

RU **Комментарии к Европейским рекомендациям по IgG4-ассоциированным гастроэнтерологическим заболеваниям****Н. Б. Губергриц**

Многопрофильная клиника «Инто-Сана», Одесса, Украина

Ключевые слова: IgG4-ассоциированное заболевание, гастроэнтерологические проявления, сывороточные биомаркеры, аутоиммунный панкреатит 1-го типа, IgG4-ассоциированный холангит, злокачественные новообразования, глюкокортикоиды, иммуносупрессанты

Общая цель комментариев — подчеркнуть особо значимые аспекты диагностики и лечения иммуноглобулин G4 (IgG4)-ассоциированных гастроэнтерологических заболеваний (IgG4-АГЗ), изложенные в европейских рекомендациях. Согласно положениям руководства, подтверждение диагноза IgG4-АГЗ только на основании определения сывороточной концентрации IgG4 невозможно; диагностика этой патологии базируется на комплексной оценке результатов серологических и визуализирующих исследований, гистологического и иммуногистохимического исследований, оценке поражения других органов и эффективности терапии системными глюкокортикоидами. Медикаментозное лечение с применением пероральных глюкокортикоидов показано симптоматическим пациентам (обструктивная желтуха, абдоминальная боль, панкреатическая боль, поражение печени, желчевыводящих протоков, пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки), а также бессимптомным больным со стойким холестазом на фоне IgG4-ассоциированного холангита, при наличии объемного образования по данным визуализирующих исследований, с целью исключения злокачественной неоплазии. Типичная стартовая доза глюкокортикоидов составляет 0,6–0,8 мг/кг/сут или 30–40 мг/сут эквивалента преднизолона; прием этой дозы стероида продолжают перорально в течение 1 месяца с целью индукции ремиссии. Впоследствии начинают плавное снижение дозы глюкокортикоидов в течение 3–6 месяцев. Оценку эффективности первоначальной терапии глюкокортикоидами проводят на 2–4-й неделе приема стероидов на основании комплексного анализа физикальных данных и результатов биохимических, инструментальных и гистологических исследований. Системное течение заболевания с полиорганным поражением или развитие рецидивов предполагает применение поддерживающих доз глюкокортикоидов.

В случае отсутствия изменений в активности заболевания на протяжении трех месяцев терапии, в том числе на фоне снижения дозы глюкокортикоидов или после их отмены, предусматривается назначение иммуносупрессивных препаратов (ритуксимаба) с целью поддержания ремиссии.

EN **Comments on the European guideline on IgG4-related digestive disease****N. B. Gubergrits**

“Into-Sana” Multifield Clinic, Odessa, Ukraine

Key words: IgG4-related disease, gastrointestinal manifestations, serum biomarkers, autoimmune pancreatitis type 1, IgG4-related cholangitis, malignant neoplasms, glucocorticoids, immunosuppressants

The main aim of the comments is to point out the most significant aspects of diagnosis and treatment of immunoglobulin G4 (IgG4)-related gastrointestinal diseases (IgG4-AGD), as described in European guidelines. According to the guidelines, measuring the amount of IgG4 in the serum cannot be used to confirm a diagnosis of IgG4-AGD on its own. The diagnosis of this pathology is based on a comprehensive assessment of serological and imaging studies, histological and immunohistochemical studies, the assessment of other organs' damage, and the effectiveness of systemic glucocorticoids. Oral glucocorticoids are administered for symptomatic patients (obstructive jaundice, abdominal pain, pancreatic pain, liver, bile duct, esophagus, stomach, small and large intestine lesions), as well as asymptomatic patients with persistent cholestasis against the background of IgG4-related cholangitis and the presence of a mass lesion according to imaging studies to exclude malignant neoplasia. A typical starting dose of glucocorticoids is 0.6–0.8 mg/kg/day, or 30–40 mg/day of prednisolone equivalent. This dose of steroid should be administered orally for one month to induce remission. Subsequently, a gradual decrease in the dose of glucocorticoids begins over 3–6 months. Evaluation of the effectiveness of initial therapy with glucocorticoids is carried out after 2–4 weeks of taking steroids based on a comprehensive analysis of physical data and the results of biochemical, instrumental, and histological studies. The systemic course of the disease, with multiple organ damage or relapses, suggests the use of glucocorticoid maintenance doses. If there are no changes in the course of the disease after three months of treatment, even if the dose of glucocorticoids is reduced or the drug is withdrawn, immunosuppressive drugs (rituximab) are prescribed to keep the disease in remission.