



ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Трудности на пути к ремиссии ВЗК: клинический случай.



Авторы :

Киракосян Т.А., ординатор 2 года обучения

Кононова А.А., Егорова Т.А., лечащие врачи

Гутман Е.В., заведующий отделением гастроэнтерологии ЛОКБ

Журавлева М.С., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней,

гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

“Зимняя школа воспалительных заболеваний кишечника”

Санкт-Петербург, 27.02.2024 г

Пациентка З., 56 лет (1968 г.р.)



Жалобы:

- Боль и скованность в шейном отделе позвоночника воспалительного характера (ВАШ до 6-7 баллов),
- Боль в мелких суставах кистей и голеностопных суставах,
- Утренняя скованность суставов кистей,
- Псориатические высыпания на пальцах рук,
- Отделяемое по илеостоме 6-7 типа по Бристольской шкале, без видимых патологических примесей, объемом 800 мл в сутки,
- Общая слабость.

Anamnesis vitae:

- Перенесенные и сопутствующие заболевания: Псориатический артрит (принимает Эторикоксиб 90мг/сут)
- Эпидемиологический анамнез: не отягощен.
- Гинекологический анамнез: Менопауза с 39 лет
- Аллергологический анамнез: Ампициллин, Мовипреп, Фортранс (крапивница)
- Оперативные вмешательства: Кесарево сечение в 1988 г, тотальная колпроктэктомия, илеостомия от 12.10.2023 г.

Пациентка З., 56 лет (1968 г.р.)

Anamnesis morbi (1)

Трудность 1:
Гормональная зависимость.

Ухудшение самочувствия
с 1990-х гг

Впервые отметила появление примеси крови в стуле, учащение стула до 6 раз в сутки.

Была госпитализирована в больницу имени С.П. Боткина, острые кишечные вирусные и бактериальные инфекции исключены.

ВКС: Язвенный колит, гистологическое заключение не предоставлено.

Терапия: препараты 5-АСК (Месалазин) per os - с положительным эффектом.

Февраль 2021 г.
госпитализация в
Всеволожскую КМБ

Ухудшение самочувствия: Учащение стула до 20-30 раз в сутки со значительной примесью крови.

Гемограмма: Hb 90 г/л, MCV 75 фл, PLT $350 \cdot 10^9$ /л, WBC $8,0 \cdot 10^9$ /л

ВКС: Множественные мелкие и крупные язвы (0,3-0,7 см) в сигмовидной и прямой кишке.

ВЭГДС: Язвы пищевода от 0,5x0,3 до 0,5x1,0см. Болезнь Крона ?

Терапия: Салофальк 3 г/сут per os, без улучшения самочувствия

Апрель 2021 г.
Госпитализация в
ГБУЗ ЛОКБ

ВЭГДС: эрозивно-язвенного поражения верхних отделов ЖКТ не выявлено. **Гистологическая картина:** Хронический гастрит с выраженным воспалительным компонентом и кишечной метаплазией без атипии, выявлен *Helicobacter pylori*.

ВКС: Язвенный колит с поражением прямой и сигмовидной кишки.

Гистологическое заключение: язвенный колит с высокой воспалительной активностью.

МР-энтерография с двойным контрастированием: признаков воспалительных изменений тонкой кишки не выявлено. **УЗИ ОБП** – без патологии.



Иницирована терапия для индукции ремиссии язвенного колита:

Преднизолон в/в, затем per os + комбинированная терапия препаратами 5-АСК

!! На фоне снижения дозы преднизолона отмечалось учащение стула с примесью кровью, появился суставный синдром, в связи с чем **с апреля 2021 г. по март 2022 г самостоятельно продолжала прием преднизолона.**

Пациентка 3., 56 лет (1968 г.р.)

Anamnesis morbi (2)

**Трудность 2:
Высокая активность ВЗК.**

12.09.2022 г.

Консультация в Северо-Западном
центре ВЗК

С 28.09.2023 по 12.10.2023 г
госпитализация в ГБУЗ ЛОКБ

С 07.03.2022 по 07.04.2022 г
госпитализация в ГБУЗ ЛОКБ
для определения дальнейшей
тактики лечения:

В связи с неэффективностью ведолизумаба
рекомендована смена ГИБП на препарат анти-ФНО
(**Инфликсимаб**) 400 мг в/в каждые 8 недель +
Системные ГК 1 мг/кг с постепенным снижением до
полной отмены + Азатиоприн.

Положительная динамика, но возобновились
гематохезия, абдоминальная боль, артралгии суставов
кистей.

ВКС (ноябрь 2022 г): Осмотр до ректосигмоидного
соединения на 25 см от ануса. Просвет сужен за счет
отека, рубцовых изменений, слизистая отёчная, с
множественными микроабсцессами.

**Состояние расценено как неполный ответа на
инфликсимаб. Сокращен интервал введения
инфликсимаба до 1 р в 6 недель.**

Последнее введение Инфликсимаба 16.08.23г

ВЭГДС: без патологии.

ВКС: От печеночного изгиба ободочной кишки
определяется гиперемия, отечность, внутрислизистые
кровоизлияния, отсутствуют гаустрация и сосудистый
рисунок. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой
кишки с множественными микроабсцессами.

КТ ОБП с контрастированием: картина колита,
замедленная эвакуация кишечного содержимого,
скопление жидкостного содержимого в полости малого
таза, «шнуровидное» скопление, тянущееся от
стенки сигмовидной кишки до передней брюшной
стенки (свищ?).

Самочувствие без улучшения, выраженная гематохезия, боль в животе,
постепенное снижение массы тела на 15 кг. Кишечные инфекции исключены.

Наблюдаются признаки СВО (СРБ 15,0), гипохромная анемия средней тяжести.

**В связи с высокой активностью ВЗК принято решение о хирургическом
лечении.**

ВКС: Эрозивно-язвенные
воспалительные изменения
слизистой оболочки толстой
кишки с максимальными
проявлениями в прямой кишке
и нижней трети сигмовидной

к и

С целью преодоления стероидозависимости инициирована
ГИБТ: **Ведолизумаб** 300 мг в/в с 06.04.2022 г. по сентябрь
2022 г. без положительной клинической динамики.

Преднизолон постепенно отменен.

Возникли псориатические высыпания на пальцах рук.

Консультация ревматолога Ds: Псориатический артрит,
Инициирована терапия: **Эторикоксиб 90мг/сут).**

Пациентка З., 56 лет (1968 г.р.)

Anamnesis morbi (3)

Трудность 3: Дифференциальная диагностика ЯК и колита Крона.

12.10.2023 г.

Тотальная колпроктэктомия, илеостомия.

**Гистологическое исследование
послеоперационного материала:**

Архитектоника крипт нарушена, в просветах части крипт некротический детрит. Собственная пластинка слизистой диффузно инфильтрирована лимфоцитами, плазмócитами и нейтрофилами, очаговые скопления гранулоцитов с формированием абсцессов и глубоких щелевидных язв до средней трети мышечной пластинки слизистой. Подслизистая основа отечная, полнокровная, диффузно инфильтрирована лимфоцитами. Мышечная оболочка утолщена, пространства между гладкомышечными волокнами расширены за счет лимфоплазмóцитарного инфильтрата. Морфологическая картина соответствует **болезни Крона.**



Послеоперационный материал: стенка ректосигмоидного отдела кишки с фиброзными изменениями.



Послеоперационный материал: ректосигмоидный отдел кишки с зоной стриктуры, выраженной кровоточивостью слизистой.

Диагноз пересмотрен: Болезнь Крона, пенетрирующая форма с формированием кишечно-кожного свища, стриктуры ректосигмоидного отдела, высокая эндоскопическая активность.

Пациентка З., 56 лет (1968 г.р.)

январь - февраль 2024 г.

Трудность 4: Выбор оптимального ГИБП пациентке с БК и псориатическим артритом

Объективные данные:

- Рост: 164 см, Вес: 50 кг, ИМТ:18.59 кг/м²
- Единичные псориатические высыпания на пальцах кистей.
- В правой подвздошной области илеостома без признаков воспаления.
- Живот вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.



Клинический анализ крови

Эритроциты $4.81 \cdot 10^{12}$ г/л
Гемоглобин 106 г/л (N120-140)
Гематокрит 34.2 %
Тромбоциты 10.5 fL (N6-10)
СОЭ 30 мм/ч (N 2-15)

Коагулограмма

Фибриноген >4.50 г/л
Б/х анализ крови
Общий белок 61.70 г/л (N65-85)
СРБ 6.80 мг/л (N 0-5)
Фолиевая кислота 2.70 нг/мл (N3.10-20.50)

МР-энтерография: Достоверных МР-данных за воспалительные изменения тонкой кишки не выявлено.

В!

Учитывая анамнез неэффективности ведолизумаба и инфликсимаба как для ВЗК, так и для суставного синдрома, для дальнейшей противовоспалительной терапии и торможения прогрессирующего структурного повреждения суставов выбран селективный иммунодепрессант ингибитор JAK-1 **Упадацитиниб.**

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Болезнь Крона, колит (L2), пенетрирующая форма (кишечно-кожный свищ между сигмовидной кишкой и передней брюшной стенкой), хроническое тяжёлое течение. Гормональная зависимость. ГИБТ: ведолизумаб с 04.2022г. Неэффективность ведолизумаба. Инфликсимаб с 11.2022 г, потеря ответа на инфликсимаб.

Осложнение: Стриктура ректосигмоидного отдела толстой кишки. Тотальная колпроктэктомия, илеостомия от 12.10.2023 г.

Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: Псориатический спондилоартрит, умеренная активность (DAPSA28-14,59), ФК 2.

В настоящее время самочувствие удовлетворительное, отделяемое по илеостоме 6-7 типа по БШ, без патологических примесей, суставный синдром регрессирует.