронидазол по 500 мг три раза в сутки в течение 14 дней, через один месяц после хирургического лечения возобновлена биологическая терапия препаратом цертолизумаба пэгол (Симзия®) по схеме: 400 мг подкожно каждые четыре недели. По лабораторным данным, признаки воспаления не отмечены (СРБ, СОЭ, лейкоциты, тромбоциты в пределах референсных значений). В дальнейшем пациент чувствовал себя хорошо, соблюдал рекомендации. Контрольное обследование запланировано через шесть месяцев.

Препарат цертолизумаба пэгол (Симзия®) пациенты с ВЗК получают в Москве в рамках дополнительного лекарственного обеспечения категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг, благодаря четкой системе маршрутизации пациентов, которая включает в себя получение протокола врачебной комиссии, проводимой в МКНЦ им. А.С. Логинова, рецепта на ГИБП и получение этого препарата в определенной аптеке. Кроме того, возможно проведение индивидуальной закупки данного препарата, инициированной врачебной комиссией, проводимой в МКНЦ им. А.С. Логинова. Таким образом, все пациенты, нуждающиеся в лечении

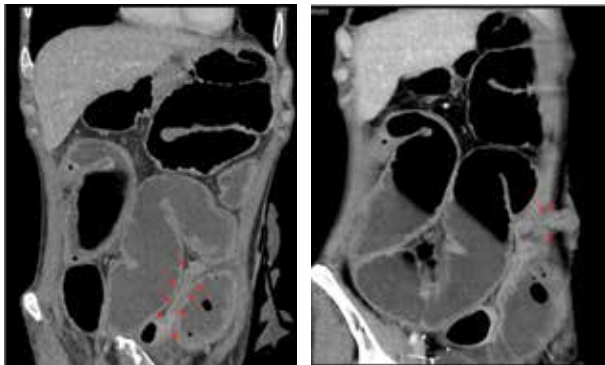


Рис. 7. Компьютерная энтерография: стриктура подвздошной кишки с развитием субкомпенсированной тонкокишечной непроходимости

ГИБП в Москве, обеспечены данными препаратами своевременно.

Обсуждение и заключение

БК – прогрессирующее заболевание, требующее регулярного контроля воспалительной активности и междисциплинарного подхода с привлечением врачей многих специальностей (гастроэнтерологов, колопроктологов, урологов, фтизиатров, ревматологов и врачей других специальностей). У 70% пациентов БК носит прогрессирующий характер [27].

По современным представлениям, БК можно разделить по активности на три фазы. Доклиническая фаза характеризуется наличием субклинического воспаления (нарушение иммунного ответа и развитие гистологического повреждения внутри стенки кишечника), отсутствием характерных клинических, лабораторных, эндоскопических, рентгенологических критериев постановки диагноза.

Далее следует фаза ранних проявлений БК, когда у больного появляются неярко выраженные клинические симптомы БК (лихорадка неясного генеза, железодефицитная анемия, эпизоды диареи, боли в животе, слабость, снижение массы тела) и воспалительные маркеры (повышение уровня СРБ, СОЭ, ферритина, пресепсина, фибриногена, фекального кальпротектина, тромбоцитоз, лейкоцитоз) в анализах крови и кала. На этом этапе впервые регистрируются эндоскопические и рентгенологические признаки заболевания и возможно установить диагноз БК.

Следующая фаза – это фаза поздних проявлений БК. К ним относятся осложнения БК: формирование кишечных свищей, инфильтратов брюшной полости, стриктур с нарушением кишечной проходимости, абсцессов, развитие колоректального рака. К сожалению, более чем 50% больных диагноз БК устанавливается уже на этапе ее поздних проявлений.

По данным опроса пациентов с ВЗК в странах Европы, 64% больных нуждались в экстренной медицинской помощи еще до установления диагноза БК или ЯК, а у 18% пациентов прошло более пяти лет от начала появления симптомов до установления диагноза [28].

Данный клинический случай демонстрирует как раз пример поздней диагностики БК (диагноз установлен через два года от начала появления симптомов), когда заболевание приняло уже прогрессирующий характер и произошло развитие осложнений, требующих хирургического вмешательства, – формирование инфильтрата брюшной полости с абсцедированием, сдавление мочеточников. Назначение ГКС и ГИБП у пациентов с наличием абсцессов брюшной полости противопоказано, поэтому принято решение о проведении на первом этапе хирургического лечения и антибактериальной терапии, а через месяц присоединена биологическая терапия в связи с наличием высоких рисков послеоперационного рецидива БК. Это позволило приостановить прогрессивное течение заболевания.

Важность контрольного обследования через шесть месяцев после хирургического лечения у пациентов с БК неоспорима. У исследуемого пациента по результатам КФС удалось своевременно скорректировать терапию – присоединить азатиоприн в дозе 100 мг в сутки, что сдержало на полгода прогрессию заболевания. Однако больной самостоятельно отменил препарат, в результате чего развились осложнения в виде формирования стриктуры подвздошной кишки с развитием тонкокишечной непроходимости, потребовавшее повторного хирургического лечения.

Благодаря совместному ведению пациента гастроэнтерологами, колопроктологами, урологами, четкой и своевременной маршрутизации была своевременно оказана высокотехнологичная помощь с применением современных хирургических методов лечения и использованием ГИБП, что явилось сдерживающим фактором прогрессии БК. ●

Литература

1. Satsangi J., Silverberg M.S., Vermeire S., Colombel J.F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications // Gut. 2006. Vol. 55. № 6. P. 749–753.
2. Peyrin-Biroulet L., Loftus E.V. Jr., Colombel J.F., Sandborn W.J. The natural history of adult Crohn's disease in population-based cohorts // Am. J. Gastroenterol. 2010. Vol. 105. № 2. P. 289–297.
3. Jess T., Riis L., Vind I. et al. Changes in clinical characteristics, course, and prognosis of inflammatory bowel disease during last 5 decades: a population-based study from Copenhagen, Denmark // Inflamm. Bowel Dis. 2007. Vol. 13. № 4. P. 481–489.
4. Solberg I.C., Vatn M.H., Hoie O. et al. IBSEN Study Group. Clinical course in Crohn's disease: results of a Norwegian population-based ten-year follow-up study // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2007. Vol. 5. № 12. P. 1430–1438.
5. Lu T.X., Cohen R.D. Maneuvering clinical pathways for Crohn's s disease // Curr. Gastroenterol. Rep. 2019. Vol. 21. № 5. P. 20.
6. Bhattacharya A., Shen B., Regueiro M. Endoscopy in postoperative patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. Does it translate to better outcomes? // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. 2019. Vol. 29. № 3. P. 487–514.

**ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК, НУЖДАЮЩИХСЯ
В БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ:**

- **НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**
 - **ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
 - **В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ³**
- ✓ **БЫСТРОЕ И СТОЙКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ТЯЖЕСТИ
ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И НОГТЕЙ⁴**
 - ✓ **ЗНАЧИМОЕ И СТОЙКОЕ ТОРМОЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ
ДЕСТРУКЦИИ⁴⁻⁶, РАЗРЕШЕНИЕ УВЕИТОВ⁷, ЭНТЕЗИТОВ^{4,7}
И ДАКТИЛИТОВ⁴**
 - ✓ **ПОЛНОЕ ЗАКРЫТИЕ СВИЩЕЙ У 55% ПАЦИЕНТОВ
С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА⁸**
 - ✓ **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИБП^{4, 9, 10}**



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Инструкция по медицинскому применению препаратов: Симзия®, Ремкейд®, Фламмагис®, Инфликсимаб®, Хумира®, Далибра®, Энбрел®, Симпони®, Зрелзи®; 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Симзия® от 02.12.19 пп.1.2 <http://www.grfs.rosminzdrav.ru>, дата посещения сайта 17.03.2021; 3. Лила А.М. Современная ревматология. 2018;12(1):93-100; 4. van der Heijde D, et al. RMD Open 2018;4:e000582; 5. Smolen JS et al. Arthritis Research & Therapy 2015; 17:245; 6. van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis 2018;77:699-705; 7. van der Heijde D et al. Rheumatology 2017;56:1498-1509; 8. Vavricka SR et al. Inflamm Bowel Dis 2011;17:1530-1539; 9. Weinblatt et al. Arthritis Research & Therapy (2015) 17:325; 10. UCB Data on File (AS001 Wk204 Final Tables. 2016. Table 4.2.1) данные доступны по запросу; 11. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) <http://static.government.ru/media/files/K11PEUszF2gmvwTkW741POASarj7KggJ.pdf> дата посещения сайта 17.03.2021

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА СИМЗИЯ®

Торговое название: Симзия®. МНН: цертолизумаб пэгол (certolizumab pegol). Лекарственная форма: раствор для подкожного введения. Состав: на 1 мл препарата: активное вещество: цертолизумаб пэгол 200,0 мг; вспомогательные вещества: натрия ацетат 1,36 мг, натрия хлорид 7,31 мг, вода для инъекций до 1,00 мл. Показания к применению: Ревматоидный артрит (РА); Лечение РА умеренной и высокой степени активности у взрослых (с 18 лет); в комбинации с метотрексатом (MT) при недостаточном ответе на лечение базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), включая MT, или в качестве монотерапии при непереносимости или нецелесообразности дальнейшего лечения MT. Болезнь Крона (БК): лечение БК с умеренной и высокой степенью активности заболевания у взрослых при неэффективности терапии БПВП. Аксиальный спондилоартрит (аксСпА), включая Анкилозирующий спондилит (АС) и аксСпА без рентгенологических признаков АС: лечение тяжелого активного АС при недостаточном ответе на лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) или при их непереносимости у взрослых. АксСпА без рентгенологических признаков АС: лечение тяжелого активного аксСпА без рентгенологических признаков АС, но с объективными признаками воспаления. Псориатический артрит (ПсА): Лечение активного ПсА у взрослых в комбинации с MT при недостаточном ответе на терапию БПВП или в качестве монотерапии в случае непереносимости или нецелесообразности дальнейшего лечения MT. Бляшечный псориаз: лечение бляшечного псориаза умеренной и высокой степени активности у взрослых, которым показана системная терапия. Противопоказания: повышенная чувствительность к цертолизумабу пэголу или другим компонентам, входящим в состав препарата; сепсис или риск возникновения сепсиса, а также тяжелые хронические или локализованные инфекции в активной стадии (в том числе туберкулез, абсцесс, другие оппортунистические инфекции, включая грибковые (гистоплазмоз, кандидоз, аспергиллез, бластомиоз, коццидиоидомикоз, нокардиоз, листериоз и др.); пневмоцистные и вирусные инфекции, включая активный гепатит В в стадии реактивации; сердечная недостаточность III-IV функционального класса (ФК) по NYHA, детский возраст (до 18 лет); одновременное применение анакиры, абатацепта и этанерцепта. Меры предосторожности: Пациенты должны быть тщательно обследованы на наличие инфекций, включая активный и латентный туберкулез и хронические и местные очаги инфекции, до назначения препарата Симзия® в ходе лечения и после его окончания. В случае развития тяжелой инфекции или туберкулеза лечение препаратом Симзия® следует прекратить. Вакцинация пациентов, получающих лечение препаратом Симзия®, допускается, за исключением применения живых и живых ослабленных вакцин. При злокачественных новообразованиях лечение препаратом Симзия® рекомендуется назначать с осторожностью. Рекомендуется проводить периодический осмотр кожи пациентов, имеющих факторы риска развития рака кожи. Следует применять с осторожностью при лечении пациентов с ХОБЛ и активных курильщиков в связи с повышенным риском злокачественных новообразований. Следует с осторожностью применять препарат у пациентов с ХСН III функционального класса по классификации NYHA. Побочное действие: наиболее частые (часто $\geq 1/100$, $< 1/10$) нежелательные явления (НЯ): бактериальные (включая абсцессы) и вирусные инфекции, знобилоподобия, лейкопения, головная боль, нарушения чувствительности, повышение артериального давления, тошнота, рвота, гепатит, повышение активности «печеночных» ферментов, сыпь, гипертермия, боль (неуточненной локализации), астения, зуд, реакции в месте инъекции. Производитель: Веттер Фарма-Фертунг ГмбХ и Ко, Германия. Владелец РУ: ЮСБ Фарма С.А., Бельгия. Условия отпуска: по рецепту. Полную информацию по препарату, включая способ применения и дозы, взаимодействие с другими препаратами, полный перечень НЯ, меры предосторожности, читайте в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Симзия®, дата пересмотра инструкции: 02.12.19. Регистрационный номер: ЛП-000008



За дополнительной информацией обращайтесь:
000 «ЮСБ Фарма», 123112, Москва, 1-ый Красногвардейский проезд, стр. 15
Тел.: 8 495 644-3322, Факс: 8 495 644-3329 E-mail: medinfo.rus@ucb.com
www.ucbrussia.ru
RU-P-CZ-2100009

ФНО — фактор некроза опухоли
Fab (fragment crystallizable region) — кристаллизующийся
фрагмент иммуноглобулина
ГИБП — генно-инженерные биологические препараты



7. *Caprilli R., Gassull M.A., Escher J.C. et al.* European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations // *Gut*. 2006. Vol. 55. № 1. P. 36–58.
8. *Mege D., Panis Y.* Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease // *Колопроктология*. 2018. Т. 2. № 64. С. 14–24.
9. *Byrne C.M., Solomon M.J., Young J.M. et al.* Patient preferences between surgical and medical treatment in Crohn's disease // *Dis. Colon. Rectum*. 2007. Vol. 50. P. 586–597.
10. *Шукина О.Б., Собко В.Ю., Горбачева Д.Ш. и др.* Прогнозирование хирургического лечения болезни Крона // *Колопроктология*. 2015. Т. 4. № 54. С. 33–40.
11. Справочник по колопроктологии / под ред. проф. Ю.А. Шельгина, проф. Л.А. Благодарного. М.: Литтерра, 2012. С. 460–522.
12. *Алексеев С.А., Ачкасов С.И., Багненко С.Ф. и др.* Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона (проект) // *Колопроктология*. 2020. Т. 19. № 2 (72). С. 8–38.
13. *Colombel J.F., Sandborn W.J., Reinisch W. et al.* SONIC Study Group. Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn's disease // *N. Engl. J. Med.* 2010. Vol. 362. № 15. P. 1383–1395.
14. *Sandborn W.J., Feagan B.G., Rutgeerts P. et al.* GEMINI 2 Study Group. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease // *N. Engl. J. Med.* 2013. Vol. 369. № 8. P. 711–721.
15. *Aniwan S., Park S.H., Loftus E.V. Jr.* Epidemiology, natural history, and risk stratification of Crohn's disease // *Gastroenterol. Clin. North Am.* 2017. Vol. 46. № 3. P. 463–480.
16. *Bouguen G., Peyrin-Biroulet L.* Surgery for adult Crohn's disease: what is the actual risk? // *Gut*. 2011. Vol. 60. № 9. P. 1178–1181.
17. *Rutgeerts P., Feagan B.G., Lichtenstein G.R. et al.* Comparison of scheduled and episodic treatment strategies of infliximab in Crohn's disease // *Gastroenterology*. 2004. Vol. 126. № 2. P. 402–413.
18. *Feagan B.G., Panaccione R., Sandborn W.J. et al.* Effects of adalimumab therapy on incidence of hospitalization and surgery in Crohn's disease: results from the CHARM study // *Gastroenterology*. 2008. Vol. 135. № 5. P. 1493–1499.
19. *Хатъков И.Е., Парфенов А.И., Князев О.В. и др.* Воспалительные заболевания кишечника в практике терапевта и хирурга. М.: Вита-ПРЕСС, 2017. 120 с.
20. *Халиф И.Л., Вардадян А.В., Шапина М.В., Полетова А.В.* Противорецидивная терапия болезни Крона в послеоперационном периоде (обзор литературы) // *Колопроктология*. 2017. Т. 3. № 61. С. 63–70.
21. *Шапина М.В., Халиф И.Л., Нанаева Б.А.* Применение цертолизумаба пегола при болезни Крона (обзор литературы) // *Колопроктология*. 2016. Т. 3. № 57. С. 102–108.
22. *Chu K.F., Moran C.J., Wu K. et al.* Performance of surveillance MR enterography (MRE) in asymptomatic children and adolescents with Crohn's disease // *J. Magn. Reson. Imaging*. 2019. Vol. 50. № 6. P. 1955–1963.
23. *Peyrin-Biroulet L., Deltenre P., Ardizzone S. et al.* Azathioprine and 6-mercaptopurine for the prevention of postoperative recurrence in Crohn's disease: a meta-analysis // *Am. J. Gastroenterol.* 2009. Vol. 104. № 8. P. 2089–2096.
24. *Regueiro M., Schraut W., Baidoo L. et al.* Infliximab prevents Crohn's disease recurrence after ileal resection // *Gastroenterology*. 2009. Vol. 136. P. 441–450.
25. *Savarino E., Bodini G., Dulbecco P. et al.* Adalimumab is more effective than azathioprine and mesalamine at preventing postoperative recurrence of Crohn's disease: a randomized controlled trial // *Am. J. Gastroenterol.* 2013. Vol. 108. № 11. P. 1731–1742.
26. *Yamada A., Komaki Y., Patel N. et al.* The use of vedolizumab in preventing postoperative recurrence of Crohn's disease // *Inflamm. Bowel Dis.* 2018. Vol. 24. № 3. P. 502–509.
27. *Colombel J.F., Narula N., Peyrin-Biroulet L. et al.* Management strategies to improve outcomes of patients with inflammatory bowel diseases // *Gastroenterology*. 2017. Vol. 152. № 2. P. 351–361.
28. *Wilson B.S., Lönnfors S., Vermeire S. et al.* The true impact of IBD: A European Crohn's and Ulcerative Colitis Patient Life IMPACT Survey 2010–2011. http://www.efcca.org/sites/default/files/3.PRESS_KIT_IBD_IMPACT_REPORT_BCN.pdf.

Clinical Case of Complicated Course of Crohn's Disease

N.A. Fadeeva, PhD^{1,2}, O.V. Knyazev, PhD, Prof.^{1,2,3}, M.A. Danilov, PhD¹, S.G. Khomeriki, PhD, Prof.¹, K.A. Nikolskaya, PhD^{1,2}, E.Yu. Zhulina, PhD¹, M.V. Pavlov¹, B.S. Nikitin¹, D.S. Bordin, PhD, Prof.^{1,4,5}

¹ A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

² Scientific Research Institute of Healthcare and Medical Management of the Moscow City Health Department

³ Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology

⁴ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

⁵ Tver State Medical University

Contact person: Nina A. Fadeeva, chuevana@mail.ru

A clinical case of a complicated course of Crohn's disease (CD) in a young patient is presented. The article reflects the features of the diagnosis, tactics of conservative and surgical treatment of CD. The issues of routing patients with inflammatory bowel diseases are also considered.

Key words: Crohn's disease, inflammatory bowel diseases, certolizumab pegol, biological therapy