



*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса*  
**VI Всероссийская научно-практическая конференция с  
международным участием**  
**«Зимняя школа воспалительных заболеваний кишечника»**

**Клинический случай развития множественных  
флеботромбозов у пациентки с болезнью Крона и  
сопутствующими нарушениями гемокоагуляции на фоне  
терапии системными глюкокортикостероидами**

*Стамболцян Венера Шаеновна ординатор 2 года  
Пушкина Анна Васильевна ассистент кафедры  
Попова Елена Александровна врач-гастроэнтеролог  
Авалуева Елена Борисовна д.м.н., профессор кафедры*

**Санкт-Петербург  
21 февраля 2023 г.**

Пациентка Д. 62 г.

## Anamnesis morbi



Хронический геморрой

->

болезнь Крона

**Декабрь 2018 г.**

- Впервые гематохезия
- Стул 1 р/д, тип 4 по БШФК

**PPC: Хронический комбинированный геморрой 1-2 степени**

**Местная терапия:**

ректальные суппозитории-> «+» эффект

**Октябрь 2020 г.**

**ВКС:** Эрозивный колит с сегментарным поражением слепой, восходящей и прямой кишки. Гистологии не представлено.

**Ds:** Болезнь Крона, колит.

**Терапия:** 5 АСК (per os 3 г/сут, per rectum 1 г/сут).

Амбулаторное наблюдение с подбором терапии 5 АСК

**Апрель 2021 г.**

- Абдоминальный болевой синдром
- Диарея (стул до 6 раз/сутки, 4-5 тип по БШ)
- Артралгии в тазобедренных, коленных суставах

**Терапия:**

Будесонид 9 мг/сут (по схеме)+5АСК (per os 3 г/сут)

**Июнь-Июль 2021 г.**

- Диарея (стул до 3-4 раз/сутки, 4-5 тип по БШ, с примесью крови и слизи)
- Тенезмы до 3-4 раз/сутки
- Боль в области ануса (при дефекации)

Участие в клиническом исследовании (12 недель): свободные молекулы (per os таб.) + 5 АСК (per os 3 г/сут, per rectum 1 г/сут).

- Абдоминальный болевой синдром (7-8 баллов по ВАШ)
- Диарея до 5 раз в сутки, гематохезия

**ВКС:** Тотальное поражение толстой кишки (от **печеночного изгиба до прямой кишки** эрозии и мелкие язвы).

**Гистология:** ВЗК, болезнь Крона? тотальное поражение обострение.

**Терапия:** Преднизолон (в/в -> перорально, доза?)  
Азатиоприн, препараты 5 АСК (per os), антибактериальная терапия, спазмолитики -> «+» эффект.

17.05.22 г.

**Острая боль в правой нижней конечности, отечность, гиперемия**



Рисунок взят с интернет ресурса

**Дуплексное сканирование вен нижних конечностей:**

**Окклюзивный тромбоз подколенной вены справа и слева, ЗББВ, суральных вен справа, МБВ с двух сторон без реканализации и признаков флотации тромбов.**

Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей-без патологии.

**Терапия:** низкомолекулярные гепарины (**эноксапарин натрия 0,8 мл 2 раза/сутки подкожно**)

**Контрольное исследование:**  
Полная реканализация подколенной вены слева и реканализации ЗББВ справа до 50%. Окклюзивный тромбоз МБВ слева, суральных вен справа без реканализации.



Окклюзивный тромбоз подколенной вены

**Выписана с рекомендациями:**

- Наблюдение хирурга, гастроэнтеролога по месту жительства
- Продолжение приема ГКС 60 мг/сут до полной отмены
- 5 АСК (per os 3 г/сут, per rectum 4 г/сут)
- Азатиоприн 100 мг/сут
- Р-р эноксапарин натрия 0,8 мл 1 раза в сутки, подкожно п/к под наблюдением хирурга амбулаторно с коррекцией сроков лечения
- Таб. Детралекс 1000 мг/сут, курсы по 2 месяца 2 раза в год

Пациентка Д. 62  
г.

Выраженная слабость, эпизод  
потери сознания

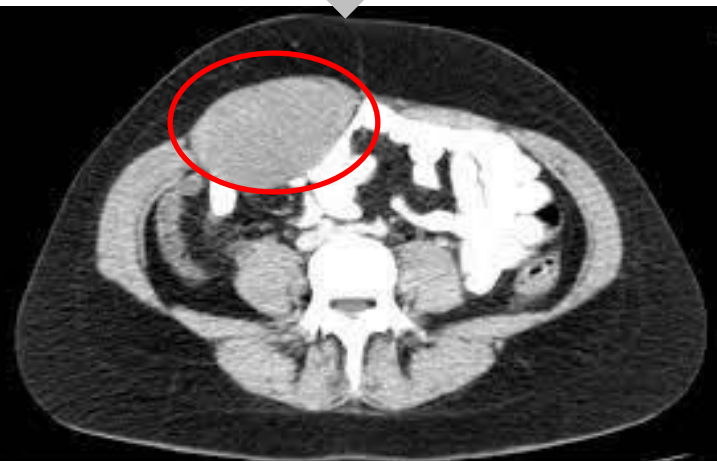


Рисунок взят с интернет ресурса (e-Anatomy — анатомия и медицинская визуализация <https://www.imaios.com/ru/e-anatomy>)

11.06.22г. КТ ОБП и забрюшинного пространства: Гематома прямой мышцы живота справа с признаками продолжающегося кровоизлияния из мелких вен, внутрибрюшная гематома (V-1027 мл). Гиповаскулярные очаги левой доли печени (мелкие интрапаренхиматозные кровоизлияния? Асцит.

## Экстренная госпитализация в хирургическое отделение Елизаветинской больницы (10.06.22 г.-18.07.22 г.)

**Лапаротомия.** Санация брюшной полости, остановка **кровотечения из тканей передней брюшной стенки**, дренирование, тампонирование гематомы

Дренирование гематомы малого таза под контролем УЗИ-датчиков

**Тотальное нагноение п/о раны с формированием эвентрации**  
**Релапаротомия и устранение эвентрации, некрэктомия краев раны**, санация и дренирование, тампонирование **нагноившейся гематомы**

Антибактериальная терапия, антигипертензивная терапия, антикоагулянты, трамадол.

*Ds: Медикаментозная коагулопатия. Обширная предбрюшинная гематома с продолжающимся кровотечением и тканей передней брюшной стенки. Гемоперитонеум. Тотальное нагноение п/о раны с формированием эвентрации.*

**Рекомендации при выписке:**  
Ривароксабан 30 мг/сутки 1 месяц, далее коррекция под контролем сосудистого хирурга  
Эластическая компрессия 2 класса

Отмена ГКС (45 мг/сут)  
Отмена АЗА на период госпитализации с последующим возобновлением приема

**Консультация гематолога**  
Генетическое типирование данных за наследственную тромбофилию не выявило, **обнаружены полиморфизмы генов (F1 455G/A, FXIII G/T...)** популяционные риски снижения активности фибринолитической системы и нарушений метаболизма гомоцистеина. Уровень гомоцистеина-норма. Скрининг на антифосфолипидный синдром-патологии не выявлено.



Пациентка Д. 62 г.

## Госпитализация в отделение гастроэнтерологии клиники Петра Великого (02.2023 г.)

### Жалобы:

- Периодическая боль в области послеоперационных рубцов на животе, преимущественно в вечернее время, возникает и усиливается при смене положения тела, без иррадиации, проходит самостоятельно в покое
- Периодически метеоризм, флатуленция
- Онемение в правой нижней конечности, усиливается при ходьбе и длительном сидячем положении
- Периодически боль в коленных суставах (без деформации и наружных признаков воспаления)

УЗИ ОБП с обзором

### кишечника:

Эхопризнаки изменений левых отделов толстой кишки по типу воспалительных.

### МР-энтерография:

Данных за изменения тонкой кишки не получено.

**ВКС:** Болезнь Крона, ремиссия.

### Anamnesis vitae

**Образование:** высшее (экономист)

**Наследственность:** отягощена по сердечно-сосудистой патологии

**Гинекологические заболевания:**

Б-4; Р-2; 1- Выкидыш ПОНРП (1982 г.); 1-внематочная беременность (1985 г.)

### Объективно:

ИМТ 25,5 кг/м<sup>2</sup>.

Живот ассиметричный, пупок не визуализируется, рубцы не ровной формы. При поверхностной пальпации мягкий, трудно доступен в зоне рубцов. Печень, селезенка не пальпируются.



### Рекомендации при выписке:

- Азатиоприн 150 мг/сутки
- Ривароксабан (ксарелто) 20 мг/сутки (под контролем сосудистого хирурга)
- Месалазин (Салофальк, Кансалазин или аналоги) 2 г/сутки длительно
- Обработка области послеоперационного рубца антисептическими растворами (хлоргекидин, бетадин)
- Наблюдение в Северо-Западном центре ВЗК
- Контроль клинико-биохимических показателей крови, фекального кальпротектина через месяц, контроль уровня гомоцистеина 1 раз в 3 месяца
- Контроль ВКС с выполнением биопсии через 6 месяцев
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки, УЗДГ вен нижних конечностей в плановом порядке через 3,6 месяцев

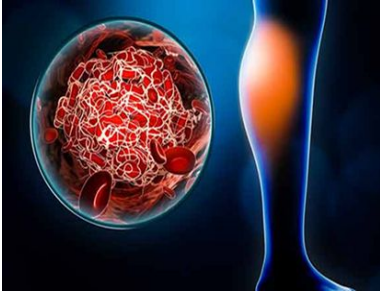
**Основной:** Болезнь Крона, колит, воспалительная форма, хроническое рецидивирующее течение, клиническая ремиссия (CDAI 128 баллов), эндоскопическая активность SES CD 6 баллов (11.2022 г.). Терапия азатиоприном с 07.2022 г.

Внекишечные проявления: периферическая артропатия.

**Сопутствующий:** Неокклюзионный берцово-подколенный флеботромбоз слева (04.2022 г.) с формированием шунтирующего кровотока по БПВ и ГБВ (11.22г.). Окклюзионный берцово-подколенный флеботромбоз справа (04.2022г.) с полной реканализацией (11.2022г.). ХВН 1ст. Медикаментозная коагулопатия (06.2022г.), осложненная обширной предбрюшинной гематомой с продолжающим кровотечением и тканей передней брюшной стенки.

Гемоперитонеум. Релапаротомия и устранение эвентрации, некрэктомия краев раны (30.06.2022 г.). Дренаживание гематомы малого таза (23.06.2022 г.). Лигатурные свищи послеоперационного рубца передней брюшной стенки. Послеоперационная вентральная грыжа. Зубчатая аденома толстой кишки (полипэктомия, 08.2021 г.). Гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия контролируемая, риск ССО 3.

# Венозные тромбоземболические осложнения (ВТЭО) у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК)



У пациентов с **ВЗК** (n=55 496) **риск ТВГ в 2-3 раза** > по сравнению с общей популяцией (n=549 176) контрольных пациентов (Fumery M. et al, 2014 г., Olivera, P.A.,2021)

По данным исследования Parau P. (2013) среди пациентов с ВЗК (n=2811) у **5,6%** (n=157) **ВТЭО: 90,4 % – Тромбоз глубоких вен нижних конечностей + Тромбоэмболия легочной артерии**, другой локализации **9,6 %: тромбоз церебральных венозных синусов, церебральных вен, портальных, брыжеечных, сезеночных вен**

**Рецидив** того же типа ВТЭО и той же локализации (n=27; 69,2%).

**ВТЭО относятся к жизнеугрожающим осложнениям**

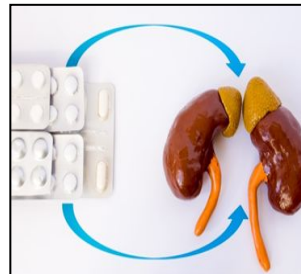
## Взаимосвязь ВЗК и ВТЭО

Дисбаланс между прокоагулянтными и антикоагулянтными механизмами (в том числе наследственные и приобретенные тромбофилии)

По данным мета-анализа (Sarlos, P, 2018 г.) проанализировано 40 083 пациентов с ВЗК, среди которых у 2 861 (7,13%) выявлено ВТЭО. Наблюдался значительно **более высокий уровень ВТЭО у пациентов, получавших кортикостероиды**, чем у пациентов без стероидных препаратов.



Тромбопрофилактика  
ка  
**Польза/Риск**



В отечественных клинических рекомендациях по ведению пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона нет информации о профилактике и лечении ВТЭО. Оценка **индивидуального** протромботического риска.

**Профилактику ВТЭО** с использованием антикоагулянтов следует проводить как минимум у следующих категорий остро заболевших нехирургических больных: госпитализированных с выраженной сердечной недостаточностью или тяжелым заболеванием легких с дыхательной недостаточностью, а также вынужденных соблюдать постельный режим и в дополнение имеющих как минимум один из следующих факторов риска ВТЭО: активное злокачественное новообразование, ВТЭО в анамнезе, сепсис, острое неврологическое заболевание, **воспалительные заболевания кишечника**.

Дополнительное указание на целесообразность профилактики — возраст старше 40 лет.

Профилактика при **путешествиях на дальние расстояния** (компрессионный трикотаж)

**Коррекция дефицита витаминов** (В6, В12 и фолиевой кислоты, особенно при терапии метотрексатом и сульфасалазином)

Рос. клин. рек. по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоземболических осложнений (ВТЭО)//Флебология. – 2015.Т. 9.№ 4–2. С. 1–52

Harbord Met al.; The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. J Crohn's Colitis. 2016;10(3):239–54.