

**Самарский  
государственный  
медицинский  
университет**



## **«Клинический пример по ВЗК. Долгий путь к лечению.»**

Н.С. Язенок - к.м.н., М.В. Лысова, Е.А. Дарюхина, З.З. Минина, В.А. Краюшкина,  
О.В. Никитина.

Самара, 2023

Женщина, 39 лет

Анамнез заболевания:

2012г –геморроидэктомия по поводу обострения хронического геморроя после родов

2012г - иссечение анальной трещины и анальных сосочков

2012 - 2015г - лечение у хирургов по поводу рецидивирующей анальной трещины

2015г - появление свища периаанальной области, хирургическое вмешательство по поводу свища

2015г – иссечение анальной трещины и анальных сосочков

ФКС в 2015г - патологии не выявлено. Осмотр до купола слепой кишки.

ФКС с осмотром терминального отдела толстой кишки -2016г выраженные афтозные изменения на слизистой толстой кишки и области баугиниевой заслонки, псевдополипы прямой кишки. Морфология не исследовалась.

**С 2016г выставлен диагноз Болезнь Крона, не исключался НЯК.**

**Фекальный кальпротектин 885 мкг/кг Начала лечение месалазином в гранулах + в свечах в течении 6 месяцев. Данную терапию отменила самостоятельно из-за второй беременности .**

- Июнь 2018г – нарушение стула в виде чередования поносов до 5 раз в сутки и нормального стула, примесь крови в кале, боли в области ануса. Обратилась на консультацию к гастроэнтерологу повторно.
- ФКС 2018г - эрозивно-язвенный баугинит.
- Гистологическое заключение: картина может соответствовать эрозивному илеоколиту. Изменения не противоречат болезни Крона.
- Анализ крови на pANCA – 2 нормы повышение , ASCA – 5 норм повышение

По результатам проведенного обследования и диф.диагностики :

подтверждена болезнь Крона с поражением терминального отдела подвздошной кишки и толстого кишечника с перианальными поражениями.

Получала лечение:

азатиоприн 2 мг на 1 кг веса /150 мг/сут + фолиевая кислота,

буденофальк 9 мг/сут с последующим снижением до 3-х месяцев.

На фоне терапии положительная динамика – урежение частоты стула, отсутствие патологических примесей в кале, отсутствие болевого синдрома в области ануса.

- Октябрь 2019г –госпитализация в гастроотделение. По результатам обследования картина эрозивно-язвенного баугинита. Осмотрена колопроктологом – рекомендовано продолжить консервативное лечение геморроя. Продолжено лечение: азатиоприн 150 мг/сут, буденофальк 9 мг/сут с последующим снижением до 6 мг/сут, месалазин (пентаса) 3 гр в сутки.
- Январь 2021г стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении. ФКС – рубцово-воспалительная деформация баугиновой заслонки, очаговый катаральный сигмоидит. Рубцовая умеренная деформация анального канала. Гистология: хронический неспецифический выраженный высокоактивный эрозивный колит. Коррекция терапии - азатиоприн 150 мг/сут, буденофальк 9 мг/сут.

МР-энтерография 2021. Заключение: Регионарный энтерит (Болезнь Крона) илеоцекального клапана с реактивным энтероколитом и лимфоаденопатией брыжейки тонкой кишки.

- Февраль 2022г - проведена геморроидэктомия. Жалобы уменьшились на короткое время.
- Май 2022г повторная госпитализация в гастроотделение. Усиление стенозирования, сохранение язвенных дефектов по фкс. Диагноз подтвержден гистологически.

## Диагноз 2022г:

- Основное: Болезнь Крона, стриктурирующий фенотип (стеноз в области баугиниевой заслонки), илеоколит с вовлечением купола слепой кишки, с поражением прямой кишки, хроническое непрерывное течение, средне-тяжелая атака. Стероидорезистентность.
- Осложнения: Рецидивирующая анальная трещина , свищ в перианальной области, пластика 2005г, 2015г, геморроидэктомия в 2012г, 2022г. Стеноз анального канала.
- Сопутствующие: ГЭРБ. Катаральный эзофагит. Недостаточность кардии. Хронический гастродуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Долихосигма. Дивертикул толстой кишки без дивертикулита.

Течение болезни в разные периоды времени осложнялось острой анальной трещиной, свищом перианальной области, пластикой в 2005г, 2015г, геморроидэктомией 2012г, 2022г.

Сохраняющиеся изменения при эндоскопическом исследовании и по данным осмотра проктолога свидетельствует об активности основного заболевания, несмотря на проводимую терапию месалазином, топическими стероидами и цитостатиками.

Пациентка по жизненным показаниям нуждается в инициации ГИБТ.

## ВЫВОДЫ:

В данном клиническом примере отсроченность в постановке диагноза и назначении своевременного лечения на 4 года была связана с отсутствием полного обследования при первичных признаках заболевания (перианальные поражения):

- Фкс с заходом за баугиниеву заслонку с биопсией
- Мр-энтерография
- Фекальный кальпротектин
- Аутоиммунные антитела

Данный клинический случай ярко демонстрирует трудность постановки диагноза и долгий путь к базовой терапии болезни Крона. Отсутствие настороженности по диагнозу. Иллюстрирует прогрессию заболевания, приводящую к назначению биологической терапии.