



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



**Демонстрация тяжелого течения болезни Крона на двойной
иммуносупрессивной терапии**

Стамболцян Венера Шаеновна, ординатор 2 года
Каретников Максим Николаевич, ординатор 2 года
Оганезова Инна Андреевна д.м.н., профессор кафедры
Попова Елена Александровна, врач-гастроэнтеролог

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

Anamnesis morbi I

За 3 года до диагноза:
Эпизоды схваткообразной боли в околопупочной и правой подвздошной областях без нарушения стула.

Болевой абдоминальный синдром->

УЗИ ОБП (20.09.22 г): Утолщение стенки подвздошной кишки до 8-10 мм.

ВКС (07.09.22 г): Сужение баугиниевой заслонки (0,4 см), язвенный дефект с формированием стриктуры. Афты в области слепой, восходящей ободочной кишки.

Лабораторно (13.09.22г):
Hb 116 г/л;
СРБ 1,78 мг/л;
ФК >800 мкг/г.

Август 2022 г.

5 Октября 2022 г.

ВКС (07.10.22г): Язвенный баугинит. Колит умеренной степени выраженности.

Терапия: Буденофальк 9 мг/сут (самостоятельная отмена через 2 суток-появление боли в животе); 5 АСК 2 г/сут (per os).

Выраженный болевой абдоминальный синдром, гематохезия-> экстренная госпитализация в стационар. Исключены ОКИ, туберкулез.

20 Октября 2022 г.

Ds: Болезнь Крона, илеоколит, стриктурирующая форма, среднетяжелая атака.

Терапия: ГКС (60 мг/сут, отмена с 04.01.2023 г). АЗА 100 мг (2 мг/кг/сут); 5-АСК 3 г/сут (per os).

Болевой синдром, гематохезии купированы, сохраняется дискомфорт в правой подвздошной области.

Ноябрь 2022 г.

• Консультация в центре ВЗК.
Ds: Болезнь Крона, илеоколит, стриктурирующая форма.
Рекомендовано: Продолжить консервативную терапию.

• Консультация в кабинете ВЗК.
Ds: Болезнь Крона, терминальный илеит, стриктурирующая форма.
Рекомендовано: Оперативное лечение.

Консультация гастроэнтеролога: ВЗК?

Anamnesis morbi II

Инициация адалимумаба (80 мг/в неделю) +АЗА-> клиническая ремиссия.

Декабрь
2022 г.

Плановая госпитализация в клинику Петра Великого

Январь
2023 г.

Жалобы при поступлении:

- Стул 1 раз в 2 дня 4 типа по БШ без патологических примесей;
- Болевого абдоминального синдрома нет;
- Вес стабильный, внекишечных проявлений нет.

Оценка нутритивного статуса

Фактическая масса тела – 46,5 кг

Рост – 172 см

ИМТ = 15,9 кг/м²

Биоимпедансометрия от 12.01.2023 г.:

- Жировая масса – 10,29 кг (22,47% от МТ)
- Безжировая масса – 35,51 кг (77,53% от МТ)
- АКМ – 23,8 кг (при N на идеальную массу тела 28,5)
- СКМ – 6,1 кг (при N на идеальную массу тела 7,3)

Заключение: Белково-энергетическая недостаточность II степени (ИМТ = 15,9 кг/м²)

Оценка психоэмоционального статуса

- *Опросник HADS:* Субклинически выраженная тревога (8 баллов).
 - *Опросник Айзенка:* Темперамент-меланхолик.
- Высокий уровень нейротизма (14 б).
- *Шкала проявлений тревоги (J.Taylor):* Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности.



КТ ОБП с контрастом (Израиль, 11.12.22 г):

Утолщение дистальной части подвздошной кишки, суженный просвет, энтеро-энтеральная фистула между пораженной частью к петлям подвздошной кишки.

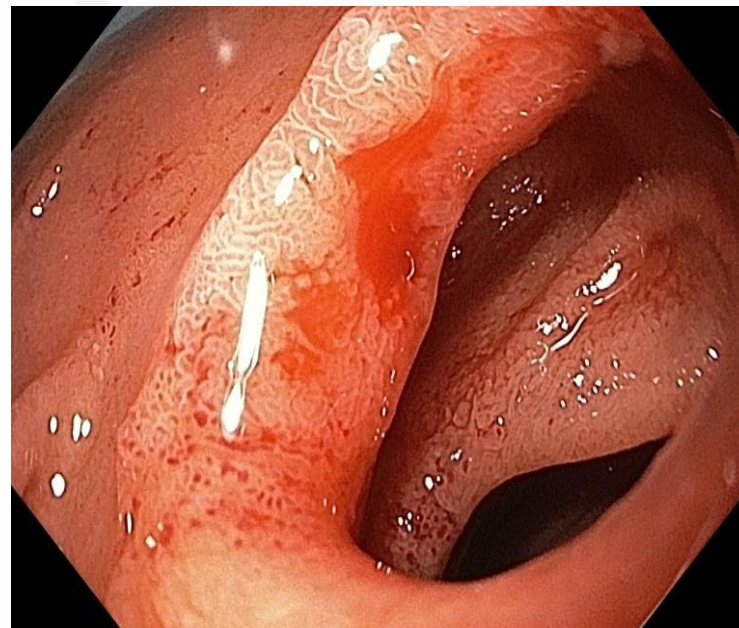


Ds: Болезнь Крона, илеоколит, стриктурирующая форма, острое течение. CDAI 76б. SES CD 5б.
Терапия АЗА с 20.10.22г. Терапия адалимумабом с 20.12.2022 г. **Осложнение:** Формирующийся стеноз терминального отдела подвздошной кишки, субкомпенсация (11.2022г). БЭН II степени.

ФКС (13.01.23 г): Болезнь Крона. Ремиссия. Воспалительно-рубцовая стриктура баугиниевой заслонки. **Гистология:** Хронический неактивный колит без нозологической принадлежности.



ЭГДС (13.01.23г): Рубцовая деформация 12ПК. **Гистология:** Хронический активный пептический дуоденит.

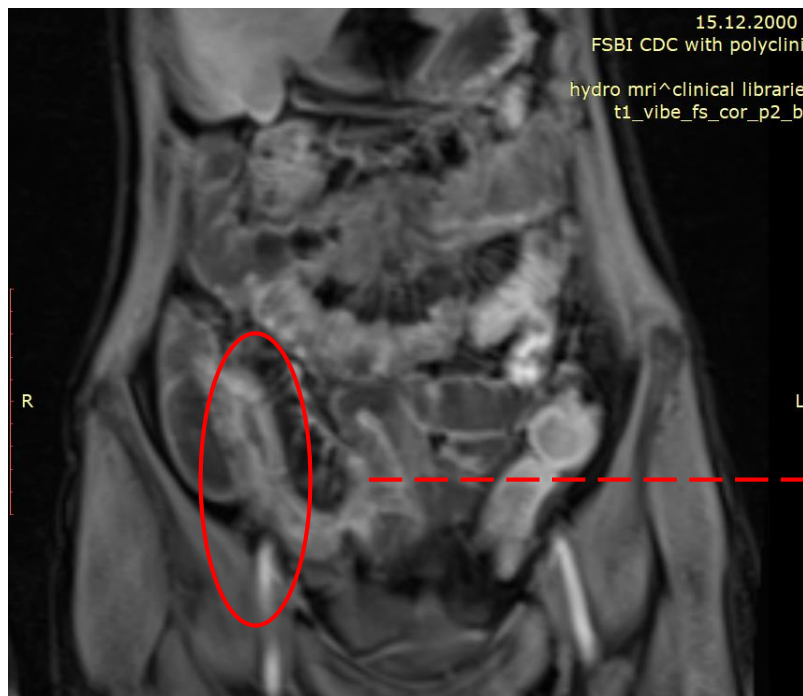


УЗИ ОБП (12.01.2023 г.): Изменения стенки терминального отдела подвздошной кишки по типу воспалительных (утолщение до 7-10 мм), инфильтрации клетчатки, увеличения регионарных лимфоузлов.

Лабораторно: СОЭ, СРБ - в пределах референсных значений; общий белок 48 мг/л.

МР-энтерография для динамической оценки стеноза и воспалительных изменений тонкой кишки





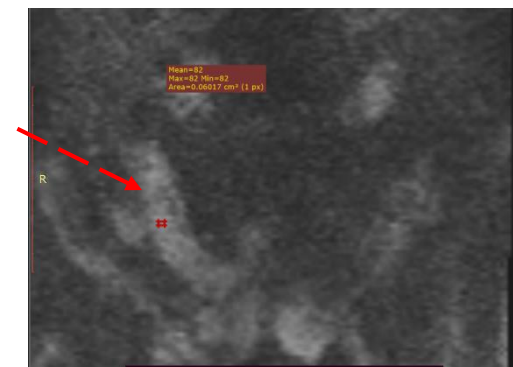
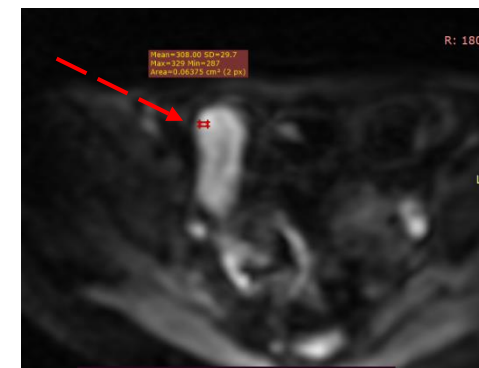
МР-энтерография (02.11.2022г.):

На протяжении 23 см утолщение стенки подвздошной кишки до 9 мм. Умеренно выраженное престенотическое расширение непораженных петель подвздошной кишки. Просвет кишки в обл. баугиниевой заслонки не прослеживается. Нельзя исключить формирование фиброзных изменений в стенке.



МР-энтерография (17.01.2023 г.):

Утолщение стенки дистальной и терминальной петель подвздошной кишки, протяженное стойкое сужение просвета кишки (фиброзного характера). Престенотическое расширение просвета до 24 мм. Нельзя исключить наличие свищевого хода в дистальных отделах подвздошной кишки.



Повышение коэффициента диффузии- один из признаков нарастания воспалительных изменений

***В динамике:** Повышение накопления контраста стенкой подвздошной кишки- признак нарастания воспалительных изменений.*

Основной: Болезнь Крона, тяжелое течение, илеоколит, стриктурирующая форма с локализацией стриктуры в терминальном отделе подвздошной кишки (до 18мм) в сочетании с функционирующим межкишечным энтеро-энтеральным свищом, клиническая ремиссия (CDAI 76 б), эндоскопический ответ SES CD 3 балла (01.2023г) на терапии азатиоприном (с 10.22г), адалимумабом (с 20.12.2022г.).

Сопутствующий: Язвенная болезнь ДПК, рубцовая деформация ДПК, Нр-статус неизвестен.

Осложнения: Белково-энергетическая недостаточность II степени (ИМТ = 15,9 кг/м²) смешанного генеза.

Рекомендации при выписке

- Азатиоприн 100 мг/сутки под контролем биохимических показателей;
- Продолжить ГИБТ (адалимумаб) 40 мг п/к каждые 14 дней;
- Таб. Месалазин 2000 мг/сутки длительно (per os) (профилактика колоректального рака);
- Умеренная гиперпротеиновая гиперкалорийная диета (рекомендации даны);
- Увеличение энергетической ценности рациона до 2000 ккал/сут (величина основного обмена в расчете на фактическую массу тела = 1261 ккал; должный расход энергии = 1804 ккал/сутки);
- Энтеральная смесь типа Модулен 75 г/сутки методом сипинга, курс 1 месяц с дальнейшей оценкой нутритивного статуса и уровня общего белка крови.
- Контроль биохимических показателей, маркеров СВО.

**Факторы, отягощающие течение болезни Крона
(на примере пациентки Ш.)**



- Поражение перианальной области
- ✓ Стенозирующая и пенетрирующая формы
- ✓ Возраст до 40 лет на момент постановки диагноза
- ✓ Локализация в подвздошной кишке
- Поражение верхних отделов ЖКТ
- ✓ Использование ГКС при первом выявлении болезни Крона
- Послеоперационные осложнения в анамнезе