

* Иллюстрации к статье — на цветной вклейке в журнал.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КРОНА: СЛОЖНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ*

Скалинская М. И.¹, Осипенко М. Ф.¹, Надеев А. П.¹, Кулыгина Ю. А.¹, Беккер И. С.²

¹ Новосибирский государственный медицинский университет

² Клиника НИИ физиологии СО РАМН, г. Новосибирск

CLINICAL CASE OF CROHN'S DISEASE: A DIFFICULT PATH TO DIAGNOSIS

Skalinskaya M. I.¹, Osipenko M. F.¹, Nadeev A. P.¹, Kuligina Y. A.¹, Bekker I. S.²

¹ Novosibirsk State Medical University

² State Research Institute of Physiology and Fundamental Medicine, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences

Осипенко
Марина Федоровна
Osipenko Marina F.
E-mail: ngma@bk.ru

Резюме

Приведенная клиническая ситуация — это случай болезни Крона у мужчины, верифицированный спустя 30 лет от дебюта заболевания, демонстрирующий сложности диагностического поиска даже при классическом варианте течения болезни, необходимость тщательного сбора анамнеза и проведения дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: болезнь Крона, диагностика, обоснование диагноза, стандарты терапии

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2015; 115 (3):106–110

Summary

This article presents a case of Crohn's disease in a man who was veracity of 30 years from the onset of the disease. This case demonstrating complexity of diagnostic search, even with the classic version of the disease. And it demonstrates the need for a thorough medical history, differential diagnosis.

Keywords: Crohn's disease, diagnosis, study the diagnosis, treatment standards

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2015; 115 (3):106–110

Введение

Болезнь Крона — хроническое воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при котором возможно наличие воспалительных повреждений в любом его отделе от ротовой полости до ануса. По данным литературы, распространенность этого заболевания в России составляет 201 случай на 100 тысяч взрослого населения. Средний возраст пациентов с болезнью Крона к моменту

диагностирования — 20–30 лет, это молодой, трудоспособный возраст [1, 2, 3].

Наиболее частые симптомы болезни Крона — это абдоминальная боль, диарея, лихорадка, гастроинтестинальные кровотечения, потеря массы тела. Возможно появление и внекишечных проявлений, таких как периферическая полиартропатия, осевая артропатия, афтозный стоматит, узловая эритема, гангренозная пиодермия и другие [2, 4].

Клиническое наблюдение

Пациент — 44 летний мужчина, житель Хакасии, который предъявляет жалобы на: диарею с эпизодами до 15 раз в сутки (в том числе и ночью), без примесей крови и слизи; периодические разлитые боли в животе, без связи с приемом пищи, или дефекацией; снижение массы тела (суммарно с момента появления выраженных симптомов на 18 кг,

за последние 2 года на 6 кг); выраженную слабость, сухость кожи, умеренное выпадение волос; метеоризм; редко беспокоящие жжение и дискомфорт в области ануса.

Из анамнеза известно, что дебют клинических симптомов возник в 14 лет: пациент стал отмечать рецидивирующую диарею до 3–6 раз в сутки, без

примесей крови и слизи. Периодически отмечал «светлые» промежутки иногда при приеме симптоматических средств (сорбентов), и бифидопрепаратов. Пациент наблюдается амбулаторно с диагнозом «дисбактериоз». Обследований кишечника в этом возрасте не проводилось, лабораторный синдром воспаления не выявлялся.

В возрасте 24 лет (спустя 10 лет от первых симптомов), наряду с диареей, стал отмечать незначительное снижение массы тела. При обследовании выявлен лямблиоз, по поводу чего был проведен курс терапии метронидазолом. Сразу же после антибактериальной терапии синдром диареи прекратился вплоть до 30 летнего возраста, но пациент продолжал постепенно терять массу тела. В возрасте 30 лет (16 лет от начала первых симптомов) пациент впервые отметил появление болевого синдрома. Болевой синдром носил интенсивный характер, с локализацией в эпигастрии и околопупочной области, в том числе и в ночное время. Абдоминальная боль сопровождалась возобновлением диарейного синдрома (без примесей) и выраженной слабостью. При обследовании диагностирована язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводится курс терапии H_2 -блокаторами в сочетании с антацидами — с положительным эффектом в виде уменьшения боли и диареи. Схожий эпизод абдоминальной боли с рецидивом диареи отметил в возрасте 36 лет (22 года после появления первых симптомов). При обследовании был выявлен язвенный дефект в двенадцатиперстной кишке и выставлен диагноз язвенной болезни. Проводился курс терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП), антацидами, препаратами висмута. После курса лечения и рубцевания язвенного дефекта сохранялся болевой синдром, диарея, слабость и прогрессировала потеря веса. Кроме того, пациент впервые отметил появление небольшого количества крови в стуле, в связи с чем проведено эндоскопическое исследование толстой кишки.

Результатом фиброколоноскопии (возраст пациента 36 лет) стало выявление во всех отделах толстой кишки, вплоть до слепой — эрозий диаметром 1–2 мм, кровоточивости и отека слизистой оболочки. При лабораторном исследовании — в этот же период времени впервые зафиксирован синдром лабораторного воспаления: скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 34 мм/ч; лейкоцитоз до $12 \cdot 10^9$ /л.

Сформулирован диагноз: Язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, обострение. Назначена терапия Сульфасалазином в дозировке 3 грамма в сутки per os в течение 2 месяцев, на фоне которой пациент отметил значительное улучшение: купирование диареи, абдоминальной боли, ректального кровотечения. Из жалоб сохранялись слабость, метеоризм, пациент продолжал худеть.

В течение 6 лет после окончания рекомендованного курса лечения сульфасалазином пациент отмечал нечастое рецидивирование диареи без крови и периодическое появление абдоминальной боли в околопупочной области и мезогастррии. Для купирования симптомов самостоятельно возобновлял прием сульфасалазина в дозе 1,5–3 грамма курсами по 1–3 месяца. При амбулаторном

контроле общего анализа крови — всегда отмечались высокие значения СОЭ (23–45 мм/ч)

В 42 года (28 лет от начала первых симптомов) отмечается резкое ухудшение состояния. Стул участился до 10 раз в сутки, вновь появилась примесь крови. Пациента беспокоят интенсивные боли в мезогастррии, эпигастрии, впервые появляется лихорадка до фебрильных значений. При проведении фиброколоноскопии выявляются эрозии во всех отделах толстой кишки, ранимость, кровоточивость слизистой.

Выставляется диагноз: «Язвенный колит, рецидив, тотальное поражение толстой кишки». Назначается терапия преднизолоном, сульфасалазином, цiproфлоксацином — с отчетливым клиническим эффектом: уменьшился болевой синдром, сократились эпизоды диареи до 3–4 раз в сутки без примеси крови. Но сохранялась субфебрильная лихорадка, выраженная слабость, пациент продолжал худеть.

При проведении контрольного эндоскопического исследования на фоне 3-х месячной терапии кортикостероидами определяется полное заживление повреждений слизистой оболочки толстой кишки. При этом визуализируется устье аппендикса в виде полусферовидного инфильтрата с яркой гиперемией. Высказано подозрение об остром аппендиците, в связи с чем выполняется лапароскопическая аппендэктомия без гистологического исследования. Заключительный послеоперационный диагноз: «Острый аппендицит, флегмонозный, осложненный аппендикулярным инфильтратом». В послеоперационном периоде больному рекомендовано продолжить терапию сульфасалазином 2 грамма в сутки per os длительно.

На фоне выполняемых рекомендаций пациент отмечает рецидивы диареи, очень редко с примесью крови в небольшом количестве, эпизоды умеренных болей в животе. Подобные симптомы купирует увеличением дозы сульфасалазина до 3 грамм в сутки; периодически к лечению самостоятельно добавляет цiproфлоксацин, после чего самочувствие улучшается.

В сентябре 2012 года (43 года) — самостоятельно не смог справиться с эпизодом диареи без крови, сопровождавшимся абдоминальной болью. При обследовании в стационаре получены следующие результаты: фиброколоноскопия с осмотром до слепой кишки — слизистая оболочка кишки без патологии. Исключается диагноз глютеневой энтеропатии на основании отрицательных результатов антител антиглиадиновых и к транслугтаминазе; отрицательные результаты повторных тестов на кишечные инфекции; выявление лабораторного синдрома воспаления (СОЭ 37 мм/ч; лейкоцитоз до $13 \cdot 10^9$, С-реактивный белок 7 г/л (норма < 6 г/л)); синдром анемии легкой степени (гемоглобин 112 г/л), снижение показателя панкреатической эластазы в кале — 190 мкг/г (при норме >200 мкг/г).

На основании клинических данных (абдоминальная боль, диарейный синдром, мальабсорбция) данных эндоскопического исследования, умеренно выраженного воспалительного синдрома, а также сниженного значения панкреатической эластазы кала поставлен диагноз:

«Хронический панкреатит, с внешнесекреторной недостаточностью, обострение».

Пациенту рекомендован прием ИПП, ферментов, спазмолитиков, отменен сульфасалазин, прием которого пациент самостоятельно возобновил в связи с усилением диареи.

Таким образом, у пациента в течение 30 лет (с 14 летнего возраста): рецидивирующий синдром диареи с нарастанием частоты рецидивов и к моменту обращения — диарея практически постоянная; единичные эпизоды примеси крови в кале; эпизоды лихорадки; нарастание частоты эпизодов абдоминальной боли и их интенсивности. С 24 летнего возраста прогрессирует потеря массы тела и слабость. Позднее присоединились — сухость кожи, умеренное выпадение волос, анемия легкой степени, что можно расценить как проявление мальабсорбции. Отмечается усиление лабораторного синдрома воспаления.

Анамнез, динамика симптомов а также диагнозы, сопровождающие больного с момента дебюта симптомов представлены на рисунке 1.

Обоснование диагноза

Более всего сочетание выявленных клинических синдромов, а именно: синдрома хронической диареи (с минимальным количеством крови в стуле); синдрома абдоминальной боли (длительного); синдрома мальабсорбции; синдрома анемии легкой степени с сентября 2012г; лабораторного синдрома воспаления (СОЭ и СРБ выше нормы); наличия афтозных эрозий в ротовой полости; в анамнезе — эрозивные изменения слизистой толстой кишки; в анамнезе аппендэктомия по поводу острого аппендицита, осложненного аппендикулярным инфильтратом (2010г) — *были схожи с воспалительным заболеванием кишечника, и более всего с болезнью Крона.*

Обращаясь к международным и российским стандартам диагностики болезни Крона, мы видим, что «золотой» стандарт для диагностики болезни Крона отсутствует [2, 3, 4, 14] (Рис. 2).

Симптомы болезни Крона являются гетерогенными, но обычно включают диарею длительностью более 6 недель, абдоминальную боль и потерю массы тела. Для болезни Крона характерна прерывистость (сегментарность) поражения, с возможным вовлечением всех отделов ЖКТ [2, 14]. В момент обследования пациента в феврале 2013 года в нашей клинике выявлены: синдром анемии легкой степени тяжести (Эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин — 119 г/л; лабораторный синдром воспаления (лейкоциты — $11,1 \cdot 10^9/л$; СОЭ 42 мм/ч; СРБ 22г/л (3,5 N); небольшое снижение альбуминов (общий белок 65г/л, альбумин 29%), железа сыворотки 8,9 мкмоль/л; значительное превышение референсных значений концентрации фекального кальпротектина — 1300 мкг/г (26 норм); отрицательные результаты исследований на кишечные инфекции, в том числе *Clostridium difficile* (токсина А, В), отрицательные тесты на туберкулез, (в т.ч. диаскин-тест) (тесты выполнены в соответствии с российскими и международными рекомендациями) [1, 2].

Итак, на момент обращения в нашу клинику в феврале 2013 года, пациенту 44 года, т.е. 30 лет с момента дебюта симптомов заболевания. Из *анамнеза жизни*: родился и вырос в Абакане; туберкулез, венерические инфекции, вирусные гепатиты отсутствуют (ранее неоднократно обследован); травм, гемотрансфузий не было; алкоголь, наркотики не употребляет, не курит; в генеалогическом древе единичные случаи артериальной гипертензии.

При *общем осмотре*: правильного телосложение, нормостеник, индекс массы тела (ИМТ) $19,1 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. На слизистой ротовой полости — единичные афты без воспаления. Живот умеренно вздут, при поверхностной пальпации болезненный в правой подвздошной области, мезогастрии, околопупочной области. При глубокой пальпации определяются спазмированные и болезненные сигмовидная и слепая кишки. Перипанальная зона не изменена. Пальцевое исследование прямой кишки без особенностей.

При выполнении фиброколоноскопии: слизистая толстой кишки умеренно отечна, легко ранима, отмечается минимальная контактная кровоточивость, сосудистый рисунок сглажен. При илеоскопии — отмечается выраженная гиперемия баугиниевой заслонки, отечность и ранимость ее слизистой. На слизистой баугиниевой заслонки и на протяжении 30 см подвздошной кишки определяются единичные язвенные дефекты, разнообразные по форме, размером до 5 мм — с налетом фибрина в дне. (Рис. 3).

На рисунке 3 представлены фотографии, выполненные во время колоноскопии, где отчетливо видно эрозивно-язвенное поражение подвздошной кишки, а также отечность, гиперемия, нарушение сосудистого рисунка во всех отделах, но в большей степени в подвздошном отделе.

При рентгенологическом исследовании тонкой кишки — выявлены сегменты сужения — 3 участка — протяженностью до 3 см, что расценено как стеногические сужения. При эндоскопии верхних отделов — эрозивно-язвенных дефектов обнаружено не было, взята мультифокальная биопсия.

При выполнении морфологического исследования, также выполнен ряд фотографий, они представлены на рисунках ниже (Рис. 4, Рис. 5, Рис. 6).

Воспалительная инфильтрация подслизистого слоя была выявлена при морфологическом исследовании во всех отделах толстой кишки, включая прямую, в подвздошной кишке, в подслизистом слое 12 перстной кишки. Выявлены крипты — абсцессы в слизистой поперечного, нисходящего отделов ободочной кишки, сигмовидной кишки, прямой кишки (Рис. 6).

При гистологическом исследовании биоптатов выявлены гранулемы саркоидного типа во всех отделах толстой кишки, включая прямую, в подвздошной кишке, баугиниевой заслонке, а также в слизистой 12 перстной кишки (Рис.7).

Согласно российским и международным рекомендациям по диагностике болезни Крона гранулема является общепринятым морфологическим признаком, позволяющим поставить диагноз болезни Крона. В соответствии с международными и российскими рекомендациями, дифференциальная диагностика болезни Крона должна быть проведена с большим кругом заболеваний, в том числе инфекционными заболеваниями ЖКТ, обследования на которые неоднократно выполнялись [2, 5, 12, 13, 14].

Из воспалительных заболеваний кишечника необходимо проводить дифференциальную диагностику с язвенным колитом. Но, доминирование в клинике абдоминальной боли, диареи без крови, прогрессирующее снижение массы тела — позволили склониться в пользу диагноза болезнь Крона.

Таким образом, на основании: *Синдромов хронической диареи с эпизодической небольшой примесью крови; абдоминальной боли, в том числе ночной; мальабсорбции* (анемия легкой степени, прогрессирующее снижение массы тела, снижение уровня железа сыворотки, общий белок, альбумины на нижней границе нормы).

Анамнеза: длительность заболевания около 30 лет, рецидивирующее течение; положительный эффект от сульфасалазина; аппендэктомия в 2010 г.; поражение тонкой кишки (изменения при рентгенологическом исследовании тонкой кишки (сегменты сужения); язвенные дефекты желудка (1998 г. и 12 перстной кишки (2004 г.)). *Результатов объективного осмотра:* афтозные эрозии слизистой ротовой полости; спазмированные, болезненные сегменты толстой кишки. *Результатов инструментального исследования:* лабораторного синдрома воспаления (СОЭ 45 мм/ч, СРБ 3,5 N), повышение фекального кальпротектина до 26 норм; наличие *сегментарного поражения* (12 перстная кишка, сегменты тонкой кишки, толстая кишка). *Результатов гистологического исследования:* воспалительная лимфо-, плазмочитарная инфильтрация, гранулемы в биоптатах из 12 перстной, подвздошной кишки, толстой кишки.

Выставлен диагноз болезни Крона. С учетом требований к верификации диагноза и необходимости охарактеризовать локализацию процесса, форму заболевания, характер течения болезни, активность, рассчитанную по шкале Беста (CDAI), а также внекишечные проявления, диагноз выглядит следующим образом: *Болезнь Крона с поражением толстой и тонкой кишок, в том числе двенадцатиперстной кишки, желудка (подтвержденная эндоскопически, рентгенологически, морфологически) стенозирующая форма (стенозы тонкой кишки). Дебют с 14 лет, рецидивирующее течение, осложненное периаппендикулярным инфильтратом в 2010 г. (аппендэктомия). Умеренная клиническая активность, индекс CDAI 270 баллов, умеренная эндоскопическая активность, высокая лабораторная активность (кальпротектин 26 N, СРБ 3,5 N, СОЭ 45 мм/ч).*

Синдром мальабсорбции легкой степени. Анемия легкой степени, сложного генеза (железодефицитная, хронического воспаления).

Согласно российским и международным рекомендациям по медикаментозной терапии болезни Крона должны быть учтены локализация процесса, а также степень активности (рис. 8).

Так, при умеренной активности болезни с локализацией в илеоцекальном отделе к препаратам первой линии относят будесонид, или системные кортикостероиды, а также иммуносупрессоры: азатиоприн /6-меркаптопурин [2, 4, 6, 11, 13, 14].

При болезни Крона толстой кишки рекомендован месалазин, системные кортикостероиды, иммуносупрессоры. При вовлечении в процесс пищевода, желудка или 12 перстной кишки рекомендовано назначение ИПП, если необходимо совместно с системными кортикостероидами и азатиоприном/ 6-меркаптопурин [2, 6, 9, 11, 13, 14]

При распространенной тонкокишечной локализации при умеренной активности необходимо назначать системные кортикостероиды, иммуносупрессоры: азатиоприн/ 6-меркаптопурин, нутритивную поддержку [2, 4, 9, 11, 13, 14].

В терапии больного были поставлены следующие цели: 1) индукция ремиссии; 2) поддержание ремиссии без стероидов; 3) предупреждение осложнений.

Для достижения поставленных целей, помимо рекомендаций по образу жизни и питанию (избегать инсоляции, приема нестероидных противовоспалительных препаратов, вакцинации живыми вакцинами; ограничивать продукты, вызывающие вздутие живота, цельное молоко, избыток сладостей), терапия подобрана с учетом умеренной степени активности болезни Крона и с распространенной локализацией (тонкая и толстая кишка, 12 перстная кишка).

В качестве базисной терапии был выбран азатиоприн 2,5 мг на кг массы тела. На период развертывания полного эффекта азатиоприна (12 недель) выбрана терапия «купирования обострения»:

- *Топический кортикостероид будесонид* 9 мг в сутки (купирование активного воспаления, преимущественная зона действия — подвздошная кишка, илеоцекальный отдел) с постепенной отменой;
- *Месалазин* 3,6 г в сутки (месалазин ММХ замедленного высвобождения, активно купирующий воспалительный процесс в илеоцекальном отделе, толстой и прямой кишке, оказывающий канцеропревентивный эффект) с последующей возможностью снижения дозы до 2,4 грамм в сутки;
- *Рабепразол* 20 мг в сутки утром за 30 минут до еды — с учетом вовлечения верхних отделов (на продолжительный период).

С марта 2013 по июнь 2014 года пациент выполняет все рекомендации, являлся для контрольных исследований. После назначения терапии в соответствии с российскими и международными стандартами в клинической картине отмечается: купирование абдоминального болевого синдрома, диареи (стул 1–2 раза в сутки без примесей), симптомов слабости. Нормализовалась температура, исчезли проявления мальабсорбции: сухости кожи, выпадение волос. При лабораторном контроле нормализация уровня СРБ, СОЭ, уровень гемоглобина и эритроцитов. Пришла в норму концентрация

фекального кальпротектина. При эндоскопическом контроле (март 2014 года) через 1,5 года терапии — отмечалось полное заживление повреждений слизистой оболочки толстой кишки.

Данной клинической демонстрацией хотелось бы обратить внимание, что при наличии классической картины диагноз болезни Крона был выставлен спустя 30 лет от дебюта симптомов. Поэтому, при хронической диарее, особенно в сочетании с абдоминальной болью и симптомами «тревоги» (снижение массы тела) необходимо включать в круг

дифференциальной диагностики болезнь Крона, имея в виду возможность *вовлечения всех отделов ЖКТ*, что и было у нашего пациента. Грамотно выполненная мультифокальная биопсия продемонстрировала в данном случае важное диагностическое значение и в очередной раз подтвердила свою диагностическую важность. Правильно выбранная терапия с учетом протяженности болезни Крона, активность процесса, наличия осложнений эффективности предшествующей терапии позволила добиться клинической и эндоскопической ремиссии.

Литература

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной / ГЭОТАР Медиа. — 2008. — 754с.
2. Белоусова Е. А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона / Фарматека. — 2009 г. — № 13. — С. 38–44.
3. Валуцких Е. Ю., Светлова И. О., Курилович С. А., Осипенко М. Ф., Максимов В. Н., Воевода М. И. // Полиморфизм генов регуляторов воспаления при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите. — Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. — 2009. — Т. 29. — № 2. — С. 81–89.
4. Ливзан М. А., Макейкина М. А. // Воспалительные заболевания кишечника: современные аспекты диагностики и лечения. — Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2010. — № 2. — С. 60–65.
5. Осипенко М. Ф., Скалинская М. И. // Роль кальпротектина в диагностике болезней кишечника. — Гастроэнтерология. — Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2013. — № 2. — С. 38–40.
6. Peyrin-Biroulet, L., et al. Azathioprine and 6-mercaptopurine for the prevention of postoperative recurrence in Crohn's disease: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2009. 104 (8): p. 2089–96.
7. Khan KJ, Ullman TA, Ford AC et al. // Antibiotic therapy in inflammatory bowel disease: a systematic review and metaanalysis. — *Am J. Gastroenterol*. 2011. — 106:661–673.
8. Pearson DC, May GR, Fick GR, Sutherland LR. // Azathioprine for maintaining remission of Crohn's disease. — *Cochrane Database Syst Rev* 2000 (2): CD000067.
9. Bresci G, Petrucci A, Banti S. // 5-aminosalicylic acid in the prevention of relapses of Crohn's disease in remission: a longterm study. — *Int. J. Clin. Pharmacol. Res.* — 1991. — 11:200–2.
10. Prefontaine E, Sutherland LR, MacDonald JK, et al. // Azathioprine or 6-mercaptopurine formaintenance of remission in Crohn's disease. — *Cochrane Database Syst Rev.* — 2009. — 1: CD000067.
11. Benchimol EI, Seow CH, Steinhart AH, Griffiths AM. // Traditional corticosteroids for induction of remission in Crohn's disease. — *Cochrane Database Syst Rev.* — 2008. — 2: CD006792.
12. Tromm A, Bunganic I, Tomsova E, et al. // Double-blind, doubledummy, randomised, multicentre study to compare the efficacy and safety of oral budesonide (9 mg) and oral mesalazine (4.5 g) in moderately active Crohn's disease patients. — *Gastroenterology.* — 2009. — 139 (Suppl1):391.
13. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. // IBD Section, British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. — *Gut.* — 2004. — 53 (Suppl 5): V1–V16.
14. Gert Van Assche, Axel Dignass, Julian Panes et al. // The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis.* — 2010. — P. 28–58.

К статье

Клинический случай болезни Крона: сложный путь к диагнозу
(стр. 106–110).

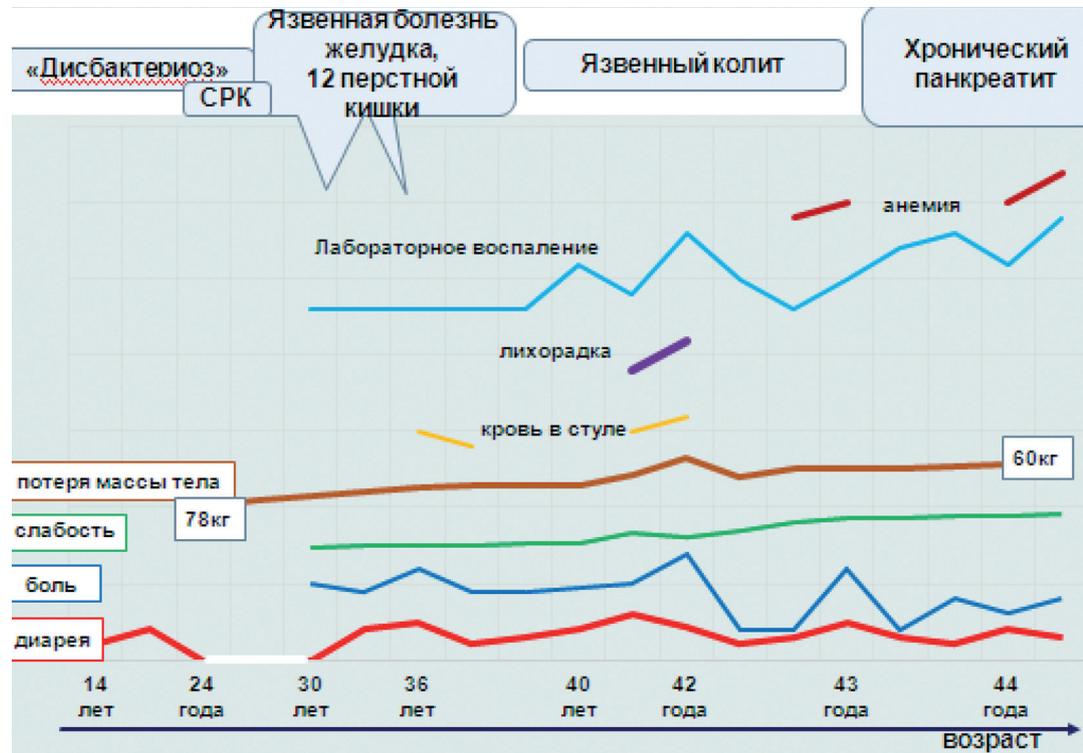


Рисунок 1.
Anamnesis morbi: динамика симптомов с момента дебюта.

Рисунок 2.

Международные и российские стандарты: диагностика болезни Крона (ECCO, оп CD, 2006, 2010).

... «золотой» стандарт для диагностики болезни Крона отсутствует. Диагноз подтверждается клиническими проявлениями и /или комбинацией эндоскопических, гистологических, радиологических и/или биохимических исследований [УД5, СР D].

Симптомы болезни Крона являются гетерогенными, но обычно включают диарею в течение более 6 недель, абдоминальную боль и/ или потерю веса.

Так же часто встречаются анорексия, или лихорадка [УД 5, СР D].

....прерывистое поражение кишки, вовлечение как толстой, так и тонкой кишки. Пациенту с признаками болезни Крона, выявленными при илеоколоноскопии рекомендуется дальнейшее обследование для определения распространенности болезни Крона в тонкой кишке. (УД1b; СР А).

Рисунок 3.

Фотографии, выполненные в ходе проведения фиброколоноскопии, пациент В., 44 года (фотографии предоставил И. С. Беккер).

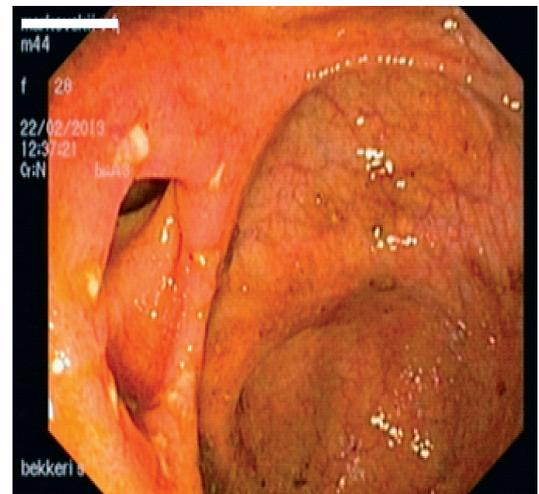
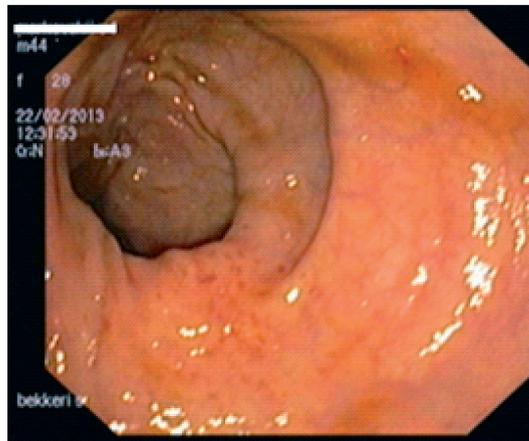
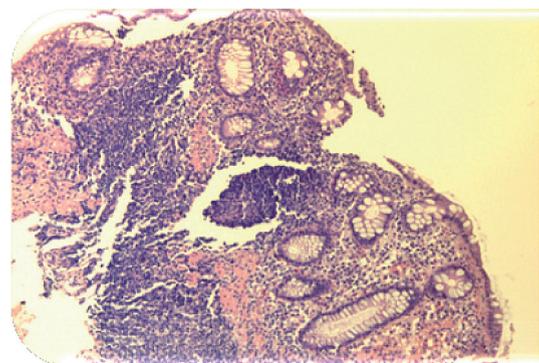


Рисунок 4.

Морфологическая картина: щелевидные язвы в слизистой подвздошной кишки, слизистой восходящего и поперечного отделов толстой кишки.



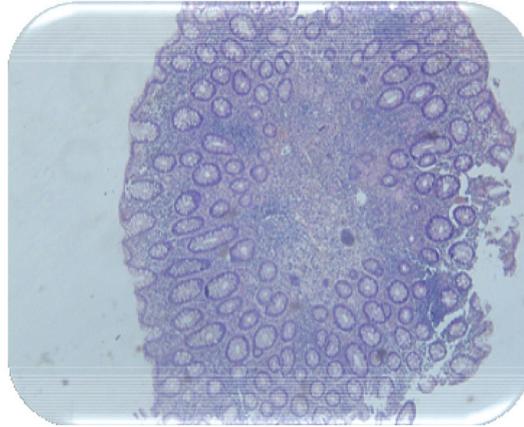
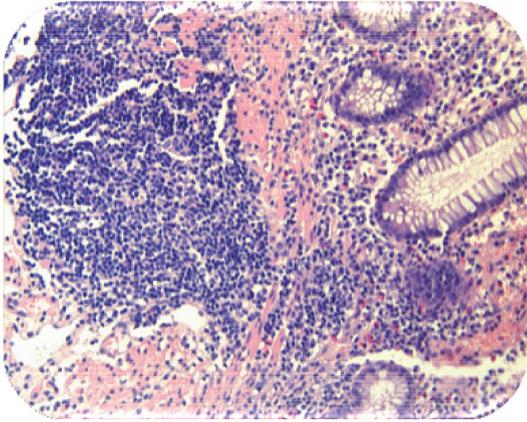


Рисунок 5.
Морфологическая картина воспалительная инфильтрация подслизистого слоя.

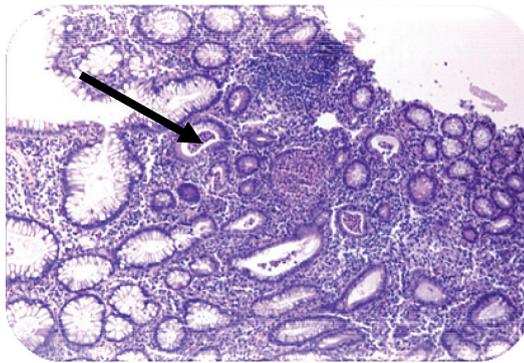
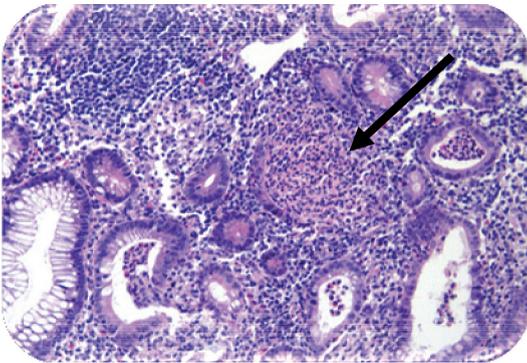


Рисунок 6.
Морфологическая картина: крипт абсцессы слизистой оболочки.

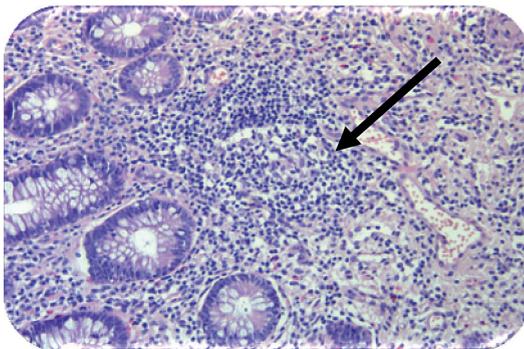
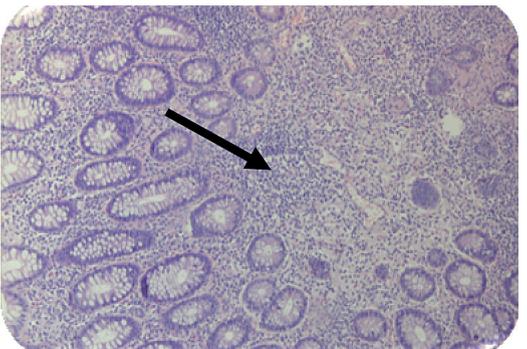


Рисунок 7.
Морфологическая картина: Гранулемы саркоидного типа, состоящих из эпителиоидных клеток, гигантской многоядерной клетки и расположенных по периферии лимфоцитов. (Все фотографии, выполненные во время проведения морфологического исследования представлены проф. А.П. Надеевым).

При умеренной активности с локализацией в илеоцекальном отделе... Будесонид в дозе 9 мг в сутки [УД 1а, СР А], или системные кортикостероиды [УД 1а, СР А]. Целесообразно назначение иммуносупрессоров: азатиоприна/ меркаптопурина в комбинации с КС. Следует рассматривать анти ФНО препараты... (УД1, СР D).

Легкая атака болезни Крона толстой кишки может лечиться сульфасалазином. Месалазин более эффективен по сравнению с плацебо в лечении активной болезни Крона с поражением подвздошной кишки или толстой кишки. [УД 1b, СР А], или системные кортикостероиды [УД 1а, СР А].

Целесообразно назначение иммуносупрессоров: азатиоприна/ меркаптопурина в комбинации с КС. Следует рассматривать анти ФНО препараты... (УД1, СР D).

При вовлечение в процесс **пищевода, желудка или 12 перстной кишки** оптимальным методом является назначение **ингибиторов протонной помпы** [УД 5, СР D], если необходимо совместно с системными кортикостероидами [УД 4, СР С] и **азатиоприном/ меркаптопурином**... [УД 4, СР D]. Инфликсимаб – альтернатива при рефрактерном течении болезни.

При **распространенной тонкокишечной локализации при умеренной активности** необходимо назначать системные кортикостероиды [УД 1а, СР В]. Рекомендовано назначение **иммуносупрессантов:** Азатиоприн/меркаптопурин рекомендованы [УД 1b, СР В], с нутритивной поддержкой [УД 4, СР С]. Инфликсимаб должен быть рассмотрен при неэффективности предшествующего лечения [УД 1b, СР В].

Рисунок 8.

Международные и российские стандарты: лечение болезни Крона (ECCO, on CD 2010).