

иммуносупрессивными свойствами. В настоящее время проводятся I-III фазы клинических исследований, оценивающих эффективность и безопасность МСК в лечении больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) – язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК).

**ЦЕЛЬ.** Сравнить частоту рецидивов и продолжительность ремиссии в течении 5 лет наблюдения у больных с люминальной формой болезни Крона (БК) в форме колита и тотальным поражением язвенного колита (ЯК), получающих терапию мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Сравнили частоту рецидивов в группе больных с люминальной формой БК в форме колита (1 группа), с группой больных ЯК (тотальное поражение) (2 группа), получающих МСК. 1-я группа (БК) в возрасте от 22 до 56 лет (Me-28) (n=24) получала культуру МСК по схеме (0-1-2 недели, затем каждые 26 недель). 2-я группа больных (ЯК) (n=26) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала культуру МСК по аналогичной схеме. Оценку эффективности терапии по частоте рецидивов осуществляли через 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев от начала терапии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди больных 1-й группы рецидив заболевания в течение 12 месяцев наблюдения произошел у 2/24 пациента (8,3%), во 2-й группе рецидив заболевания произошел у 3/26 (11,5%) (ОР-0,72; 95% ДИ 0,13-3,96, p=0,92). Через 24 месяца в группе больных (1-я группа), получающих МСК, рецидив заболевания произошел у 5/24 (20,8%), во 2-й группе больных рецидив заболевания у 7/26 (26,9%) (ОР-0,77; 95% ДИ 0,13-3,96, p=0,92). Через 36 месяцев в 1-й группе больных рецидив заболевания – у 8/24 (33,3%), во 2-й группе рецидив у 14/26 (53,8%) (ОР-0,62; 95% ДИ 0,32-1,21, p=0,24).

Через 48 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, рецидив у 11/24 (45,8%), во 2-й группе – рецидив у 18/26 (69,2%) (ОР-0,6; 95% ДИ 0,37-0,97, p=0,048). Через 60 месяцев в 1-й рецидив у 16/24 (66,6%), во 2-й группе рецидив у 22/26 (84,6%) (ОР-0,63; 95% ДИ 0,44-0,90, p=0,013).

**ВЫВОДЫ.** Трансплантация МСК способствует поддержанию более длительной клинической ремиссии у больных с люминальной формой болезни Крона по сравнению с группой больных, страдающих язвенным колитом.

## ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.<sup>1</sup>, Садек Фидель<sup>2</sup>, Бабаян А.Ф.<sup>1</sup>,  
Фадеева Н.А.<sup>1</sup>, Донченко И.А.<sup>1</sup>,  
Каграманова А.В.<sup>1</sup>, Лищинская А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы»;

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Болезнь Крона (БК) в форме терминального илеита встречается приблизительно у 1/3 пациентов с БК и часто осложняется формированием стриктуры подвздошной кишки или илеоцекального клапана. При выявлении стриктуры после первого курса консервативного лечения (применения глюкокортикостероидов) в качестве первого этапа лечения показана резекция пораженного участка кишки, а не повторный курс консервативной (гормональной) терапии. Операцией выбора является резекция илеоцекального отдела с формированием илео-асцендоанастомоза.

**ЦЕЛЬ.** Выявить лабораторные предикторы неэффективности курса консервативной терапии глюкокортикостероидами (ГКС)/иммуносупрессорами (ИС) и риска оперативного лечения больных БК в форме терминального илеита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 40 больным БК в форме терминального илеита с сужением просвета терминального отдела подвздошной кишки без признаков кишечной непроходимости был проведен курс консервативного лечения (применения ГКС). Оценку эффективности терапии проводили через 3, 6, 12 и 24 месяца. Эффективность терапии оценивали по индексу активности болезни Крона (ИАБК), эндоскопической картине и/или КТ-энтерографии, уровню С-РБ, фекальному кальпротектину (ФКП). За 24 месяца наблюдения у 12 пациентов была проведена резекция илеоцекального отдела. Таким образом, пациентов разделили на две группы: 1-я группа пациентов без хирургического лечения, 2-я группа пациентов, которым проведена резекция илеоцекального отдела. Провели сравнение показателей С-РБ, фекального кальпротектина (ФКП) исходных и в динамике в двух группах пациентов. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=28). Вторая группа больных в возрасте от 20 до 68 лет (Me-36) (n=12).

Средние исходные показатели СРБ в 1-й группе составили 29,5±3,2 мг/л, во 2-й – 27,75±3,0 (p=0,73), уровень ФКП в 1-й группе – 1019,4±97,2 мкг/гр, во 2-й – 998,8±127,3 мкг/гр (p=0,9).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 12 недель от начала терапии среди больных 1-й группы средний уровень С-РБ снизился до 4,7±0,4 мг/л, во 2-й – до 6,5±0,8 мг/л (p=0,03). Уровень ФКП в 1-й группе снизился до 1019,4±97,2 мкг/гр, во 2-й – 998,8±127,3 мкг/гр (p=0,9).

Через 6 месяцев в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 7,2±1,1 мг/л, во 2-й – 10,0±2,1 мг/л (p=0,2). Уровень ФКП в 1-й группе – 87,2±13,7 мкг/гр, во 2-й – 149,2±24,9 мкг/гр (p=0,025).

Через 12 месяцев в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 10,76±2,1 мг/л, во 2-й – 19,2±3,5 мг/л (p=0,039). Уровень ФКП в 1-й группе – 100,4±13,7 мкг/гр, во 2-й – 191,7±24,9 мкг/гр (p=0,002).

Через 24 месяца в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 9,5±1,9 мг/л, во 2-й – 17,8±3,3 мг/л (p=0,027). Уровень ФКП в 1-й группе – 98,0±12,1 мкг/гр, во 2-й – 121,7±14,2 мкг/гр (p=0,27).

**ВЫВОД.** Повышенный уровень С-РБ и фекального кальпротектина на фоне лечения больных БК в форме терминального илеита может быть фактором прогрессирования заболевания и повышенного риска оперативного вмешательства.

## КЛЕТЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.<sup>1</sup>, Фадеева Н.А.<sup>1</sup>,  
Беляков Н.И.<sup>1</sup>, Добролюбова Е.А.<sup>1</sup>,  
Конопляников А.Г.<sup>2</sup>, Парфенов А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логина Департамента здравоохранения Москвы»;

<sup>2</sup> Медицинский радиологический научный центр МЗ и СР РФ, Обнинск, Россия

Перианальные свищи – наиболее распространенные и часто встречающиеся типы свищей при болезни Крона. Они с трудом поддаются лечению, ухудшают качество жизни больного и повышают риск резекции кишки. Несмотря на значительный эффект антицикотинной терапии свищевой формы БК, лечение данной категории больных остается трудной задачей, с высоким риском развития рецидива БК. Мезенхимальные

стромальные клетки (МСК), обладающие иммуномодулирующими свойствами и большим регенеративным потенциалом, в настоящее время также применяются для лечения свищевой БК и перианальных свищей иной этиологии.

**ЦЕЛЬ.** Сравнить эффективность комбинированной терапии (местное и системное введение) мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга, инфликсимаба (ИФЛ) и антибиотиками (АБ) / иммуносупрессорами (ИС) на частоту заживления простых перианальных свищей при болезни Крона (БК).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 36 больных БК с перианальными поражениями разделили на три группы в зависимости от метода терапии. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=12) получала культуру МСК системно по схеме и местно: по периметру свищевого хода осуществлено введение 40 млн. МСК – 4 точки вкола по 1 мл физиологического раствора, содержащего 10 млн. МСК. Затем через 4 и 8 недель повторно вводили по 40 млн. МСК в область свища. Вторая группа больных БК (n=10) в возрасте от 20 до 68 лет (Me-36), получала антицитокиновую терапию ИФЛ по схеме. Третья группа больных БК (n=14) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала антибиотики и ИС. В динамике оценивали закрытие наружного отверстия свища. Ано- и ректосигмоскопию осуществляли через 3, 6, 12 и 36 месяцев от начала терапии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 12 недель среди больных 1-й группы заживление простых свищей отмечено у 10/12 больных (83,3%), во 2-й группе заживление простых свищей – у 8/10 (80,0%) (ОР-0,83; 95% ДИ 0,14-4,9, p=0,72). В третьей группе – у 5/14 пациентов (35,7%) (ОР-0,26; 95% ДИ 0,07-0,97, p=0,04 в сравнении с первой группой).

Через 6 месяцев в группе больных (1-я группа), получающих МСК, заживление простых свищей сохранялось у 8/12 (66,6%), во 2-й группе – у 7/10 (70,0%) (ОР-1,11; 95% ДИ 0,32-3,84; p=0,76). В третьей группе – у 4/14 пациентов (28,6%) (ОР-0,47; 95% ДИ 0,2-1,11; p=0,12 в сравнении с первой группой).

Через 12 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, заживление простых свищей сохранялось у 7/12 (58,3%), во 2-й группе – у 6/10 (60,0%) (ОР-1,25; 95% ДИ 0,48-3,22; p=0,69). В третьей группе – у 2/14 пациентов (14,3%) (ОР-0,49; 95% ДИ 0,24-0,98; p=0,03 в сравнении с первой группой).

Через 36 месяцев среди больных 1-й группы закрытие свищей сохранялось у 5/12 больных (41,6%), во 2-й группе – у 5/10 (50,0%) (ОР-1,17; 95% ДИ 0,53-2,55; p=0,96). В третьей группе – у 0/14 пациентов (0,0%) (ОР-0,58; 95% ДИ 0,36-0,94; p=0,01 в сравнении с первой группой).

**ВЫВОД.** Комбинированная клеточная и антицитокиновая терапия БК с перианальными поражениями достоверно способствует более частому и длительному закрытию простых свищей, по сравнению с антибиотиками/иммуносупрессорами.

## АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Леушина Е.А.<sup>1</sup>, Бетехтина С.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», Киров, Россия

<sup>2</sup> Отделенческая клиническая больница на станции Киров «ОАО РЖД», Киров, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Болезни органов пищеварения остаются актуальной проблемой клинической медицины, привлекают к себе внимание как практикую-

щих врачей, так и организаторов здравоохранения.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Провести анализ приверженности к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями толстой кишки, выяснить причины несоблюдения рекомендаций.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанкетировано 25 пациентов, с подтвержденными при помощи эндоскопических, рентгенологических и морфологических исследований диагнозами: синдром раздраженной толстой кишки (СРК) – 11 человек, дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБ) – 11 человек, неспецифический язвенный колит (НЯК) – 3 человека. Все пациенты проходили стационарное лечение в терапевтической клинике. Средний возраст пациентов – 52±6,4 года.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В ходе исследования выявлено, что приверженность к лечению у пациентов с СРК составила 54,5%, с ДБ – 63,6%, с НЯК – 66%. Среди причин, приводящих к снижению комплаенса у всех групп пациентов, преобладало изменение схемы лечения другим врачом в 80% случаев, отсутствие постоянного амбулаторного наблюдения лечащим доктором в 32% случаев, неэффективность терапии в 8%, высокая стоимость препаратов в 60%, недостаточная информированность пациентов о заболевании в 4% случаев.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшая приверженность к терапии достигнута у пациентов с НЯК, наименьшая – с СРК. Среди причин снижения комплаенса преобладали изменение схемы лечения другим врачом и высокая стоимость препаратов. Коррекция данных факторов, по мнению пациентов, приведет к более высокой приверженности к лечению.

## ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ – ОПАСНОСТЬ ИЛИ БЛАГО?

Лобанов Д.С., Ильканич А.Я., Каструбин А.Л., Варданян Т.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить эффективность и безопасность видеокколоноскопии при оказании помощи больным с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 43 пациента с осложненной формой ДБТК, пролеченных в Сургутской ОКБ с 2006 – 16 гг. Мужчин – 18 (41,9%), женщин – 25 (58,1%). Средний возраст – 55,1±1,2 лет. С острым дивертикулитом – 35 (81,4%) больных, с кровотечением из дивертикула – 8 (18,6%). Ведение больных осуществляется согласно разработанной в клинике «Маршрутной карты пациента с осложнениями ДБТК», которая представляет собой поэтапный алгоритм действий. При осложнениях ДБТК методом выбора диагностики и лечения считали видеокколоноскопию (ВКС). Оценка эффективности диагностики и лечения осуществлялась по клиническим и эндоскопическим данным.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всем пациентам выполнена экстренная ВКС, при этом у 28 (65,1%) больных манипуляция была лечебной. У 8 (18,6%) пациентов однократно выполнен эндоскопический гемостаз аргоно-плазменной коагуляцией. При гнойном дивертикулите – у 20 (46,5%) больных – проводились этапные санации. Санацию проводили после предварительного отмывания полости дивертикула 20-40 мл физ.раствора. Видеоэндоскопическая санация включала в себя введение растворов антисептиков через катетер в инструментальном канале эндоскопа. Периодичность про-