

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-223-3-144-148>

Трудности исследования и лечения язвенного колита и болезни Крона

Стяжкина С. Н.^{1,2}, Климентов М. Н.^{1,2}, Бессонов А. Г.¹, Давлетгараева К. Р.², Кузнецов Е. Е.²

¹ БУЗ УР «Республиканская клиническая больница № 1 МЗ УР», (ул. Воткинское шоссе, д. 57, Ижевск, 426000, Россия)

² ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Коммунаров, д. 281, г. Ижевск, 426034, Россия)

Для цитирования: Стяжкина С. Н., Климентов М. Н., Бессонов А. Г., Давлетгараева К. Р., Кузнецов Е. Е. Трудности исследования и лечения язвенного колита и болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;223(3): 144–148. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-223-3-144-148

✉ **Для переписки:**

Стяжкина

Светлана

Николевна

sstazkina064

@gmail.com

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии

Климентов Михаил Николаевич, к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии

Бессонов Алексей Геннадьевич, к.м.н., заведующий гастроэнтерологическим отделением, врач-гастроэнтеролог высшей квалификационной категории

Давлетгараева Ксения Руслановна, студентка 4 курса лечебного факультета

Кузнецов Егор Евгеньевич, студент 6 курса лечебного факультета

Резюме

Цель исследования. Продемонстрировать этапы развития клинической картины, методы диагностики и лечения болезни Крона в период беременности, гепатоцеллюлярного рака и язвенного колита. В рамках исследования используются данные клинических исследований и биомаркеры, исследуются новые методы визуализации для разработки более точных подходов к диагностике.

Методы. Подробный анализ нескольких репрезентативных пациентов, представляющих разные аспекты заболеваний.

Результаты. Первый клинический случай представляет пациента с диагнозом болезнь Крона. В исследовании приводятся данные о первичных симптомах, таких как боли в животе, диарея и весовая утрата. Анализируются ход заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований, также освещается эффективность применяемых методов лечения.

Второй случай посвящен пациенту с диагнозом язвенный колит и гепатоцеллюлярный рак. В этом контексте рассматриваются характерные симптомы язвенного колита: боли внизу живота, частые смены вида стула и воспалительные изменения в различных участках кишечника. Проанализированы результаты гастроскопии и колоноскопии.

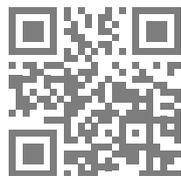
Третий клинический случай представляет собой комбинированный диагноз, когда у пациента одновременно выявлены признаки язвенного колита и болезни Крона. Этот случай подчеркивает сложность дифференциальной диагностики и важность индивидуализированного подхода к лечению.

Заключение. Исследовательская работа, посвященная дифференциальной диагностике и лечению язвенного колита и болезни Крона, выявила несколько важных аспектов, с которыми сталкиваются врачи при подобных клинических случаях. К ним можно отнести: сложность дифференциальной диагностики, роль дополнительных методов диагностики, индивидуализированный подход в лечении.

Ключевые слова. Язвенный колит, болезнь Крона, воспалительные кишечные заболевания, гепатоцеллюлярный рак, клинические случаи, диагностика, лечение, симптомы, дифференциальная диагностика, гастроэнтерология

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: UBPIYC





Difficulties in research and treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease

S.N. Styazhkina^{1,2}, M.N. Klimentov^{1,2}, A.G. Bessonov¹, K.R. Davletgaraeva², E.E. Kuznetsov²

¹ First Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, (57, Votkinskoe highway, Izhevsk, 426000, Russia)

² Izhevsk State Medical Academy, (281, Kommunarov Street, Izhevsk, 426056, Russia)

For citation: Styazhkina S. N., Klimentov M. N., Bessonov A. G., Davletgaraeva K. R., Kuznetsov E. E. Difficulties in research and treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;223(3): 144–148. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-223-3-144-148

✉ **Corresponding author:**

Svetlana N. Styazhkina
sstazhkina064@gmail.com

Svetlana N. Styazhkina, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery; *ORCID: 0000-0001-5787-8269*
Mikhail N. Klimentov, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty Surgery; *ORCID: 0000-0003-3060-3155*
Alexey G. Bessonov, head of the gastroenterology department, gastroenterologist of the highest qualification category, candidate of medical sciences; *ORCID: 0000-0002-2138-0394*
Ksenia R. Davletgaraeva, 4th year student of the Faculty of Medicine; *ORCID: 0009-0001-1129-6674*
Egor E. Kuznetsov, 6th year student of the Faculty of Medicine; *ORCID: 0000-0001-9388-2564*

Summary

Aim. To demonstrate the stages of development of the clinical picture, methods of diagnosis and treatment of Crohn's disease during pregnancy, hepatocellular cancer and ulcerative colitis. The study uses clinical trial data and biomarkers, and explores new imaging techniques to develop more accurate approaches to diagnosis.

Methods. A detailed analysis of several representative patients representing different aspects of the disease.

Results. The first clinical case is a patient diagnosed with Crohn's disease. The study provides data on primary symptoms such as abdominal pain, diarrhea, and weight loss. The course of the disease, the results of laboratory and instrumental studies are analyzed, and the effectiveness of the applied treatment methods is also highlighted.

The second case is dedicated to a patient diagnosed with ulcerative colitis and hepatocellular cancer. In this context, the characteristic symptoms of ulcerative colitis are considered: abdominal pain, frequent changes in the type of stool and inflammatory changes in various parts of the intestine. The results of gastroscopy and colonoscopy are analyzed.

The third clinical case is a combined diagnosis, when the patient simultaneously shows signs of ulcerative colitis and Crohn's disease. This case highlights the complexity of differential diagnosis and the importance of an individualized approach to treatment.

Conclusion. The research work devoted to the differential diagnosis and treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease has revealed several important aspects that doctors face in such clinical cases. These include: the complexity of differential diagnosis, the role of additional diagnostic methods, and an individualized approach to treatment.

Keywords. Ulcerative colitis, Crohn's disease, inflammatory intestinal diseases, hepatocellular cancer, clinical cases, diagnosis, treatment, symptoms, differential diagnosis, gastroenterology

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит и болезнь Крона, представляют собой одну из наиболее серьезных и нерешенных проблем в современной гастроэнтерологии. По тяжести течения, частоте осложнений и летальности ВЗК во всем мире занимают одно из ведущих мест среди болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Этиологический фактор воспалительных заболеваний кишечника не установлен, поэтому заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды.

Материалы и методы

Были проведены анализы клинического наблюдения пациентов, находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» города Ижевска.

Результаты

Пациентка З., 31 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в плановом порядке 2 марта 2021 года с жалобами на периодическое повышение температуры тела до 37,3 °С по вечерам 1–2 раза в неделю, незначительные периодические боли в животе, отрыжку воздухом после еды и эпизодическое вздутие живота.

При поступлении: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 170 см, масса тела 76 кг. ЧДД 17 в мин., ЧСС 76 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правой подвздошной области, пальпируется плотный тяж (проекция восходящей ободочной кишки).

Анализ крови (02.03.2021): гипохромная анемия, содержание эритроцитов – $4,27 \times 10^{12}/л$, снижение гемоглобина 108 г/л и железа – 6,70 мкмоль/л, повышение С-реактивного белка 10,72 мг/л.

Анализ кала (02.03.2021): с признаками амилореи, стеатореи.

В октябре 2014 г. была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», выставлен диагноз: болезнь Крона, стадия изъязвлений, с поражением баугиниевой заслонки. В связи с выставленным диагнозом болезнь Крона, осложненная гормональной резистентностью, пациентке назначена антицитокиновая терапия препаратом цертолизумаб пегол 400 мг каждые 4 недели. Также рекомендовано параллельное употребление препаратов азатиоприн 100 мг/сут. – постоянно под контролем общего анализа крови 1 раз в 3 месяца (уровень лейкоцитов не ниже $3,5 \times 10^9/л$); ребамипид 100 мг 3 раза в день курсами по 2 месяца 3–4 раза в год; нифуроксазид 200 мг 1 капсула 3 раза в день, 10 дней 2 раза в год; пробиотики курсами 4 раза в год *Bifidobacterium difidum* (не менее 500 млн КОЕ) по 1 порошку 3 раза в день 14 дней или *Enterococcus faecium* (не менее 10^7 КОЕ) + *Bifidobacterium longum* (не менее 10^7 КОЕ) по 1–2 капсуле в сутки 10–21 день.

В представленном случае обе беременности пациентки с БК развивались в период активности заболевания и закончились соответственно мертворождением (29 нед.) и замершей беременностью (5–6 нед.), несмотря на проводимое лечение и наблюдение у акушер-гинекологов. На данный момент пациентка активно принимает базисную терапию в виде препарата цертолизумаб пегол 400 мг 1 раз в 4 нед подкожно, в связи с чем наблюдается клиническая ремиссия, при сохранении минимальной активности при эндоскопическом исследовании.

Степень активности заболевания и обуславливает возникновение осложнений во время беременности. Если степень активности высока – увеличивается в 2 раза количество преждевременных родов и в 2,5 раза количество самопроизвольных выкидышей.

Известно, что когда на момент наступления беременности ВЗК находится в стадии ремиссии, то в $\frac{2}{3}$ случаев ремиссия сохраняется и во время беременности. Если на момент зачатия отмечалось обострение ВЗК, то примерно в 30% случаев активность сохраняется, в 35% – возрастает и в 35% – стихает. Обострения чаще развиваются в I триместре беременности, после аборт и после родов, а рецидивы ВЗК часто возникают в результате отказа женщин от приема лекарств при наступлении беременности.

Поскольку при болезни Крона обычно поражается весь желудочно-кишечный тракт, лечение является сложным и длительным, порой безуспешным. Большинство пациентов (около 70%) нуждаются в хирургическом вмешательстве из-за развития осложнений.

Данный клинический случай показывает, что на фоне БК, которое протекает с рецидивами воспалительных эпизодов, течение беременности крайне сложное. В представленном примере пациентка, получающая индивидуально подобранную терапию, будет иметь попытки планирования последующей беременности, при более тщательном наблюдении акушера-гинеколога, гастроэнтеролога, проктолога и других специалистов на стационарном лечении.

Возможности проведения диагностических мероприятий во время беременности ограничены из-за вероятности неблагоприятного воздействия на плод. Ультразвуковое исследование брюшной полости и кишечника является неинвазивным, безопасным для матери и плода и служит источником ценной информации об активности заболевания, протяженности поражений и развитии осложнений.

В хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» экстренно 2 июня 2023 г поступил больной К., 51 год, с жалобами на дискомфорт и боли в животе, жидкий, кашицеобразный стул с примесью крови 2–3 раза в день, без облегчения после дефекации, желтушность кожных покровов, похудание, потливость и общая слабость. Выставлен диагноз: Язвенный колит тотальная форма поражения средней степени тяжести. Гепатоцеллюлярный рак на фоне цирроза печени, неуточненного генеза, класс С по Чайлд Пью (12 баллов) активный (с синдромами цитолиза и холестаза), F4 по Метавир. Синдром портальной гипертензии. Латентная печеночная энцефалопатия. Спленомегалия. Тромбоцитопения.

При поступлении: общее состояние больного удовлетворительное, температура тела 36,6 °С, рост 165 см, вес 63 кг, ИМТ – 23,5. АД 120/80 мм рт ст., ЧДД 16 в минуту. Живот напряжен, увеличен за счет асцита. Печень увеличена, размеры по Курлову – 11–10–9 см.

Анализ крови: (02.06.23) нормохромная анемия, эритроцитов – $4,41 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 134 г/л

и железо – 14,4 мкмоль/л, повышенное содержание С-реактивного белка 15,8 мг/л.

В связи с основным заболеванием больному назначена терапия: омепрозол 20 мг 2 раза в день, урсодезоксихолевая кислота 250 мг 3 раза в день, аденометионин 400 мг в/в, дротаверин 2%-2,0 в/м, сульфасалазин 1 г 3 раза в день.

С диагнозом гепатоцеллюлярная карцинома пациент консультирован онкологом (проведены исследования: исследования крови на онкомаркеры от 20.03.23 г: РЭА, Са 19–9 – показатели в пределах нормы, А-фетопротеин – 33,02 нг/мл). По системе TNM выставлен диагноз: ГЦР T3N0M0, стадия 3а. Клиническая группа: 2-подлежащие специальному радикальному лечению. Первично-множественная опухоль. Проведен ВК с трансплантологами, в связи с чем состоит в очереди на трансплантацию печени в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР».

На данном этапе развития медицины гепатоцеллюлярный рак и язвенный колит рассматриваются в качестве коморбидного состояния.

Открытым остается вопрос патогенетической взаимосвязи ГЦР и ЯК на уровне иммунных клеток.

Пациентка А., 34 года доставлена в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» планово 8 августа 2022 г. с жалобами: выраженная умеренная общая слабость; количество дефекаций до 6–7 в сутки, преимущественно в ранние утренние часы, стул неоформленный, коричневый, с примесью сгустков крови и слизи, частые тенезмы. Периодически опоясывающие боли в левой подвздошной области перед дефекацией. Появилась анальная трещина. Appetit: снижен, отмечает вздутие живота, повышенное газообразование. Выставлен диагноз: болезнь Крона толстой кишки. Язвенный (хронический) энтероколит. Язвенный колит, тотальное поражение, хроническое непрерывное тяжелое течение, среднетяжелая атака. Индекс Мейо 10 баллов. Периаанальные проявления: хроническая задняя анальная трещина, персистирующее течение, обострение. Выраженные внекишечные проявления: артралгии, афтозный стоматит, пиодермия. Сопутствующие заболевания:

хронический гастрит на фоне ДГР, ремиссия. ЗНО яичника T1cN0M0, стадия 1с.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное, рост 168 см, масса тела 80 кг, ИМТ = 28,5. Кожные покровы бледные, ЧДД 17 в минуту, ЧСС 90 ударов в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот: увеличен за счет ПЖК, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, больше по ходу толстой кишки в правом и левом фланке и проекции сигмы. Размеры печени по Курлову 12–9–8 см. Ректальное исследование болезненное, новообразований не выявлено.

Анализ крови: железодефицитная анемия, эритроциты – $4,41 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 115 г/л, железо – 13,2 мкмоль/л.

Анализ кала: положительная реакция на скрытую кровь, слизь, гной, креаторея.

В октябре 2019 г. диагностирован – язвенный колит, проводилась терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5 АСК), получала преднизолон 90 мг с постепенным снижением дозы, пентасу 4 г/сут, ректальные свечи салофальк. Самочувствие несколько улучшилось, видимая кровь исчезла, но сохранялась диарея и выраженные боли в животе.

С 31.12.21 г. отмечает резкое ухудшение. Количество дефекаций составляет до 15 в сутки, из них ночных до 8. Позывы к дефекации имеют императивный характер, периодически отмечается недержание кала. Стул преимущественно состоит из слизи, гноя и обильного количества крови. Выставлен диагноз: язвенный колит, тотальное поражение, стадия воспалительных изменений в сигмовидной и в куполе слепой кишки, хроническое непрерывное тяжелое течение, среднетяжелая атака. Болезнь Крона толстой кишки. Язвенный энтероколит. В связи с выставленным диагнозом назначено лечение: биологическая терапия адалимумабом (хумира) 40 мг, месалазин 3 г в сутки, ципрофлоксацин, метронидазол, инфликсимаб 300 мг. На фоне терапии клинически наблюдается положительная динамика в виде сокращения количества дефекаций до 5–7 раз в сутки, купирования болей.

Обсуждение

Представленные клинические случаи представляют собой анализ аспектов дифференциальной диагностики и индивидуализированного подхода к лечению при выявлении признаков язвенного колита и болезни Крона у пациентов. Рассмотренные случаи подтверждают сложность дифференциальной

диагностики при сочетании двух воспалительных заболеваний. Индивидуализированный подход и совместные усилия гастроэнтерологов и хирургов играют ключевую роль в правильном диагнозе и эффективном комбинированном лечении пациентов с подобными клиническими случаями.

Заключение

Результаты данного исследования позволяют выработать рекомендации по оптимизации диагностики и лечения пациентов с язвенным колитом

и болезнью Крона, подчеркивая важность индивидуализированного подхода в контексте современной медицины.

Финансирование

Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Литература | References

1. Ivashkin V.T. et al.; Russian Association of coloproctology completely, Russian Gastroenterological Association. [Crohn's disease]. Clinical recommendations. Approved No: 176. Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. 47 P. (in Russ.)
Ивашкин В. Т. и соавт. Клинические рекомендации. Болезнь Крона. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. 2020. – 47с.
2. Stjzhkina S.N., Neganova O. A., Merzlyakova Yu.S., Hamadullin A. A. Current pregnancy during an ulcerous goal. *Colloquium-journal*. 2019;34 (10–3):54–55. (in Russ.)
Стяжкина С. Н., Неганова О. А., Мерзлякова Ю. С., Хамадуллин А. А. Течение беременности при язвенном колите. *Colloquium-journal*. 2019;34 (10–3):54–55.
3. Styazhkina S.N., Klimentov M. N., Neganova O. A., Abasova A. D., Bakirova L. R., Efremova D. S. Nonspecific ulcerative colitis and Crohn's disease. Their differential diagnosis, morphological picture and analysis of prevalence among intestinal diseases. *Capital of Science*. 2020; 18 (1): 28–39. (in Russ.)
Стяжкина С. Н., Климентов М. Н., Неганова О. А., Абасова А. Д., Бакирова Л. Р., Ефремова Д. С. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Их дифференциальная диагностика, морфологическая картина и анализ распространенности среди заболеваний кишечника. *Столица науки*. 2020; 18 (1): 28–39.
4. Styazhkina S.N., Mullakhmetova A. A., Paderina A. S. Clinical case of diagnosis and treatment of Crohn's disease. *Diary of Science*. 2020; 4 (40): 1–13. (in Russ.) (Available at: http://dnevniknauki.ru/images/publications/2020/4/medicine/Styazhkina_Mullahmetova_Paderina2.pdf Access: 05.05.2023.)
Стяжкина С. Н., Муллахметова А. А., Падерина А. С. Клинический случай диагностики и лечения болезни Крона. *Дневник науки*. 2020; 4 (40): 1–13. URL: http://dnevniknauki.ru/images/publications/2020/4/medicine/Styazhkina_Mullahmetova_Paderina2.pdf
5. Styazhkina S.N., Klimentov M. N., Chernyshova T. E., Neganova O. A., Subaev F. F., Matusevich A. E. Crohn's disease in a patient with ciliopathy (cystic disease of the kidneys, liver, lungs), ankylosing spondylitis and secondary polyosteoarthritis, who is on programmed hemodialysis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;(9):85–88. (In Russ.) doi: 10.31146/1682–8658-ecg-181–9–85–88.
Стяжкина С. Н., Климентов М. Н., Чернышова Т. Е., Неганова О. А., Субаев Ф. Ф., Матусевич А. Е. Болезнь Крона у больного с цилиопатией (кистозная болезнь почек, печени, легких), анкилозирующим спондилитом и вторичным полиостеоартрозом, находящегося на программном гемодиализе. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2020;(9):85–88. doi: 10.31146/1682–8658-ecg-181–9–85–88.
6. Klimentov M. N., Styazhkina S.N., Neganova O. A., Lyubimtseva M. S., Semibratova E. V., Turbin O. D. Crohn's disease complications, requiring surgical treatment. *Perm Medical Journal*. 2019;36(3):98–105. (in Russ.) doi: 10.17816/pmj36398–105
Климентов М. Н., Стяжкина С. Н., Неганова О. А., Любимцева М. С., Семибратова Е. В., Турбин О. Д. Осложнения болезни Крона, требующие хирургической помощи. *Пермский медицинский журнал*. 2019;36(3):98–105. doi: 10.17816/pmj36398–105.