

О.В. Щербакова

Республиканская детская клиническая больница, Москва

Применение комбинированной терапии с локальным введением инфликсимаба у ребенка с непрерывно рецидивирующей перианальной болезнью Крона

Контактная информация:

Щербакова Ольга Вячеславовна, детский хирург отделения хирургии № 1 (колопроктологии) Российской детской клинической больницы

Адрес: 117513, Москва, Ленинский проспект, д. 117, тел.: (495) 936-93-19, e-mail: olga-03@yandex.ru

Статья поступила: 22.04.2010 г., принята к печати: 26.07.2010 г.

117

Естественное течение болезни Крона носит прогрессирующий характер с переходом от преимущественно воспалительного заболевания в стенозирующие и пенетрирующие формы, приводящие к осложнениям — стриктурам и свищам.

Лечение детей с болезнью Крона, как впрочем и взрослых пациентов, очень сложное, индивидуальное. Особенности этой болезни накладывают свой отпечаток на течение послеоперационного периода и заставляют хирургов работать в тесном содружестве с гастроэнтерологами. Достичь успеха в хирургическом лечении болезни Крона путем однократного вмешательства удается крайне редко. Поэтому очень важным является не только оптимальный выбор метода и сроков хирургического вмешательства, но и назначение длительной противорецидивной терапии в послеоперационном периоде.

На клиническом примере резистентной пенетрирующей болезни Крона с перианальными поражениями представим эффективность биологической терапии в комбинации с хирургическим лечением и локальным введением инфликсимаба.

Девочка, 14 лет, впервые госпитализирована в Российскую детскую клиническую больницу в мае 2007 года с жалобами на гнойные выделения из пара-

ректального свища, периодически — приступы болей в животе и повторную рвоту. На момент поступления получала сульфасалазин 1 г/сутки.

Из анамнеза известно, что с января 2006 г. у девочки наблюдается фебрильное повышение температуры тела при отсутствии катаральных явлений. Обследована по месту жительства, проведено лечение по поводу хронического тонзиллита, микоплазменной инфекции (меглюмина акридонатацетатом). В апреле 2006 г. в области ануса появились кондиломатозные разрастания. В декабре 2006 г. установлен диагноз «острый гнойный парапроктит», в лечебном учреждении по месту жительства выполнена операция — вскрытие параректального абсцесса. В послеоперационном периоде сформировался параректальный свищ. С февраля по май 2007 г. отмечались три эпизода болей в животе, сопровождающихся многократной рвотой, жидким стулом до 5 раз в день без патологических примесей, однократным повышением температуры до фебрильных цифр. Пациентка получала симптоматическую терапию. По данным ирригграфии — толсто-тонкокишечный рефлюкс на протяжении 10 см. Был предположен диагноз: болезнь Крона, назначена противовоспалительная терапия — месалазин в дозе 2 г/сут.

O.V. Scherbakova

Republican Children's Clinical Hospital, Moscow

Use of combined therapy with localized administration of Infliximab in children with continuously recurrent perianal Crohn's disease



В отделении гастроэнтерологии РДКБ проведено обследование ребенка. На основании данных анамнеза, клинического осмотра и рентгено-эндоскопических исследований поставлен диагноз: «Болезнь Крона тонкой и толстой кишки, непрерывно рецидивирующее течение, медикаментозная ремиссия. Стриктуры подвздошной кишки. Параректальный свищ». Девочка была выписана с рекомендациями продолжения терапии месалазином, доза повышена до 3 г/сут, назначена ферментотерапия. В межгоспитальный период сохранялось гнойное отделяемое из свища, изредка отмечались приступы болей в животе, сопровождающиеся многократной рвотой в ночное время («старой» пищей в первой порции). Во время повторной госпитализации в РДКБ в октябре 2007 г. отмечалось скудное отхождение гнойного содержимого по свищу. Осмотрена детским хирургом отделения лазерной хирургии. В плановом порядке выполнена фотодеструкция параректального свища (фотовапоризация гелий-неоновым лазером). Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. При выписке рекомендованы месалазин в дозе 3 г/сут, ферменты, прокинетики, препараты железа. Через месяц после операции параректальный свищ рецидивировал. Третья госпитализация в отделение гастроэнтерологии РДКБ состоялась в феврале 2008 г. На фоне проводимого лечения сохранялись жалобы на скудное слизистое отделяемое из параректального свища, периодические боли в животе и вздутие живота. В весе прибавила 5 кг, выросла на 2 см. При обследовании было выявлено снижение уровня сывороточного железа до 5,9 мкмоль/л (норма — 9,0–22,0 мкмоль/л). Уровень иммуноглобулинов был в норме, СРБ — 2,57 мг/дл (норма 0–0,8 мг/дл). Выполнена фистулография: свищевой ход заканчивается слепо, протяженность в прямой проекции 8,6 см, максимальная ширина в дистальном отделе — 1,6 см; сообщения между свищом, прямой кишкой и мочевым пузырем не определяется (рис. 1). Девочка переведена в отделение колопроктологии РДКБ, где было произведено иссечение параректального свища с помощью монополярной электрокоагуляции. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, продолжена терапия месалазином, препаратом железа. С августа 2008 г. у девочки отмечались значительное снижение аппетита, потеря в весе (-2 кг за месяц), слабость, бледность кожных покровов, акроцианоз, появилось слизисто-гнойное отделяемое из свища (второй рецидив). Четвертый раз пациентка была госпитализирована в отделение гастроэнтерологии РДКБ в сентябре 2008 г. При

поступлении — жалобы на гнойное отделяемое из параректального свища, снижение аппетита и веса. При обследовании: в общем анализе крови отмечено уменьшение показателей MCV, MCH, MCHC; снижение уровня сывороточного железа до 4,1 мкмоль/л, повышение $\alpha 1$ и $\alpha 2$ -фракций глобулинов, повышение IgA (IgG — норма), повышение СРБ (3,83 мг/дл). Выполнена фистулография: рецидивировавший свищевой ход до 4 см длиной, сообщается с прямой кишкой (рис. 2). По данным УЗИ — увеличение печени за счет левой доли и I сегмента, в левом латеральном канале свободная жидкость 5 мм, мезентериальные лимфатические узлы в большом количестве, стенки нисходящего отдела толстой кишки утолщены до 5 мм. Проведена илеоколоноскопия: визуально органическая патология толстой кишки не выявлена, лимфофолликулярная гиперплазия слизистой оболочки подвздошной кишки. По данным гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки тонкой и толстой кишки имелись морфологические признаки хронического субатрофического энтерита с многочисленными лимфоэктазами; признаки хронического распространенного субатрофического малоактивного колита. Продолжено лечение месалазином (3 г/сут).

Девочка была переведена в отделение гастроэнтерологии НЦЗД РАМН (октябрь, 2008 г.) с целью проведения видеокапсульной эндоскопии. По результатам исследования — слизистая оболочка пищевода гиперемизирована в нижней трети; слизистая оболочка желудка диффузно гиперемизирована, с плоскими выбуханиями в антральных и фундальных отделах, перистальтическая активность удовлетворительная; в двенадцатиперстной кишке отмечалось сужение участка кишки за счет резкого отека и язвенного дефекта с геморрагическим компонентом, перистальтическая активность снижена; тощая кишка — сужение просвета за счет псевдополипов на гиперемизированном фоне; подвздошная кишка с множественными участками с эрозивно-язвенными дефектами, обуславливающими сужение просвета, перистальтическая активность снижена. Заключение: выраженный эрозивно-язвенный процесс на всем протяжении тонкой кишки с потенциальной угрозой кровотечения. После окончания исследования капсула не элиминировалась.

Девочка была переведена в отделение гастроэнтерологии РДКБ. На серии обзорных рентгенограмм брюшной полости и по данным пневмоирригографии — видеокапсула определялась в проекции правого крыла подвздошной кости (рис. 3). На 25-е сутки «стояния» видеокапсулы была

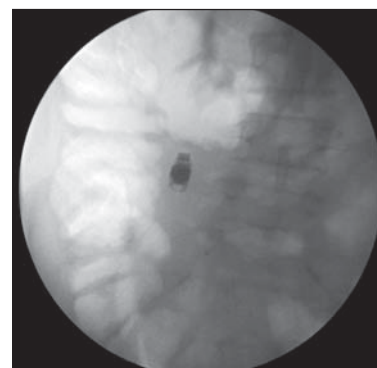
Рис. 1. Фистулография. Первый рецидив свища



Рис. 2. Фистулография. Второй рецидив свища



Рис. 3. Пневмоирригография. Видеокапсула в проекции подвздошной кишки





Ремикейд®
ИНФЛИКСИМАБ

ИЗМЕНЯЯ БУДУЩЕЕ



РЕМИКЕЙД® (инфликсимаб). Селективный иммунодепрессант. Регистрационный номер ЛС – П N012948/01-251209. Ремикейд® является химерным соединением на основе гибридных мышиных и человеческих IgG1 моноклональных антител. Ремикейд® обладает высоким аффинитетом к фактору некроза опухоли альфа (ФНО α), который представляет собой цитокин с широким биологическим действием, является посредником воспалительного ответа и участвует в реакциях иммунной системы. Показания к применению. Ревматоидный артрит; болезнь Крона у взрослых; болезнь Крона у детей и подростков; язвенный колит; анкилозирующий спондиллоартрит; псориазический артрит; псориаз. Противопоказания. Реакции повышенной чувствительности на инфликсимаб, другие экзотические белки, а также на любой из неактивных компонентов препарата. Тяжелый инфекционный процесс, например, сепсис, абсцесс, туберкулез или иная оппортунистическая инфекция. Сердечная недостаточность – тяжелая или средней степени тяжести. Беременность и грудное вскармливание. Возраст менее 18 лет. Способ применения и дозы. Лечение ревматоидного артрита: первоначальная разовая доза Ремикейда составляет 3 мг/кг. Лечение тяжелой или средней степени тяжести активной болезни Крона у взрослых: Ремикейд® вводят однократно в дозе 5 мг/кг. Лечение тяжелой или средней степени тяжести активной болезни Крона у детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет включительно: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Лечение язвенного колита: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. У некоторых пациентов может потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг для достижения эффекта от лечения. Лечение анкилозирующего спондиллоартрита: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Лечение псориазического артрита: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Лечение псориаза: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Препарат вводят внутривенно капельно в течение не менее 2х часов, со скоростью не более 2 мл/мин, с использованием инфузионной системы с встроенным стерильным апиерогенным фильтром, обладающим низкой белковосвязывающей активностью (размер пор не более 1,2 мкм). Общая продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом. До начала лечения Ремикейдом больного следует внимательно обследовать на предмет выявления как активного, так и латентного туберкулезного процесса. Обследование должно включать в себя тщательный сбор анамнеза, в том числе необходимо выяснить, имелось ли заболевание туберкулезом у больного в прошлом, были ли контакты с больными туберкулезом. Кроме того, необходимо оценить целесообразность проведения скрининг-тестов (рентгенологическое исследование грудной клетки, туберкулиновая проба). При этом следует учитывать, что у тяжелых больных и больных с иммуносупрессией может быть получена ложно-отрицательная туберкулиновая проба. При подозрении на активный туберкулезный процесс, лечение следует прекратить до установления диагноза и, при необходимости, проведения соответствующего лечения. При выявлении латентного туберкулеза следует принять меры, чтобы не допустить активизации процесса, а также следует оценить соотношение пользы/риска перед принятием решения о назначении Ремикейда этому больному. Введение Ремикейда должно осуществляться под наблюдением врачей, имеющих опыт диагностики и лечения ревматоидного артрита, анкилозирующего спондиллоартрита, псориазического артрита или воспалительных заболеваний кишечника. Препарат вводят внутривенно капельно в течение не менее 2х часов, со скоростью не более 2 мл/мин, с использованием инфузионной системы с встроенным стерильным апиерогенным фильтром, обладающим низкой белковосвязывающей активностью (размер пор не более 1,2 мкм). Особые указания. Ремикейд® при введении может вызывать развитие острых аллергических реакций (немедленного типа) и аллергических реакций замедленного типа. Время развития этих реакций различно. Острые инфузионные реакции могут развиваться немедленно или в течение нескольких часов после введения. Для раннего выявления возможной острой реакции на введение Ремикейда больного следует тщательно наблюдать во время и в течение как минимум 1-2 часов после инфузии препарата. При появлении острой инфузионной реакции введение препарата должно быть немедленно остановлено. Оборудование и медикаменты для экстренного лечения (адреналин, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, аппаратура для искусственной вентиляции легких) должны быть подготовлены заранее для немедленного применения в случае необходимости. Побочные явления, частые (<1:10 - >1:100): инфузионные реакции, боль в груди, повышенная утомляемость, лихорадка, крапивница, сыпь, зуд, повышенная потливость, сухость кожи, вирусная инфекция (грипп, герпес); реакции по типу сыпородной болезни, головная боль, вертиго, головокружение; приливы, инфекции дыхательных путей, синусит, одышка; боль в животе, диарея, тошнота, диспепсия; повышение печеночных трансаминаз. Нечастые (>1:1000 - <1:100): абсцесс, целлюлит, грибковая инфекция, сепсис, бактериальная инфекция, туберкулез, мейбомит (ячмень), синдром волчанки, аллергические реакции со стороны дыхательного тракта, анафилактические реакции, образование аутоантител, изменение фактора комплемента, анемия, лейкопения, лимфаденопатия, лимфопатоз, лимфопения, нейтропения, тромбоцитопения, депрессия, спутанность сознания, бессонница, амнезия, апатия, нервозность, сонливость, бессонница, обострение демиелинизирующего заболевания (т.ч. рассеянного склероза), конъюнктивит, эндофтальмит, кератоконъюнктивит, периферический отек, эхиноз/гемастома, гипертония, гипотония, обморок, петешии, тромбоз, брадикардия, сердцебиение, спазм сосудов, цианоз, нарушение периферического кровообращения, аритмия, нарастающая сердечная недостаточность, носовое кровотечение, бронхоспазм, плеврит, отек легких, запор, желудочно-пищеводный рефлюкс, хейлит, дивертикулит, нарушение функции печени, холецистит, грибковый дерматит/онихомикоз, экзема, себорей, буллезная сыпь, фурункулез, гиперкератоз, розовые угри, бородавки, нарушение пигментации кожи, алопеция, миалгия, артралгия, боль в спине, инфекция мочевыводящих путей, пиелонефрит, вагинит, отек, боль, озноб, замедленное заживление ран, реакции в месте инъекции, анафилактические реакции. Редкие (>1:10000 - <1:1000): менингит, тахикардия, выпот, плевральный стеноз или перфорация кишечника, желудочно-кишечное кровотечение, гепатит, образование гранулематозных очагов, оппортунистические инфекции (туберкулез, инфекция атипичной микобактерией, пневмоцистная пневмония, гистоплазмоз, коццидиомикоз, криптококкоз, аспергиллез, листериоз и кандидоз), анафилактический шок, сыпородная болезнь, васкулит, панциптопения, демиелинизирующее заболевание (рассеянный склероз, ретробулбарный неврит), синдром Гийена-Барре, нейротит, чувство онемения или покалывания, атипичные припадки, интерстициальный пневмонит/бронхит, панкреатит, васкулит (преимущественно кожный), гелит. Хранение и транспортировка. В недоступном для детей месте, при температуре от 2 до 8°C, не замораживать. Транспортировать при такой же температуре. Допускается транспортирование при температуре до 25°C в течение не более 48 часов. Срок годности – 3 года. Не использовать по истечении срока годности! Условия отпуска из аптек – по рецепту. Производитель: Селгекор Б.В., Эйндховен 101, 2333 СВ, Нидерланды. Примечание: По вопросам качества и побочного действия обращаться в ФГУН ГИСК им. Л.А. Тарасевича Роспотребнадзора по адресу: Москва 119002, пер. Свицкая-Вражек, д. 41, тел. (495) 241-39-22, факс (495) 241-92-38, или к представителю Производителя в России: ООО «Шеринг-Плау», часть MSD по адресу: Москва, 119049, ул. Шаболовка, 10 стр. 2, тел. (495) 916-71-00, факс (495) 916-70-94. Внимание! Полную информацию о препарате Ремикейд® смотрите в инструкции по применению, вложенной в упаковку.

За дополнительной информацией обращайтесь
в ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2
Тел.: (495) 916-71-00
Факс: (495) 916-70-94

SP-PR-REM-48-07-10





выполнена лапароскопия с извлечением инородного тела тонкой кишки через минидоступ. Послеоперационный период прошел без осложнений. Выписана с назначением Пентасы в дозе 4 г/сут.

В межгоспитальный период состояние ребенка оставалось стабильным до января 2009 г., когда появились жалобы на повышение температуры до фебрильной на фоне отсутствия катаральных явлений (в течение 2 недель), отмечались повышение СОЭ до 25 мм/ч и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Лихорадка купировалась на фоне приема ципрофлоксацина. В течение всего периода лихорадки отмечалось увеличение гнойного отделяемого из параректального свища, потеря в весе (-3 кг), появились жалобы на быструю утомляемость.

Девочка вновь была госпитализирована в отделение гастроэнтерологии РДКБ в феврале 2009 г. Отмечались снижение гемоглобина до 83 г/л, эритроцитов — до $3,9 \times 10^{12}/л$, повышение числа тромбоцитов до $752 \times 10^9/л$, увеличение СОЭ до 24 мм/ч, снижение MCV, MCH, MCHC; гипопроотеинемия (39 г/л) и гипоальбуминемия (19 г/л). На фоне проводимого лечения уровень общего белка в крови увеличился до 47,4 г/л, альбумина — до 22,8 г/л, СРБ составил 56,3 мг/л (норма 0–5). По УЗИ — увеличена левая доля печени без изменения структуры, мезентериальные лимфатические узлы увеличены до 13×8 мм, свободная жидкость между петлями кишечника — 10 мм, в малом тазу — 16 мм, в латеральных каналах — 12 мм. Проведена коррекция консервативной терапии — месалазин был отменен, назначена иммуносупрессивная терапия (преднизолон — 30 мг/сут, азатиоприн — 75 мг/сут), антибактериальная терапия (ципрофлоксацин + трихопол), местная — свечи с месалазином и микроклизма с гидрокортизоном. Учитывая подтвержденную ранее вторичную экссудативную энтеропатию, стойкость ее клинико-лабораторных проявлений, отсутствие значительного положительного ответа на терапию преднизолоном, решено провести пробное лечение октреотидом. После внутривенного капельного введения октреотида появились боли в животе, частый жидкий стул. Начато подкожное введение октреотида в дозе 50 мкг 3 раза в день. Уровень белка и альбумина сохранялся стабильно низким, выраженных отеков не было, периодически отмечалась пастозность лица, стул 1–2 раза в день, отделяемое из свища носило слизисто-гнойный характер. Учитывая отсутствие клинического и лабораторного улучшения на фоне терапии

преднизолоном в сочетании с азатиоприном в течение месяца, имела место гормонорезистентность заболевания. Решено начать программное лечение инфликсимабом (Ремикейдом) в дозе 5 мг/кг. Первое и второе введение (в марте и апреле 2009 г.) пациентка перенесла удовлетворительно.

В межгоспитальный период состояние ребенка оставалось стабильным. Отмечались жалобы на отеки верхних век и голеней во вторую половину дня; редкие боли в животе, локализованные в околопупочной области, купирующиеся самостоятельно. Нарушений стула не было.

При госпитализации в мае 2009 года местно отмечалось полное заживление наружного отверстия свища (рис. 4). В общем анализе крови — признаки железодефицитной анемии II степени. В биохимическом анализе крови — стойкая гипопроотеинемия (42 г/л), гипоальбуминемия; IgG снижен до 421 мг/дл (норма 700–1550), СРБ в норме. По данным УЗИ — несколько увеличена печень без изменения структуры, реактивные изменения поджелудочной железы, признаки дисметаболической нефропатии. Выполнена КТ органов брюшной полости: признаков наличия дополнительных образований, очаговых изменений в паренхиматозных органах не выявлено. Получала преднизолон 20 мг/сутки со снижением дозы, азатиоприн — 75 мг, инфликсимаб — 250 мг через 8 недель.

В межгоспитальный период параректальный свищ рецидивировал. Появились жалобы на метеоризм, «урчание в животе», скудное гнойное отделяемое из параректального свища. Сохранялись жалобы на умеренно выраженные отеки верхних век в течение дня. Выросла на 1 см, прибавила в весе 2 кг.

При очередной госпитализации в августе 2009 г. пациентке была проведена ректороманоскопия под наркозом. Эндоскоп был введен до средней трети сигмовидной кишки, слизистая оболочка осмотренных отделов — пестрая, отечная, тусклая, с единичными втяжениями; сосудистый рисунок смазан, неравномерный. Устье свища не визуализируется. После эндоскопического исследования под наркозом проведено ректальное исследование, осуществлен мануальный осмотр промежности и параректальной области, а затем — лигатурное дренирование свища (рис. 5). Продолжены внутривенные инфузии Ремикейда каждые 8 недель, в дозе 5 мг/кг. Отделяемого из свища не было в течение 4 месяцев, лигатурный дренаж фиксирован удовлетворительно.

В феврале 2010 г. пациентка поступила для продолжения программного лечения инфликсимабом. Жалобы на боли в перианальной области, гнойные выделения из свища. При осмотре — по левой полуокружности в области ануса имеется 2 свищевых отверстия диаметром около 1–2 мм, с лигатурным дренажом, без отделяемого и, дополнительно, на 1 см выше и кпереди определяется инфильтрат диаметром около 0,5 см. Выполнена МРТ малого таза и брюшной полости; заключение — параректальные свищи, выраженный спаечный процесс в брюшной полости, с МР признаками фиксации петель кишечника между собой и к передней брюшной стенке, застойным кишечным содержимым и признаками локальных инфильтративно-воспалительных изменений стенки кишки. Учитывая появление нового инфильтрата в перианальной области, терапия инфликсимабом была приостановлена.

Девочка была переведена в отделение колопроктологии РДКБ для оперативного лечения. 12 марта 2010 г. ей была сделана операция по наложению сигмостомы, иссечению и дренированию параректального свища (рис. 6).

Рис. 4. Заживление свища на фоне индукции Ремикейда



Рис. 5. Лигатурное дренирование свища





Рис. 6. Силиконовый дренаж в раневом канале



Рис. 7. Первая локальная инъекция Ремикейда



Рис. 8. Контрольный осмотр через 2 недели



Рис. 9. Третье локальное введение Ремикейда



Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная терапия (Роцефин, Метрогил, Нетромицин). Продолжена иммуносупрессивная терапия — азатиоприн (100 мг/сут). Опорожнялась по сигмостоме. Гистологическое исследование свищевого хода: МАКРОПРЕПАРАТ — прислан фрагмент мягких тканей неправильной формы, размерами $4,5 \times 3 \times 1,5$ см, серого цвета; на разрезах прослеживается точечный свищевой ход. МИКРОПРЕПАРАТ: в гистопрепаратах — фрагменты кожи с реактивными изменениями эпидермиса, выраженной смешанноклеточной воспалительной инфильтрацией в дерме и в подлежащих тканях. В мягких тканях определялись фрагменты свищевого хода без эпителиальной выстилки, в части препаратов в стенках свищевого хода — единичные эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием крупных многоядерных клеток. Через неделю после операции (19.03.2010) была выполнена перевязка под наркозом — произведена замена силиконового дренажа на меньший по диаметру; выполнена ректоскопия — достоверного сообщения раневого хода с прямой кишкой не получено. Во время второй перевязки под наркозом (23.03.2010) была выполнена ревизия раны с заменой дренажа на резиновый выпускник и локальная инъекция инфликсимаба (50 мг) в раневой ход, на всем протяжении (рис. 7). После перевязки проведена очередная внутривенная инфузия инфликсимаба (250 мг), без побочных эффектов. При контрольном осмотре (14.04.2010) — рецидива свища нет, ректальный осмотр и ревизия промежности патологии не выявили (рис. 8).

В мае и июле 2010 г. девочка госпитализировалась в отделение колопроктологии РДКБ для программного лечения инфликсимабом. В настоящее время жалоб не предъявляет. Опорожняется по сигмостоме. Инфильтративных и свищевых образований в области промежности не выявлено. Отмечается клиничко-лабораторная ремиссия. Параллельно с внутривенной инфузией инфликсимаба дважды проводилось локальное введение препарата в область послеоперационного рубца в параректальной области (рис. 9). Продолжает принимать азатиоприн (100 мг/сутки).

Заключение

У ребенка с непрерывно рецидивирующим течением перианальной формы болезни Крона, с гормонозависимостью и гормонорезистентностью многократные попытки хирургического лечения параректального свища, как впрочем и изолированного назначения инфузий инфликсимаба, не приносили желаемого результата. Лишь проведение комбинированной терапии с превентивно наложенной колостомой и первоочередной санацией промежности, с последующим продолжением антицитокиновой терапии, усиленной локальным введением Ремикейда, позволило добиться стойкой клиничко-лабораторной ремиссии.

Таким образом, у пациентов с болезнью Крона целесообразен комбинированный подход с соблюдением оптимальной поэтапной тактики — оперативное вмешательство с устранением воспалительного компонента и назначение биологической терапии в раннем послеоперационном периоде.