

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Майоров, А. Ю.* Сахарный диабет 1 типа : руководство для пациентов / А. Ю. Майоров, Е. В. Суркова, О. Г. Мельникова. – М. : Фарм-Медиа, 2016. – 120 с. : ил.
2. *Бондарь, Т. П.* Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений / Т. П. Бондарь, Г. И. Козинец. – М. : Медицинское информационное агентство, 2003. – 87 с.

УДК 616.344-002-031.84-08

А. А. Бондарева, А. И. Мазур

Научный руководитель: преподаватель Я. А. Кутенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

Введение

Болезнь Крона (БК) – гранулематозное воспаление пищеварительного тракта неизвестной этиологии с вовлечением в процесс всех слоев кишечной стенки, характеризующееся прерывистым (сегментарным) типом поражения различных отделов ЖКТ [1].

Данное состояние впервые было описано Кроном, Гинзбургом и Оппенгеймом в 1932 году, но лишь в 1959 году стали клинически, гистологически и радиологически отличать его от язвенного колита [2].

Преимущественно поражение локализуется в терминальном отделе подвздошной кишки и в толстой кишке. Современные эпидемиологические исследования свидетельствуют о значительном увеличении заболеваемости болезнью Крона. Более 20 лет назад частота болезни Крона регистрировалась в пределах 20–40 случаев на 100 000 населения, а в настоящее время она возросла вдвое. Наиболее часто БК страдают молодые лица в возрасте 20–29 лет, у женщин данное заболевание встречается несколько чаще (соотношение мужчин и женщин 1:1,12).

Этиология БК остается неизученной. В разное время выдвигались различные гипотезы, в том числе иммунологическая и инфекционная. Предполагалась роль вирусов, хламидий, микобактерий. При БК, так же, как и при язвенном колите (ЯК), в основном поражаются отделы ЖКТ с высокой обсемененностью бактериями. На сегодняшний день можно считать, что развитие воспалительных заболеваний кишечника обусловлено генетически повышенной восприимчивостью к некоему фактору окружающей среды, в результате чего утрачивается толерантность кишечника к множеству бактериальных и пищевых антигенов и развивается неконтролируемый воспалительный процесс, при этом заболевание имеет многообразную клиническую картину с различными кишечными, внекишечными проявлениями и осложнениями.

Основными, наиболее часто встречающимися клиническими проявлениями БК являются диарея (86,3%), боль в животе (80%), потеря массы тела (60%), кровотечение при дефекации (51,3 %), лихорадка (35%), а также инфильтрат в брюшной полости, периаанальные поражения (65 %), свищи (40%) [1].

Цель

Провести анализ клинического случая болезни Крона у пациента за период 2022–2024 года.

Материал и методы исследования

В качестве материалов были использованы выписки из медицинской карты амбулаторного больного ГУЗ ГГКП № 14, выписные эпикризы из стационаров, в которых па-

циент проходил лечение (ГУЗ ГГКБСМП, ГУЗ ГГКБ № 3), заключения патогистологических исследований, проведенных на базе РНПЦ РМиЭЧ, консультативные медицинские заключения гастроэнтеролога РНПЦ РМиЭЧ.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент Н. 20 лет, 7 октября 2022 г. планово сдал анализы (ОАК) в ГУЗ ГГКП № 14 после предъявления жалоб на усталость, общую слабость, запоры. По результатам анализа была выявлена анемия легкой степени тяжести (Hb 111 г/л). 28 ноября 2022 г. обследуемый получил направление на анализ кала на скрытую кровь – реакция положительная. 10 декабря 2022 г. была проведена фиброколоноскопия с взятием биопсийного материала:

– № 1 «Фрагменты грануляционной ткани с лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией и единичными прилежащими фрагментами эпителия слизистой кишки, отдельно фрагменты бесструктурного тканевого детрита с нейтрофильной инфильтрацией»;

– № 2 «Диффузный активный баугинит с эрозированием».

Заключение: илеит, тифлит, баугинит.

20 февраля 2023 г. в РНПЦ РМиЭЧ врачом-гастроэнтерологом был выставлен диагноз «Подозрение на болезнь Крона с поражением терминального отдела тонкой кишки с образованием псевдополипов толстой кишки. Илеит. Тифлит. Баугинит».

22 марта 2023 г. на базе РНПЦ РМиЭЧ была выполнена компьютерная томография брюшной полости и сосудов с внутривенным болюсным контрастированием. Данных по болезни Крона не было получено.

28 марта 2023 г. врачом-гастроэнтерологом РНПЦ РМиЭЧ на основе результатов фиброколоноскопии был выставлен диагноз «Болезнь Крона, манифест А2В1L3, с поражением терминального отдела тонкой кишки». Были назначены препараты: 5-АСК месалазин 400 мг по схеме 3–2–2–3, 3 месяца; Метафолат: Лефол Феррум по 1 таблетке 1 раз в день, 1 месяц; затем Лефол 1 таблетка 1 раз в день, 1 месяц; комплекс витаминов группы В (Нейровит) 10 ампул по 2,0 мг внутримышечно через день.

2 мая 2023 г. пациент был доставлен бригадой СМП в ГУЗ ГГКБ №3 с жалобами на острую боль внизу живота. ОАМ в приёмном отделении: слизь +, Le 3–5 (норма), Eг бк (норма). ОАК: Hb 115 г/л (норма 120–140 г/л), Tг 452·109/л (норма до 450·109/л), Le 11,0·109/л (выше нормы в 1,2 раза), СОЭ 20 мм/ч (повышен в 2 раза по сравнению с нормой). Было проведено медикаментозное лечение раствором Рингера, раствором глюкозы, Анальгином, Папаверином, Димедролом, Цефтриаксоном. 5 мая 2023 г. больной был выписан с диагнозом по МКБ-10: R10.4 (кишечная колика). Приступ кишечной колики мог возникнуть вследствие нерегулярного применения лекарственных средств, предписанных врачом, и несоблюдения АИП питания.

7 мая 2023 г. пациент был доставлен бригадой СМП в ГУЗ ГГКБСМП с клиникой острого аппендицита. ОАК в приемном отделении от 07.05.2023: Le $11,3 \times 10^9$ /л (превышает нормальные значения в 1,25 раза), Hb 119 г/л. ОАК от 08.05.2023: Le $6,93 \times 10^9$ /л (норма), Hb 105 г/л (анемия лёгкой степени тяжести), СОЭ – 28 мм/ч (повышен в 2,8 раза). Результат УЗИ ОБП от 07.05.2023: «Пневматоз. БОА, поджелудочная железа, печень, желчный пузырь, ЖВП, почки: без острой патологии. Свободной жидкости в БП не выявлено». Назначено лечение Спазматомом. После динамического наблюдения диагноз острого аппендицита исключен. Выписка с диагнозом острого мезаденита.

6 июня 2023 г. врачом-гастроэнтерологом РНПЦ РМиЭЧ был выставлен диагноз «Болезнь Крона, манифест А2В1L3, с поражением терминального отдела тонкой кишки, обострение». Было принято решение об увеличении дозы 5-АСК месалазина 400 мг по схеме 3–3–3–3, 2 месяца с контролем кальпротектина для решения вопроса о коррекции дозы. После приема врача был проведен анализ на кальпротектин – 606,0 мкг/г.

Фекальный кальпротектин как цитоплазматический белок нейтрофилов является высокочувствительным неинвазивным маркером болезни Крона [3]. Результат более 250 мкг/г у пациентов с воспалительным заболеванием кишечника указывает на активность заболевания с выраженным воспалением слизистой оболочки.

28 декабря 2023 г. проведена повторная фиброколоноскопия с взятием биопсийного материала. Микроскопическое описание: «Толстокишечная слизистая с диффузной неравномерной прерывистой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией с примесью эозинофилов и нейтрофилов, с очаговой дисрегенераторной гиперплазией железистого эпителия, с гиперплазированными лимфоидными фолликулами, с наличием микроабсцессов и с изъязвлением, с наличием эпителиоидно-клеточных гранулем в области изъязвления. Воспалительный полип толстой кишки с эрозированием, с реактивной атипией эндотелия сосудов. Толстокишечная слизистая с диффузной прерывистой слабой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, с очаговыми нейтрофильными скоплениями с признаками проникновения в железистый эпителий и с формированием микроабсцессов, без дисрегенерации, с очаговой панетоклеточной метаплазией, с наличием (на границе с подслизистым слоем) единичных эпителиоидно-клеточных гранулем». Заключение: «Морфологическая картина ХВЗК (болезнь Крона). Воспалительный полип слепой кишки с эрозированием, с реактивной атипией эндотелия сосудов».

15 января 2024 г. врачом-гастроэнтерологом РНПЦ РМиЭЧ был назначен Азатиоприн 50 мг по полтаблетки 1 раз в день, 10 дней с последующим контролем ОАК. При нормальных показателях Le увеличение дозы до 75 мг, длительно. Азатиоприн – иммунодепрессант, назначенный с целью снижения лейкоцитарной инфильтрации в кишечнике.

Продолжается лечение и обследование. В настоящий момент заболевание находится в фазе обострения.

Выводы

Данный клинический случай:

1. Демонстрирует возможность протекания заболевания как в латентной форме, так и в острой со специфическими проявлениями в различные периоды жизни пациента.
2. Доказывает высокую эффективность одних диагностических методов в выявлении болезни Крона (фиброколоноскопия, анализ кала на кальпротектин) по сравнению с другими (КТ БП, УЗИ БП).

Трудность лечения вышеупомянутого аутоиммунного заболевания заключается в неизвестной этиологии. Приведенный клинический случай доказывает, что терапия данной болезни подбирается индивидуально в зависимости от показателей биохимического анализа крови, общего анализа крови, кала и результатов диагностических исследований.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин [и др.]; под ред. В. Т. Ивашкина, С. И. Рапопорта, Ф. И. Комарова. – М. : ООО «М-Вести», 2001. – 457 с.
2. Белоусова, Е. А. Европейский консенсус по лечению болезни Крона: перевод и комментарий / Е. А. Белоусова // РМЖ. – 2012. – № 15. – С. 741–747.
3. Михайлова, Е. И. Болезнь Крона: возможности неинвазивной диагностики [Электронный ресурс] / Е. И. Михайлова // Актуальные проблемы медицины : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. и 21-й итоговой сессии Гомел. гос. мед. ун-та, Гомель, 16–17 февр. 2012 г. : в 4 т. / редкол. : А. Н. Лызинов [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2012. – Т. 3. – С. 75–76.