



V Всероссийский научно-практический конгресс с
международным участием Белые ночи гастроэнтерологии
Санкт-Петербург, 2024 год



Реальная клиническая практика болезни Крона

Моисеева Алёна Александровна, клинический ординатор
кафедры ПВД, диетологии и гастроэнтерологии им. С.М. Рысса

Сапожникова Тамила Алексеевна, клинический ординатор
кафедры ПВД, диетологии и гастроэнтерологии им. С.М. Рысса

Скалинская Мария Игоревна, к.м.н., доцент
кафедры ПВД, диетологии и гастроэнтерологии им. С.М. Рысса

Бубякина Валерия Николаевна, к.м.н., врач-гастроэнтеролог
гастроэнтерологического отделения клиники Петра Великого

Филь Татьяна Сергеевна, к.м.н., заведующая
гастроэнтерологического отделения клиники Петра Великого

Пациент Т., 26 лет



Анамнез заболевания:

Январь 2024 (Испания)



- Резкие боли внизу живота, рвота
- Экстренная госпитализация в отделение «неотложной помощи»
- МРТ малого таза: признаки утолщения стенки прямой и сигмовидной кишки
- Лечение: цефалоспорины

Март 2024 (Грузия)



Амбулаторное обследование:

- ВКС: толстая кишка без патологии (без осмотра подвздошной)
- Токсины А и В клостридий: отрицательно
- Кал на скрытую кровь: отрицательно
- Фекальный кальпротектин: норма
- Определение Нр: отрицательно
- СРБ: 19 мг/л
- Лечение: спазмолитики, метронидазол

Апрель 2024

Жалобы:

- Схваткообразные боли внизу живота
- Многократная рвота
- Кашицеобразный стул без примесей до 4 раз/сут
- Слабость
- Потеря веса (4 кг за 2 нед)

Объективно:

- ИМТ = 16,4 (дефицит массы тела)

Апрель 2024 (Испания)



- Повторная симптоматика, экстренная госпитализация:
- КТ ОБП: утолщение стенок терминального отдела подвздошной кишки и стеноз просвета, тазовые свищевые ходы, проксимальное расширение тонкой кишки, умеренный асцит?
Заключение: ВЗК *перевод с Испанского
- Лечение: дексаметазон 8 мг однократно в/в

Апрель 2024 (Россия)



- КТ ОБП: признаки воспаления подвздошной кишки, незначительное количество жидкости в малом тазу, увеличение лимфатических узлов малого таза

Госпитализация на гастроэнтерологическое отделение клиники Петра Великого Апрель 2024

Старт ГКС
1 мг/кг (50 мг)

1

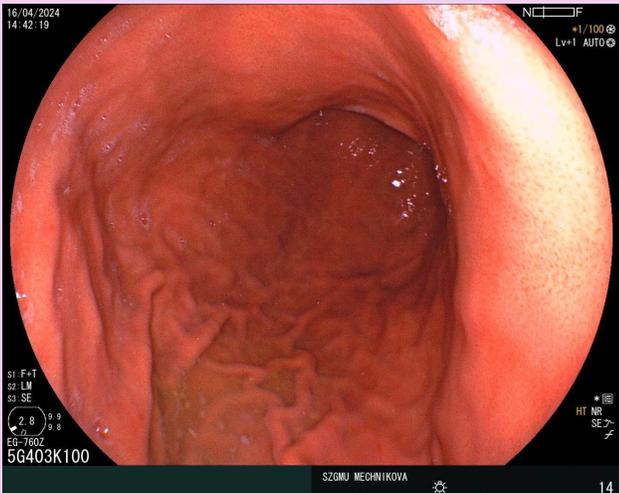
УЗИ ОБП:

Умеренно выраженная инфильтрация жировой клетчатки в правой подвздошной области, реактивные изменения регионарных лимфоузлов, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости

2

ЭГДС:

Без патологии



Фотографии из архива клиники гастроэнтерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

3

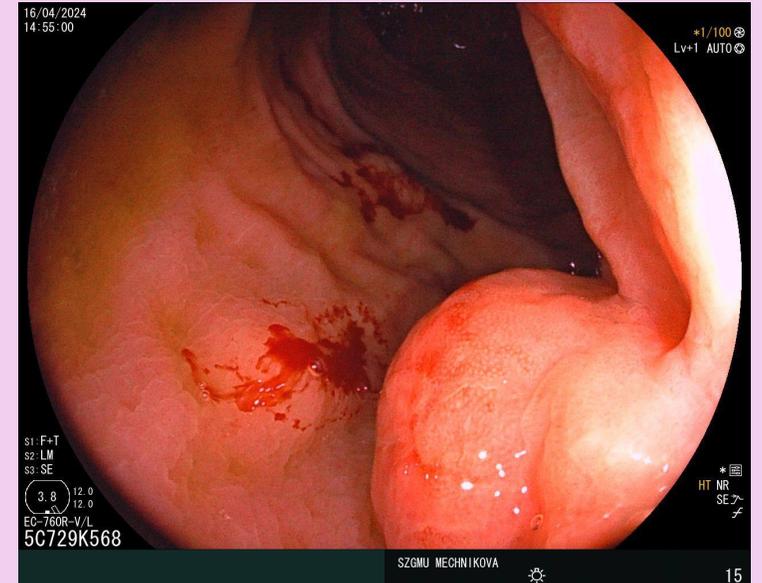
ВКС:

Эндоскопическая картина болезни Крона, терминального илеита, стенозирующей формы. Нельзя исключить абсцесс прямой кишки.



«подвздошная кишка стенозирована за счет отека и глубоких дефектов слизистой, баугиниева заслонка губовидной формы, устье деформировано, стенозировано»

Фотографии из архива клиники гастроэнтерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова



«по передне-правой стенке над зубчатой линией в прямой кишке определяется округлое утолщение слизистой оболочки, нельзя исключить абсцесс»

4

Гистология:

Илеит, без специфических признаков морфологической принадлежности.

5

МРТ малого таза:

Не исключается мелкий абсцесс на границе нижне-ампулярного отдела прямой кишки и анального канала

7

Консультация хирурга:

Необходимости в дренировании на момент осмотра нет: небольшие размеры, положительная динамика на терапии

8

Диагноз основной:

Болезнь Крона, терминальный илеит, стриктурирующая форма, острое течение.

Сопутствующий:

Дефицит массы тела.

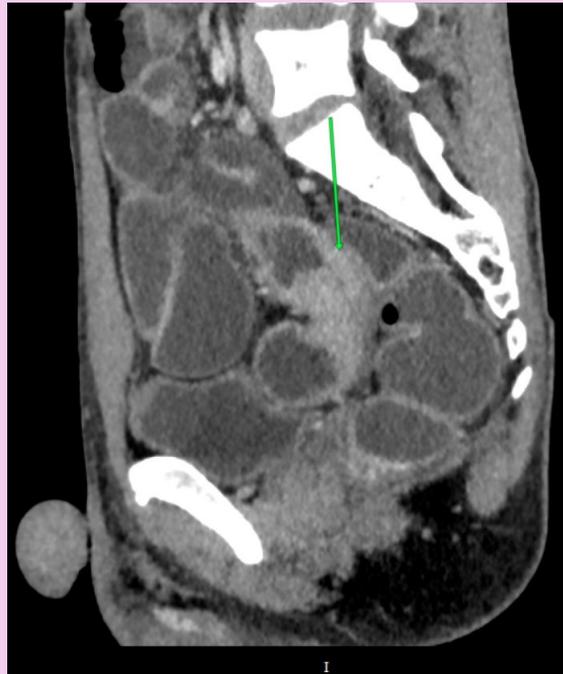
6

КТ-энтерография:



Подвздошная кишка:
утолщена стенка – признак воспаления.

Терминальный илеит, стриктурирующая форма.



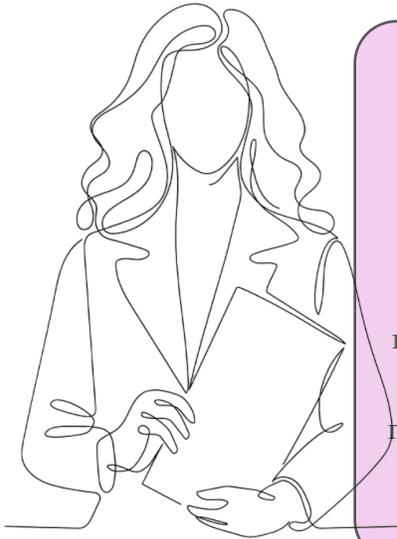
Между петлями тонкой и сигмовидной кишок:
Выпот. Не исключается наличие прободения или свищевого хода в этой области.



Прямая кишка:
в стенке прямой кишки ограниченное жидкостное скопление, его связь с подвздошной кишкой не прослеживается.
Выпот в малом тазу.

*Фотографии из архива клиники гастроэнтерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Интерпретация: Заря В.А., клинический ординатор по рентгенологии ФГБУ СПб НИИ Фтизиопульмонологии*

Варианты терапии:



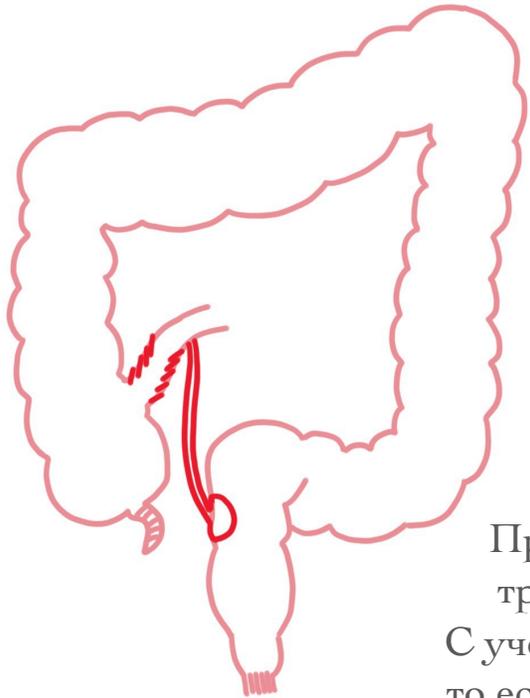
Таким образом, складывается мнение о том, что ранее имело место наличие свища между подвздошной и прямой кишкой. На фоне терапии ГКС произошло закрытие свища, а данные о наличии инфильтрата в малом тазу и межпетельно, образования в прямой кишке могут косвенно быть остаточным явлением свища и подтверждать гипотезу.

Среднее время закрытия свища: 6 месяцев

Moreno Sánchez N, Paredes JM, Ripollés T, Sanz de la Vega J, Latorre P, Martínez MJ, Richart J, Vizcete J, Moreno-Ovuel E. Лечение абдоминальных свищев при болезни Крона и мониторинг с помощью УЗИ брюшной полости. Rev Esp Enferm Dig. 2021 Апрель;115(4):240-245. doi: 10.17255/revd.2020.6884/2020. PMID: 55226252.

Средний срок постановки БК: 3 года
В данном случае срок постановки: 4 месяца, в РФ в течение 1 госпитализации

Epidemiology of chronic inflammatory bowel disease, yesterday, today, tomorrow
Князев О. В.1, 2, Сбкурко Т. В.1, 2, Фадеева Н. А.1, 2, Бакulin I. G.3, Bordin D. S.1



Вариант 1:

- ГКС с постепенной отменой в течение 12 недель
- Азатиоприн в терапевтической дозе

В рандомизированных контролируемых исследованиях азатиоприн дает терапевтическое преимущество перед плацебо в поддержании ремиссии БК.

Candy S, Wright J, Gerber M, Adams G, Gerig M, Goodman R. A controlled double blind study of azathioprine in the management of Crohn's disease. Gut. 1995 Nov;37(5):674-8. doi: 10.1156/gut.37.5.674. PMID: 8549944; PMCID: PMC1582875.

Вариант 2:

- Инициация ГИБП / таргетных иммуносупрессоров

Биологическая терапия эффективна примерно у 3/4 пациентов со свищевой формой БК, при этом закрытие фистулы достигается у 24%. Тем не менее, около трети пациентов все еще подвергаются хирургическому вмешательству из-за рецидивов.

Barreiro-de Acosta M, Fernández-Clotet A, Mesonero F, García-Alonso FJ, Cavanova MJ, Fernández-de la Varga M, Cañete F, de Castro L, Gutiérrez A; BIOSCOPE study group from the ENEIDA registry. Long-Term Outcomes of Biological Therapy in Crohn's Disease Complicated With Internal Fistulizing Disease: BIOSCOPE Study From GETECCU. Am J Gastroenterol. 2025 Jun 1;118(6):1056-1046. doi: 10.14509/ajg.000000000002152. Epub 2022 Dec 14. PMID: 36516075.

Вариант 3:

- Хирургическое вмешательство

Является успешным методом лечения пациентов с изолированной илеоцекальной БК, не должно рассматриваться только как неудача медикаментозного лечения. Общий отдаленный результат хороший: через 10 лет после операции у 50% пациентов не возникает клинических рецидивов, а более 70% не требуют дальнейшего хирургического вмешательства.

- После хирургического лечения необходим выбор базисной терапии, преимущественно ГИБП / таргетные иммуносупрессанты

Margagnoni G, Aratari A, Mangone M, Moretti A, Spagnolo A, Fasci Spurio F, Lucchetti R, Papi C. Natural history of ileo-caecal Crohn's disease after surgical resection. A long term study. Minerva Gastroenterol Dietol. 2011 Dec;57(4):555-44. PMID: 22105722.

Выводы:

Представленный клинический случай демонстрирует первично тяжелую БК, требующую комплексного подхода и своевременной верификации диагноза. С учетом того, что БК выявлена в позднюю стадию на этапе наличия осложнений, то есть за пределами «терапевтического окна», для достижения стойкой ремиссии имеется меньший шанс по сравнению с ранней БК.