

2. Частое (у 31,5% обследованных) повышение уровня диастазы мочи выше нормального уровня после приема аскорбиновой кислоты у детей с СД1 даже в стандартной терапевтической дозе и частый неконтролируемый прием витамина С населением (как в виде лекарственного препарата, так и в составе пищевых продуктов) указывает на потенциальный риск повреждения поджелудочной железы, а значит и СД1.

3. Для корректного назначения витамина С у данного контингента пациентов в качестве неинвазивного метода, косвенно подтверждающего безопасность назначения препарата, может быть использовано определение уровня диастазы мочи до и после назначения препарата.

Список литературы:

1. Выдыборец, С.В. Коррекция дефицита железа: современные аспекты / С.В. Выдыборец // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. – 2015. – № 1. – С. 117-122.

2. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 158 с.

3. Diabetologia: praktyczny poradnik; pod red. K. Strojka. – Poznan, 2007. – 196 p.

ИНФЛИКСИМАБ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Жерносек В.Ф.¹; Почкайло А.С.¹, Фурсевич И.А.²; Лазарчик И.В.²; Зайцев Д.В.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра поликлинической педиатрии, Минск, Беларусь

²УЗ «Минская областная детская клиническая больница», а/г Лесной, Беларусь

Введение. В последние годы отмечается рост числа воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей: как язвенного колита (ЯК), так и болезни Крона (БК). Нередко встречаются атипичные формы ЯК. Отмечается также эволюция клинических проявлений ВЗК. Современное течение ВЗК становится маломанифестным. Диагностика вида ВЗК не всегда является успешной. Активно говорят о существовании неклассифицируемого ВЗК. При этом традиционная терапия аminosалицилатами и иммуносупрессантами не всегда позволяет добиться ремиссии ВЗК [1].

В клиническую практику детского гастроэнтеролога во всем мире прочно вошли биологические агенты и их биоаналоги. Из них наиболее часто при лечении ВЗК у детей применяется инфликсимаб. Хотя эта технология и является дорогой, но альтернативы ее применению у ряда пациентов не существует.

Инфликсимаб представляет собой химерные мышино-человеческие IgG₁ моноклональные антитела, которые состоят из фрагмента молекулы человеческого иммуноглобулина G₁ и вариабельной области высокоаффинных нейтрализующих моноклональных антител мыши к фактору некроза опухоли-альфа. Механизм действия инфликсимаба обусловлен его высоким сродством к фактору некроза опухоли-альфа. Молекула инфликсимаба образует устойчивый комплекс с мембран-ассоциированной и с растворимой формами фактора

некроза опухоли-альфа человека, снижая, тем самым, его функциональную активность.

В отечественной детской гастроэнтерологии опыт применения биологических агентов в лечении ВЗК у детей только накапливается. В доступной же литературе мы не встретили описания опыта применения биологических агентов в лечении ВЗК у детей Беларуси.

Одним из направлений научной работы кафедры поликлинической педиатрии ГУО БелМАПО является гастроэнтерология детского возраста. В рамках этого направления мы поставили себе две задачи:

1) обобщить мировой опыт диагностики и лечения ВЗК у детей и издать учебно-методическое пособие, которое явилось бы настольным руководством в работе педиатра и детского гастроэнтеролога;

2) обобщить собственный опыт применения биологических агентов в лечении ВЗК у детей.

В плане реализации поставленных задач в 2015 г. коллективом авторов мы издали учебно-методическое пособие «Заболевания органов пищеварения у детей», в котором 1/4 объема посвящено проблеме ВЗК у детей [1]. В 2016 г. впервые на нашей клинической базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница» мы начали терапию биологическими агентами детей с ВЗК в соответствии с общепринятыми в мире показаниями. Свой первый опыт применения биологических агентов в лечении детей с ВЗК мы и приводим в данной публикации.

Цель исследования – обобщение первого собственного опыта применения инфликсимаба у детей с ВЗК.

Объект и методы исследования. Под нашим наблюдением находится 2 ребенка с ВЗК, у которых мы впервые применили терапию инфликсимабом.

Диагноз ВЗК верифицировали в соответствии с общепринятыми критериями (Porto Criteria, ESPGHAN, 2014), активность ЯК оценивали по индексу активности ЯК у детей (PUCAI), а БК по параметрам скорректированного педиатрического индекса активности БК (wPCDAI) [1].

Показаниями для назначения инфликсимаба считали: отсутствие эффекта или противопоказание для традиционной базисной терапии ВЗК.

В терапии этих детей по сформулированным выше показаниям применили препарат инфликсимаба Фламмэгис®. Препарат назначали с учетом инструкции по применению, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь. От родителей пациентов в установленном порядке получали добровольное информированное согласие на применение терапии Фламмэгисом®.

Клиническую эффективность лечения в динамике оценивали с учетом динамики индексов PUCAI и wPCDAI.

Результаты и их обсуждение. Первый пациент – мальчик 5 лет 11 месяцев. Диагноз: БК (терминальный илеит, колит, кератит), среднетяжелой активности по состоянию на начало терапии инфликсимабом, риск формирования стеноза илеоцекальной области. Длительность болезни – 2 года. Масса тела – 19,8 кг. Ранее проводилась индукция ремиссии системными стероидами, длительная базисная терапия комбинацией месалазина и

азатиоприна в стандартных дозах с динамической коррекцией с учетом активности процесса. Перед началом терапии при колоноскопии отмечались единичные язвенные дефекты по 1-2 мм в слепой кишке, в области илеоцекального клапана определялись белесоватые рубцы, провести через него эндоскоп диаметром 11,2 мм не удалось из-за воспаления окружающей слизистой. На фоне индукции ремиссии преднизолоном внутрь (стартовая доза – 20 мг), базисной терапии месалазином (Пентаса – 1500 мг/сут в 2 приема) и азатиоприном (37,5 мг/сут в 1 прием) начата терапия Фламмегисом®. Фламмегис® дозировали стандартно из расчета 5 мг/кг внутривенно на одно введение с планом проведения трех инфузий для индукции ремиссии (0, 2, 6 недели) с последующим переходом на поддерживающую терапию и коррекцией базисного лечения. К настоящему времени выполнено 2 инфузии препарата (0 и 2 недели). При повторном поступлении для второго введения препарата активность процесса снизилась до легкой. Клиническая переносимость обеих инфузий была хорошей.

Вторая пациентка – девочка 13 лет 10 месяцев с ЯК. Длительность болезни более 5 лет. Масса тела 59,5 кг. Неоднократно проводилась индукция ремиссии системными стероидами (преднизолон), базисная терапия максимальными дозами месалазина и азатиоприна. При очередной госпитализации в декабре 2015 г. диагностирован токсико-аллергический (месалазин) интерстициальный нефрит с нарушением функции почек. Базисная терапия месалазином и азатиоприном была отменена. Назначена терапия интерстициального нефрита. При госпитализации через 1,5 месяца признаков клиничко-лабораторной активности интерстициального нефрита и нарушения функции почек не наблюдалось. При колоноскопии признаки тотального колита с множественными мелкими язвами, признаками микрокровоотечений из язвенных дефектов и выраженной контактной кровоточивостью, множественными псевдополипами. Гистологически отмечались признаки хронического активного колита с деструкцией крипт. Диагноз на начало терапии инфликсимабом: ЯК, тотальный, псевдополипоз толстого кишечника, рецидивирующее течение, умеренной степени активности. Начата терапия Фламмегисом® без индукции ремиссии преднизолоном и базисной терапии в силу наличия противопоказаний (токсико-аллергический лекарственный интерстициальный нефрит). Фламмегис® дозировали стандартно из расчета 5 мг/кг (300 мг на одно введение) с планом проведения трех инфузий для индукции ремиссии (0, 2, 6 недели) с последующим переходом на поддерживающую терапию. К настоящему времени выполнено 2 инфузии препарата (0 и 2 недели). При повторном поступлении для второй инфузии активность процесса снизилась до легкой. Переносимость обеих инфузий, как и у первого пациента, была хорошей.

В обоих случаях по данным оценки индексов активности ЯК и БК мы получили хорошую положительную динамику процесса уже через 2 недели от введения Фламмегиса®. Однако необходима оценка эффективности препарата по данным эндоскопического исследования. Контрольная эндоскопия запланирована после третьего введения инфликсимаба.

Выводы:

1. Наш первый опыт клинического использования инфликсимаба (Фламмэгис®) для индукции ремиссии у двух пациентов с ВЗК (ЯК, БК) свидетельствует о хорошей переносимости указанного биологического агента и эффективности его в виде снижения активности заболевания по индексам PUCAI и wPCDAI соответственно как на фоне базисной терапии, так и без нее.

2. Запланированный эндоскопический контроль после третьей инфузии инфликсимаба позволит оценить эндоскопическую динамику воспалительного процесса и сопоставить ее с установленной выше клинической эффективностью.

Список литературы:

1. Жерносек, В.Ф. Заболевания органов пищеварения у детей: учеб.-метод. пособие/ В.Ф. Жерносек, А.С. Почкайло, Т.П. Дюбокова. – Минск: БелМАПО, 2015. – 200 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ АЛФАРЕ НЬЮ В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА

Жерносек В.Ф.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра поликлинической педиатрии, Минск, Беларусь

Введение. В последние годы вопрос о диетотерапии аллергии к белкам коровьего молока у детей первого года жизни в отсутствии возможности грудного вскармливания однозначно решен в пользу формул на основе высокой степени гидролиза белков коровьего молока, а при их непереносимости - в пользу аминокислотных формул. При аллергическом поражении кишечника и вторичной лактазной недостаточности дополнительным требованием является отсутствие в формуле лактозы [1]. На рынке Республики Беларусь доступны высокогидролизные формулы различных производителей. Первой исторически на рынке появилась смесь Альфаре, которая в настоящее время представлена в виде усовершенствованной формулы Альфаре Нью. Обобщение собственного опыта применения этого продукта представляет практический интерес.

Цель исследования – обобщение опыта применения смеси Альфаре Нью в диетотерапии детей первого года жизни с атопическим дерматитом в сочетании с гастроинтестинальными проявлениями аллергии к белкам коровьего молока.

Объект и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 21 ребенок в возрасте 6-12 месяцев жизни с атопическим дерматитом, который сочетался с гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии, индуцированной белками коровьего молока. В исследование включены пациенты с индуцированными белками пищи аллергическим проктоколитом и энтероколитическим синдромом. Диагноз нозологии верифицировали по общепринятым критериям [2].

Аллергическую гиперчувствительность к белкам коровьего молока доказывали с учетом определения уровня аллерген-специфических IgE-антител в периферической крови с обязательной элиминационно-провокационной