



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Мимикрия в гастроэнтерологии: когда анамнез – ключ к диагнозу. Клинический случай.

Попцова Наталья Александровна – заведующий отделением медицинской профилактики
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №23», врач-гастроэнтеролог,
ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ,
аспирант 3 курса кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии
и кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ

**X Международный научно-практический конгресс «Мультидисциплинарный подход в гастроэнтерологии»
Санкт-Петербург, 2026г**

07.2023г

Дебют заболевания (61 год):

- эпизодическое повышение температуры тела до 37,0 С к вечеру
- ноющая боль в правой подвздошной области
- диарея до 3х р/сут.

Лечилась самостоятельно симптоматически, с незначительным эффектом.

11.2023г

Сохранение жалоб

Кишечные инфекции (ОКИ, клостридиальная инфекция, иерсиниоз) **исключены.**

УЗИ ОБП: без особенностей.

ВКС: в нисходящем отделе ободочной кишки воспалительный вал до селезеночного угла, на высоте 15 см - участок воспаления 3 см, эрозированный.

Гистологически: хр.сегментарный колит со слабым воспалительным компонентом, картина соответствует болезни Крона.

02.2024г

Нормализация стула, купирование болевого абдоминального синдрома

Стац.лечение: буденофальк, азатиоприн, 5АСК, рифаксимин-а (без уточнения доз), с улучшением.

2024г
2025г

Жалоб активно нет.

Отмечает двустороннюю подмышечную лимфаденопатию

Базисная терапия: азатиоприн 50 мг/сут, 5АСК 3 гр/сут. Контроль ВКС не выполняла.

09.2025г

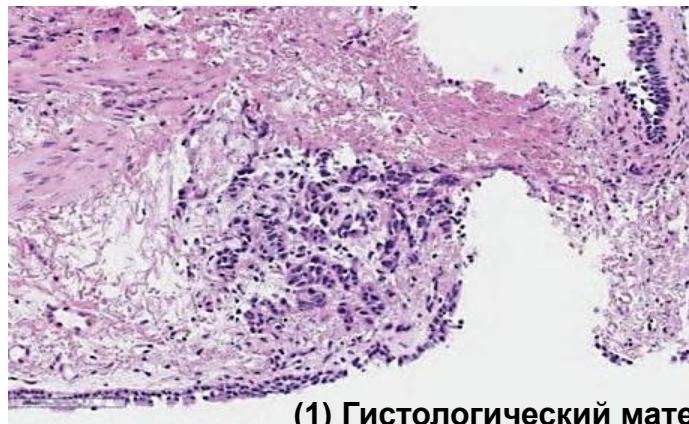
Ухудшение (63 года):

- ноющая боль в гипогастрии
- боль в поясничном отделе позвоночника при ходьбе
- выраженная общая слабость
- потеря в весе до 15 кг за 10 мес.

Диарею, гипертермию отрицает;
подмышечная лимфаденопатия

Из анамнеза:

2005г – левосторонняя мастэктомия,
ПХТ (6 курсов) + ДЛТ,
прием тамоксифена до 2007 г,
прием летрозолола до 2012 г.



(1) Гистологический материал ткани толстой кишки (mts)

Лабораторно: гипохромная нормоцитарная анемия легкой степ.

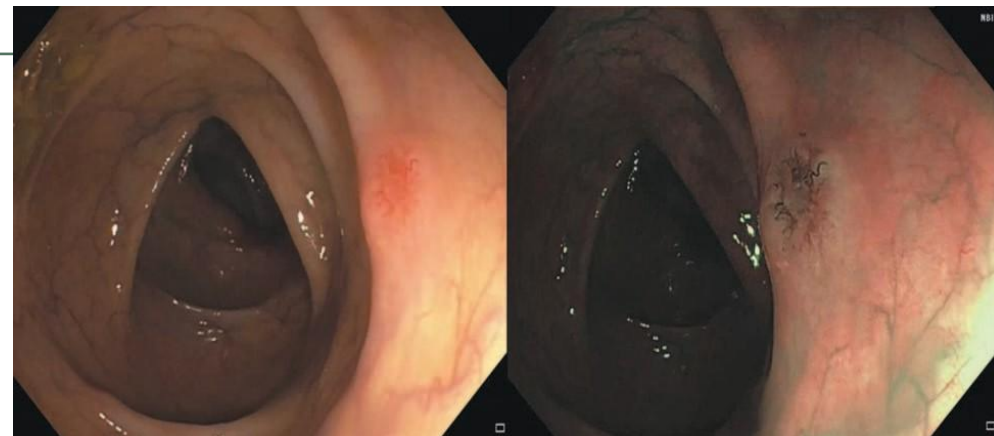
ВКС: в прямой, сигмовидной, нисходящей ободочной кишке – сегменты гиперемии, эрозирования.

Гистологически: картина соответствует болезни Крона.

Конс.гастроэнтеролога: несоответствие клинической картины диагнозу.

Повторная ВКС: в нисходящей ободочной кишке – 2 поверхностных образования, тип 0-IIa+IIc (по Парижской классификации) округлой формы по 4 мм, с участком депрессии по центру, нарушена сосудистая архитектоника.

Гистологически: в одном из фрагментов слизистой оболочки нисходящей ободочной кишки – очаговые скопления клеток железистого рака, формирующих трабекулярные и розеткоподобные структуры, экспрессирующие эстрогены, прогестерон и GCDFP-15 (mts - рак молочной железы).



(2) Образование в нисходящей ободочной кишке: в белом свете (слева) и в NBI (справа)

11.2025г

Стац.лечение:

КТ ОГК: состояние после мастэктомии слева, перибронхиальная инфильтрация левого легкого, левосторонний малый гидроторакс, двусторонняя подмышечная, медиастинальная лимфаденопатия, метастаз в Th12.

Биопсия подмышечных л/у: л/у с макрометастазом карциномы молочной железы. **ИГХ:** экспрессия HER2 (1+), ER до 100%, TS 8 (PS 5+IS 3), PR до 100%, TS 8 (PS 5+IS 3), Ki-67 до 80%, CK8 «+», GCDFP15 «+», Mammoglobin «-».

Бронхоскопия: эндоскопические признаки злокачественного новообразования левого легкого с перибронхиальной формой роста.

Гистологически: в стенке бронха злокачественная эпителиальная опухоль – mts карциномы молочной железы.

Диагноз:

C50.4 Рак левой молочной железы cT2N0M0 IIA ст. Комплексное лечение в 2005 г. Прогрессирование: метастазы в легкие, толстый кишечник, позвоночник, подмышечные лимфоузлы.

Рекомендовано: паллиативный анальгезирующий курс ДЛТ, ПХТ, прием анастрозола 1 мг/сут длительно.

04.2026г

Смерть пациентки

ВЫВОДЫ

Метастазы рака молочной железы (РМЖ) в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречаются очень редко. Выживаемость после такого метастазирования варьирует согласно данным литературы от нескольких месяцев до 1-2 лет независимо от видов лечения.

Прогрессирование РМЖ с появлением метастазов может случиться через 10 и более лет после постановки диагноза, в связи с чем особенно важно диспансерное наблюдение за онкологическими пациентами в ремиссии.

Представленный клинический случай подчеркивает возможность появления гастроэнтерологических жалоб у пациента с РМЖ, а также мимирию этих жалоб под аутоиммунные заболевания ЖКТ (например, ВЗК).