



Е. И. Сергиенко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Хронические воспалительные заболевания кишечника и вирусные инфекции

Вирусные инфекции представляют значительную проблему при лечении больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК). Пациенты с ХВЗК не получают плановых профилактических прививок в такой мере, как другие пациенты общей медицинской практики. Улучшение тактики ведения ХВЗК предусматривает контроль воспалительной активности заболевания препаратами базисной терапии и профилактику вирусных инфекций. Освещены рекомендации относительно проведения вакцинации против гриппа и герпетической инфекции больным ХВЗК, особенно тем, кто получает лечение иммуносупрессивными препаратами.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, вирусные инфекции, лечение, профилактика.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), к которым относят неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона (БК), представляют одну из наиболее сложных проблем в современной гастроэнтерологии. В Украине, как и в большинстве стран Европы, отмечается тенденция к увеличению численности больных данными заболеваниями. По данным Центра медицинской статистики Украины за 2014–2015 г. зарегистрирован рост показателей распространенности и заболеваемости ХВЗК: абсолютное количество новых случаев НЯК составило 179 (темп прироста – 15,1%), зарегистрировано 79 впервые выявленных пациентов с БК (темп прироста – 28,1%) [2]. И НЯК, и БК могут начаться в любом возрасте, но чаще всего – между 2-м и 3-м десятилетиями жизни. Заболеваниям свойственен упорный характер течения со склонностью к прогрессированию [2, 23]. При ХВЗК наблюдается не только тяжелое поражение кишечника, в патологический процесс вовлекаются и другие органы и системы, что снижает иммунологическую реактивность и неспецифическую резистентность организма больных и делает их более уязвимыми в отношении развития инфекционных заболеваний, в том числе ви-

русной этиологии. Согласно одной из концепций развитие ХВЗК связано с формированием у лиц с определенным генотипом иммунопатологического ответа на действие факторов внешней среды и/или инфекционного агента, в качестве которого могут выступать вирусы [1, 17].

Риск развития вирусных инфекций увеличивается у больных ХВЗК с пониженным питанием, после хирургических операций, особенно велик риск заболеть у лиц, которые длительно принимают иммуносупрессивные препараты [7, 10, 16]. Дополнительным фактором риска развития вирусных инфекций является возраст более 60 лет и юный (для детских инфекций) [4].

У больных ХВЗК наблюдается более серьезное течение вирусных инфекций. Заражение вирусными инфекциями больных ХВЗК увеличивает риск развития осложнений, которые трудно распознать, сложно лечить. Они увеличивают показатели смертности [13, 27].

Известно, что вирусы могут вызывать различные заболевания: болезни печени (вирусы гепатитов, цитомегаловирус), рак шейки матки (вирус папилломы человека), желтую лихорадку, энцефалиты и др. Некоторые вирусы (вирус гриппа, аденовирусы, вирусы герпеса) являются причиной массовых сезонных заболеваний и болезней, течение которых ухудшается в холодное время года.

Общепризнанным методом профилактики многих вирусных инфекций в экономически развитых странах является вакцинация. Однако, согласно результатам зарубежных исследований, больным ХВЗК вакцинацию проводят гораздо реже по сравнению с общей популяцией. Низкие показатели осуществления мероприятий иммунопрофилактики у больных ХВЗК обусловлены рядом причин, основными из которых являются сомнения пациентов и врачей по поводу безопасности вакцинации, отсутствие информации о целесообразности вакцинации данной категории пациентов, значительная стоимость либо отсутствие вакцин, недостаточное взаимодействие между врачами-гастроэнтерологами, которые курируют больных ХВЗК, и врачами общей практики-семейной медицины, которые реализуют программы иммунопрофилактики среди населения [4, 30].

Проведение мероприятий иммунопрофилактики в Украине регламентируется приказом МЗ № 551 от 11.08.2014 г. «Про удосконалення профілактичних щеплень в Україні», в котором не содержится указаний относительно вакцинации больных ХВЗК. Не найдено сведений об опыте проведения вакцинации у данной категории больных в отечественной медицинской литературе, что обуславливает актуальность изучения и освещения данной темы. В научных публикациях и рекомендациях экспертов ЕССО (European Crohn's and Colitis Organisation), посвященных состоянию проблемы вирусных инфекций у больных ХВЗК и возможностям их профилактики, отражены общие рекомендации по ведению таких пациентов. Подчеркивается, что на всех этапах курации больного ХВЗК врач должен помнить о возможном риске развития инфекционных заболеваний и осложнений. При опросе больного ХВЗК следует уточнять информацию об эпизодах простого герпеса, опоясывающего лишая, ветряной оспы в анамнезе, осуществленных и планируемых путешествиях в тропические страны. Обязательным является выяснение информации о наличии прививки к гепатиту В, кори и других и отображение ее в медицинской документации.

По мнению экспертов ЕССО, несмотря на то, что в основе развития ХВЗК лежат генетически обусловленные изменения иммунитета, больных НЯК и БК не следует автоматически причислять к иммуноскомпрометированным лицам. Чаще всего изменения иммунологической реактивности и неспецифической резистентности организма разной степени выраженности обуславливает медикаментозное лечение, поэтому

важным условием профилактики вирусных инфекций является осуществление контроля за воспалительной активностью основного заболевания путем проведения адекватной медикаментозной терапии с учетом стадии, локализации и характера течения заболевания [5, 21].

При обострении ХВЗК легкой и средней степени тяжести показано назначение месалазина в дозе 3,0–4,0 г. Терапевтические свойства месалазина (5-аминосалициловой кислоты) обусловлены в большей степени его местным действием на воспаленные участки кишечника, чем системным действием. В Украине наибольший спектр лекарственных форм месалазина (в гранулах, таблетках, свечах, клизмах) зарегистрирован фармацевтической компанией Dr. Falk Pharma в виде препарата «Салофальк». Применение месалазина («Салофальк») в виде свечей и клизм рекомендуют для лечения дистальных форм ХВЗК, когда воспалительный процесс ограничен прямой и сигмовидной кишкой, использование комбинации лекарственных форм месалазина («Салофальк» в гранулах или таблетках и «Салофальк» в свечах или клизмах) — для лечения воспалительного процесса большей протяженности, так как это обеспечивает более высокую концентрацию препарата в кишечнике и его клиническую эффективность. Наличие «Салофалька» в форме гранул 3,0 г позволяет обеспечить необходимую для подавления воспалительной активности дозу месалазина путем однократного приема. Для поддержания ремиссии НЯК и БК показано назначение месалазина («Салофальк») в дозе 1,5–2,0 г («Салофальк» в гранулах 1,5 г для приема 1 раз в сутки).

При средней и тяжелой степени тяжести ХВЗК показано назначение кортикостероидных гормонов: преднизолон в дозе 0,5–0,75 мг/кг массы тела. По достижении положительного клинического эффекта дозу постепенно снижают вплоть до полной отмены. Лечение с применением преднизолон в дозе 20 мг длительностью более 2 нед сопровождается умеренным снижением реакций иммунитета и неспецифической резистентности. Длительный прием системных кортикостероидов чаще сопровождается присоединением грибковой инфекции, возможно развитие вирусных заболеваний [27].

Уменьшить количество побочных эффектов позволяет применение топических стероидов (капсулы, ректальная пена). Для лечения БК илеоцекальной локализации в активной стадии рекомендуют назначение капсул будесонида («Буденофальк») — 9,0 мг и более. Для поддерживающей терапии НЯК и БК у гормонзависимых

мых лиц возможно применение капсул будесонида («Буденофальк») 3,0 мг. Появление в Украине топического стероида будесонида («Буденофальк») в виде пены для ректального применения во флаконе на 14 доз (2,0 мг) позволяет рекомендовать назначение данной формы кортикостероидного препарата для лечения НЯК и БК с поражением дистального отдела кишечника.

Для длительной поддерживающей терапии рекомендуют назначение препаратов месалазина (1,5–2,0 г) как менее нарушающих иммунные реакции.

Установлено, что чаще развитие вирусных инфекций наблюдается у больных, которые получают лечение иммунодепрессантами (азатиоприн, метотрексат и др.). Данную группу препаратов базисной терапии назначают больным ХВЗК при отсутствии ответа на лечение кортикостероидными препаратами [27].

Наиболее значительным иммуносупрессивным эффектом обладают препараты биотерапии, в частности содержащие моноклональные антитела к фактору некроза опухоли α (ФНО- α). Препараты биотерапии (инфликсимаб) назначают взрослым пациентам, страдающим тяжелой активной формой болезни ХВЗК, у которых отсутствует ответ на терапию кортикостероидами и/или иммунодепрессантами или данные препараты противопоказаны. Кроме того, инфликсимаб назначают взрослым пациентам с активной формой БК, которая сопровождается образованием фистул. Большинство исследователей считают, что профилактические прививки целесообразно проводить больным ХВЗК до начала лечения иммунодепрессантами и препаратами биотерапии [7, 8, 22].

Хронические воспалительные заболевания кишечника и грипп

Грипп – наиболее распространенное вирусное заболевание у взрослых: на долю гриппа и острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) приходится не менее 70 % от всех инфекционных заболеваний и не менее 60 % неотложных состояний, обусловленных данной патологией [20]. Согласно прогнозам МЗ Украины в эпидемический сезон 2017/2018 гг. ожидается увеличение количества заболевших на 14 % по сравнению с предыдущим сезоном, распространение вирусов следующих штаммов: вирус, подобный A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09; вирус, подобный A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2); вирус, подобный B/Brisbane/60/2008 (линия Victoria). Каждый из данных штаммов имеет свои особенности: грипп, вызываемый штаммом

A/H1N1, быстро развивается и может приводить к пневмонии, грипп типа A/H3N2 ранее не имел массового распространения в Украине, поэтому может вовлечь в эпидемический процесс большое количество людей; грипп типа B «Брисбен» характеризуется более благоприятным течением [3]. Больные с ХВЗК относятся к группе повышенного риска заболеваемости гриппом, особенно лица после оперативного лечения, со сниженным питанием, дефицитом макро- и микроэлементов [27, 29].

Известно, что течение ХВЗК, наряду с поражением пищеварительного тракта, может сопровождаться нарушением функции легких, возможно формирование бронхоэктазов, что делает больных более уязвимыми к заражению гриппом. Сообщают, что течение гриппа у больных ХВЗК сопровождается большим риском развития осложнений в виде пневмонии и угрозой смерти [4, 10]. В связи с этим ЕССО и некоторые другие агентства рекомендуют ежегодную вакцинацию против гриппа всем пациентам с ХВЗК, включая тех, кто лечится иммунодепрессантами [7, 21, 22, 29]. Однако результаты зарубежных исследований свидетельствуют о том, что врачи и больные ХВЗК недостаточно информированы о данных рекомендациях: наиболее распространенными причинами отказа от вакцинации являются недостаточная осведомленность (49 %), боязнь побочных эффектов (18 %), сомнения по поводу компромисса между рисками и преимуществами вакцинации у больных ХВЗК [20, 30].

Противогриппозная вакцина представлена в двух формах: инактивированная (для внутримышечного и внутрикожного введения) и живая (для интраназального введения). Эффективной стратегией профилактики у больных ХВЗК считается ежегодная вакцинация только тривалентно инактивированной вакциной (ТИВ). Последнюю применяют с 1940-х годов. Она может быть использована у детей в возрасте старше 6 мес. Введения живой вакцины у больных ХВЗК рекомендуют избегать [8, 21].

Результаты рандомизированных, плацебоконтролируемых исследований свидетельствуют об эффективности ТИВ у детей и взрослых в течение 70–90 % времени эпидемического сезона [6]. Однако у пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, ТИВ менее эффективна [7, 10].

Недавно проведенное исследование, посвященное анализу длительности серологического ответа после введения инактивированной противогриппозной вакцины больным ХВЗК, получавшим инфликсимаб, показало, что он составляет 45–80 % времени эпидемического сезона.

По мнению большинства авторов, вакцинацию предпочтительнее проводить до начала лечения препаратами биотерапии [7].

Согласно приказу МЗ Украины от 11.08.2014 г. № 551 прививка от гриппа не является обязательной и рекомендована по эпидемическим показаниям. Вакцинацию можно проводить на протяжении всего сезона, но наиболее эффективно ее проведение до начала увеличения заболеваемости гриппом. Состав вакцин ежегодно изменяется в зависимости от штамма вируса гриппа, который приходит в наше полушарие (прогноз составляет ВОЗ). Для иммунизации населения в Украине в эпидемический сезон 2017/2018 гг. одобрено применение двух вакцин: «Ваксигрипп» производства Санофи Пастер С. А. (Франция) «Инфлувак» производства Абботт Биолоджикалз Б. В. (Нидерланды). Пациентов с острыми лихорадочными заболеваниями нельзя вакцинировать до тех пор, пока их симптомы не будут устранены. Вакцины против гриппа не следует назначать лицам, у которых имела место анафилактическая реакция на предыдущую вакцинацию, лицам с известной гиперчувствительностью к яйцам, которая проявляется в виде отека рта и горла, гипотонии, затрудненного дыхания или шока [22, 29].

Наиболее частым побочным эффектом, ассоциированным с введением инактивированной вакцины, является болезненность и покраснение в месте укола. Развитие симптомов системного характера, таких как лихорадка, артралгия и недомогание, наблюдается гораздо реже и обычно у лиц, которых вакцинируют впервые [6]. Имеются данные об обострении ХВЗК после проведения вакцинации ТИВ [18]. Сообщают о развитии редкого неврологического заболевания — синдрома Гийена — Барре у одного пациента из 100 тыс. вакцинированных против свиного гриппа [25]. Другие исследователи не обнаружили связи между вакцинацией против гриппа и развитием синдрома Гийена — Барре [14, 15]. Наблюдали случай пареза тройничного нерва после вакцинации ТИВ [24]. По мнению большинства экспертов, потенциальные выгоды от вакцинации против гриппа относительно предотвращения серьезных заболеваний, госпитализации и смерти перевешивают риск, связанный с введением вакцины [8, 21, 22].

При заражении и появлении симптомов гриппа тактика ведения больных заключается в проведении базисной терапии ХВЗК (месалазин, кортикостероидные препараты, иммунодепрессанты, препараты биотерапии), этиотропной противовирусной терапии (осельтамивир, зана-

мивир, перамивир), направленной на снижение репродукции вируса, и симптоматической терапии, предусматривающей обеспечение респираторной поддержки и профилактику осложнений.

Хронические воспалительные заболевания кишечника и герпесвирусная инфекция

Для пациентов с ХВЗК имеет особое значение вирус *varicella zoster*, который у детей является причиной ветряной оспы, а у взрослых может провоцировать развитие опоясывающего лишая. У лиц с нарушениями иммунитета может наблюдаться системное распространение инфекции *varicella zoster* с развитием гепатита, пневмонии и/или энцефалита [12]. Показано, что у больных ХВЗК высокий риск данного заболевания, особенно у пациентов с ослабленным иммунитетом вследствие длительной иммуносупрессивной терапии [27]. Среди больных ХВЗК были зарегистрированы фатальные исходы ветряной оспы [12]. Поэтому врачу следует выяснить у больного ХВЗК данные анамнеза относительно инфекции ветряной оспы, при сомнительной информации провести серологическую диагностику антител к вирусу. Пациентам, не имеющим иммунитета к данной инфекции, следует проводить вакцинацию двумя дозами вакцины против ветряной оспы. Если больной ХВЗК недавно получал иммуносупрессивные препараты, то вакцинацию следует начинать не менее чем через 3 мес после окончания их приема; если больному планируется проведение иммуносупрессивной терапии, то вакцинацию рекомендуют проводить за 4–6 нед до ее начала. Рекомендуется вакцинировать пациента с ХВЗК, который принимает иммуносупрессивные препараты [17, 19].

Хронические воспалительные заболевания кишечника и herpes zoster. Развитие опоясывающего лишая (*herpes zoster*) связано с реактивацией вируса ветряной оспы. Заболевание обычно развивается у взрослых в возрасте 60 лет и старше. Больные ХВЗК подвергаются повышенному риску развития опоясывающего герпеса, поскольку у них наблюдается реактивация вируса ветряной оспы в более раннем возрасте по сравнению с общей популяцией [9, 11]. Заболевание проявляется сыпью на коже, локализованной в отдельном дерматоме. Течение заболевания сопровождается развитием большого количества осложнений: у 10–20 % пациентов наблюдается постгерпетическая невралгия, возможно появление конъюнктивита, увеита, кератита, что затрудняет диагностику и лечение в связи со сход-

ством клинических симптомов с внекишечными проявлениями ХВЗК. Рекомендуют проводить вакцинацию против герпеса для взрослых в возрасте 60 лет, но консенсус относительно того, когда начинать вакцинацию у пациентов с ХВЗК, не достигнут. Некоторые врачи рекомендуют вакцинацию против герпеса для всех пациентов ХВЗК в возрасте старше 50 лет. Как и в случае ветряной оспы, бытовые контакты пациентов ХВЗК, которые получают лечение иммуносупрессантами, следует обезопасить путем вакцинации членов семьи.

Согласно данным центров по контролю и профилактике заболеваний, можно безопасно вакцинировать пациентов с низкой дозой иммуносупрессии (принимающих метотрексат, азатиоприн, 6-меркаптопурин) [19]. В настоящее время проводятся исследования безопасности введения вакцины против герпеса у пациентов с анти-ФНО терапией, но четкие рекомендации пока не разработаны [25].

Инфекция, обусловленная вирусами простого герпеса (ВПГ) не является противопоказанием к иммуносупрессивной терапии, поэтому не обязательно проводить ее скрининг до начала лечения [21].

У пациентов с активно рецидивирующей инфекцией ВПГ (оральной или половых органов) одновременно с базисной терапией ХВЗК назначают антивирусную терапию («Герпевир», ацикловир) [21]. Если есть клинические подозрения о герпетическом колите, проводят определение вируса методом полимеразной цепной реакции либо его гистохимическое определение, иммуносупрес-

сивную терапию временно прекращают [21].

Хронические воспалительные заболевания кишечника и вирус Эпштейна — Барр

Больным ХВЗК следует обязательно проводить скрининг вируса Эпштейна — Барр до лечения иммуносупрессорами. Рекомендуют проведение базисной терапии ХВЗК и симптоматическое лечение симптомов мононуклеоза. При клинических проявлениях мононуклеоза во время приема больными ХВЗК иммуносупрессивных препаратов их следует отменить и провести антивирусную терапию [21]. Следует помнить о таких профилактических мероприятиях, как ограничение физической нагрузки. Показано избегать приема ацетилсалициловой кислоты, чтобы избежать развития синдрома Рея. У лиц с угрозой осложнений рекомендуют курс антивирусной терапии (ацикловир, валацикловир, пемцикловир, фамцикловир) дополнительно к базисной терапии ХВЗК.

Выводы

Больные ХВЗК, особенно получающие иммуносупрессивную терапию, имеют бóльший риск развития гриппа и герпесвирусных инфекций. Вирусные инфекции у больных ХВЗК протекают тяжелее, чаще приводят к развитию осложнений, что обуславливает необходимость проведения тщательного контроля воспалительной активности ХВЗК путем базисного медикаментозного лечения в сочетании с препаратами этиотропной антивирусной терапии. Перспективным

Статья опубликована при поддержке представительства компании «Альпен Фарма АГ» в Украине.

Список литературы

1. Дорофеев А.Е., Харченко Н.В., Руденко М.М. та ін. Особливості генетичного профілю пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника в Україні та тактика їх ведення // Сучасна гастроентерологія. — 2017. — № 1 (93). — С. 22—29.
2. Рекомендации Европейского регионального бюро ВОЗ по вакцинации против гриппа в зимний сезон 2017/2018 гг. (сентябрь 2017 г.).
3. Степанов Ю. М., Скирда И. Ю., Петишко О. П. Хронические воспалительные заболевания кишечника: особенности эпидемиологии в Украине // Гастроентерологія. — 2017. — № 2. — С. 98—105.
4. Banaszkiwicz A., Klinczewicz B., Łazowska-Przeorek I. et al. Influenza vaccination coverage in children with inflammatory bowel disease // Influenza Other Respir Viruses. — 2014. — N 8 (N 4). — P. 431—435.
5. Burger D., Travis S. Conventional medical management of inflammatory bowel disease // Gastroenterol. — 2011. — Vol. 140 (N 6). — P. 1827—1837.
6. Bridges C. B., Thompson W. W., Meltzer M. I. et al. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: A randomized controlled trial // JAMA. — 2000. — N 284. — P. 655—663.
7. De Bruyn J., Fonseca K., Ghosh S. et al. Immunogenicity of influenza vaccine for patients with inflammatory bowel disease on maintenance infliximab therapy: a randomized trial // Inflamm. Bowel Dis. — 2016. — Vol. 22 (3), N 6. — P. 38—647.
8. Farraye F.A., Melmed G.Y., Lichtenshtein G.R. et al. ACG Clinical Guideline: Preventive Care in Inflammatory Bowel Disease // Am. J. Gastroenterol. — 2017. — Vol. 112, N 2. — P. 241—258.
9. Fatahzadeh M., Schwartz R.A. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management // J. Am. Acad. Dermatol. — 2007. — Vol. 57, N 5. — P. 737—763.
10. Gelinck L.B., van der Bijl A.E., Beyer W.E. et al. The effect of antitumor necrosis factor alpha treatment on the antibody response to influenza vaccination // Ann. Rheum. Dis. — 2008. — N 67. — P. 13—16.
11. Gupta G., Lautenbach E., Lewis J.D. Incidence and risk factors for herpes zoster among patients with inflammatory bowel disease // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2006. — Vol. 4 (12), N 1. — P. 1483—1490.

12. Ham M., Cullen G., Cheifetz A.S. Varicella zoster virus infection in patients with inflammatory bowel disease // *Gastroenterol. Hepatol. (NY)*. — 2013. — Vol. 9 (1), N 5. — P. 6—58.
13. Hutfless S.M., Weng X., Liu L. et al. Mortality by medication use among patients with inflammatory bowel disease, 1996—2003 // *Gastroenterol.* — 2007. — N 133. — P. 1779—1786.
14. Juurlink D.N., Stukel T.A., Kwong J. et al. Guillain-Barre syndrome after influenza vaccination in adults: A population-based study // *Arch. Intern. Med.* — 2006. — N 1662. — P. 217—221.
15. Kaplan J.E., Katona P., Hurtwitz E.S. et al. Guillain-Barre syndrome in the United States, 1979—1980 and 1980—1981. Lack of an association with influenza vaccination // *JAMA*. — 1982. — N 248. — P. 698—700.
16. Kim D.H., Cheon J.H. Pathogenesis of inflammatory bowel disease and recent advances in biologic therapies // *Immune Netw.* — 2017. — Vol. 17 (1), N 2. — P. 5—40.
17. Kotton C.N. Nailing down the shingles in IBD // *Inflam. Bowel Dis.* — 2007. — Vol. 13, 9. — P. 1178—1179.
18. Kwan O.S., Park Y.S., Choi J.H. et al. A case of ulcerative colitis relapsed by influenza vaccination // *Korean J. Gastroenterol.* — 2007. — N 49. — P. 327—330.
19. Marin M., Güris D., Chaves S.S. et al. Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // *MMWR Recomm. Rep.* — 2007. — Vol. 56 (RR-4). — P. 1—40.
20. Melmed G.Y., Ippoliti A.F., Papadakis K.A. et al. Patients with inflammatory bowel disease are at risk for vaccine-preventable illnesses // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — N 101. — P. 1834—1840.
21. Rahier J.F., Ben-Horin S., Chowers Y. et al. on behalf of the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease // *JCC*. — 2009. — N 34. — P. 7—91.
22. Reich J., Wasan S., Farraye F.A. Vaccinating patients with inflammatory bowel disease // *Gastroenterol. Hepatol.* — 2016. — Vol. 12, N 9. — P. 540—546.
23. Rocchi A., Benchimol E.I., Bernstein C.N. et al. Inflammatory bowel disease: a Canadian burden of illness // *Can. J. Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 26, N 11. — P. 811—817.
24. Rouby F., Kheloufi F., Micallef J. Third nerve palsy after influenza vaccination in inflammatory bowel disease (IBD) // *Therapie*. — 2017. — Vol. 72, N 6. — P. 95—697.
25. Safety and effectiveness study of the live zoster vaccine in anti-TNF users (VERVE) [August 16, 2016]. *Clinical Trials.gov*. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02538757> Identifier: NCT02538757.
26. Schonberger L.B., Bregman D.J., Sullivan-Bolyai J.Z. et al. Guillain-Barre syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976—1977 // *Am. J. Epidemiol.* — 1979. — N 1101. — P. 5—23.
27. Toruner M., Loftus E.V. Jr, Harmsen W.S. et al. Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease // *Gastroenterol.* — 2008. — N 1349. — P. 29—36.
28. Tsai S.Y., Yang T.Y., Lin C.L. et al. Increased risk of varicella zoster virus infection in inflammatory bowel disease in an Asian population: a nationwide population-based cohort study // *Int. J. Clin. Pract.* — 2015. — Vol. 69, N 2. — P. 228—234.
29. Wasan S.K., Baker S.E., Skolnik P.R., Farraye F.A. A practical guide to vaccinating the inflammatory bowel disease patient // *Am. J. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 105, N 6. — P. 1231—1238.
30. Wilckens V., Kannengiesser K., Hoxhold K. et al. The immunization status of patients with IBD is alarmingly poor before the introduction of specific guidelines // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2011. — N 46. — P. 855—861.

О. І. Сергієнко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Хронічні запальні захворювання кишечника та вірусні інфекції

Вірусні інфекції становлять значну проблему при лікуванні хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК). Пацієнти з ХЗЗК не отримують планових профілактичних щеплень такою мірою, як інші пацієнти загальної медичної практики. Поліпшення тактики ведення ХЗЗК передбачає контроль запальної активності захворювання препаратами базисної терапії та профілактику вірусних інфекцій. Висвітлено рекомендації щодо проведення вакцинації проти грипу та герпетичної інфекції хворим на ХЗЗК, особливо тим, хто отримує лікування імуносупресивними препаратами.

Ключові слова: хронічні запальні захворювання кишечника, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, вірусні інфекції, лікування, профілактика.

E. I. Sergienko

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Chronic inflammatory bowel disease and viral infections

Viral infections is a key safety concern in the treatment of patients with chronic inflammatory bowel disease (IBD). Patients with chronic inflammatory bowel disease do not receive routine preventative care at the same rate as other patients of general medical. The improvement of the tactics of IBD management involves control of the disease inflammatory activity with the controller medications and prevention of viral infections. The author highlights the recommendations for vaccination against influenza and herpetic infection in patients with IBD, especially those receiving treatment with immunosuppressive drugs.

Key words: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, viral infections, treatment, preventive care. □

Контактна інформація

Сергієнко Олена Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри гастроентерології
E-mail: sergienko@i.ua

Стаття надійшла до редакції 4 грудня 2017 р.