



Клинический случай: Болезнь Крона с детства в взрослую жизнь.

Алдабергенова А.Б., Калимуллина М.Т. резиденты 1 года обучения, гастроэнтеролог Абай Г.А.
Кафедра внутренних болезней с курсами нефрологии, гематологии, аллергологии и иммунологии
НАО «Медицинский университет Астана»

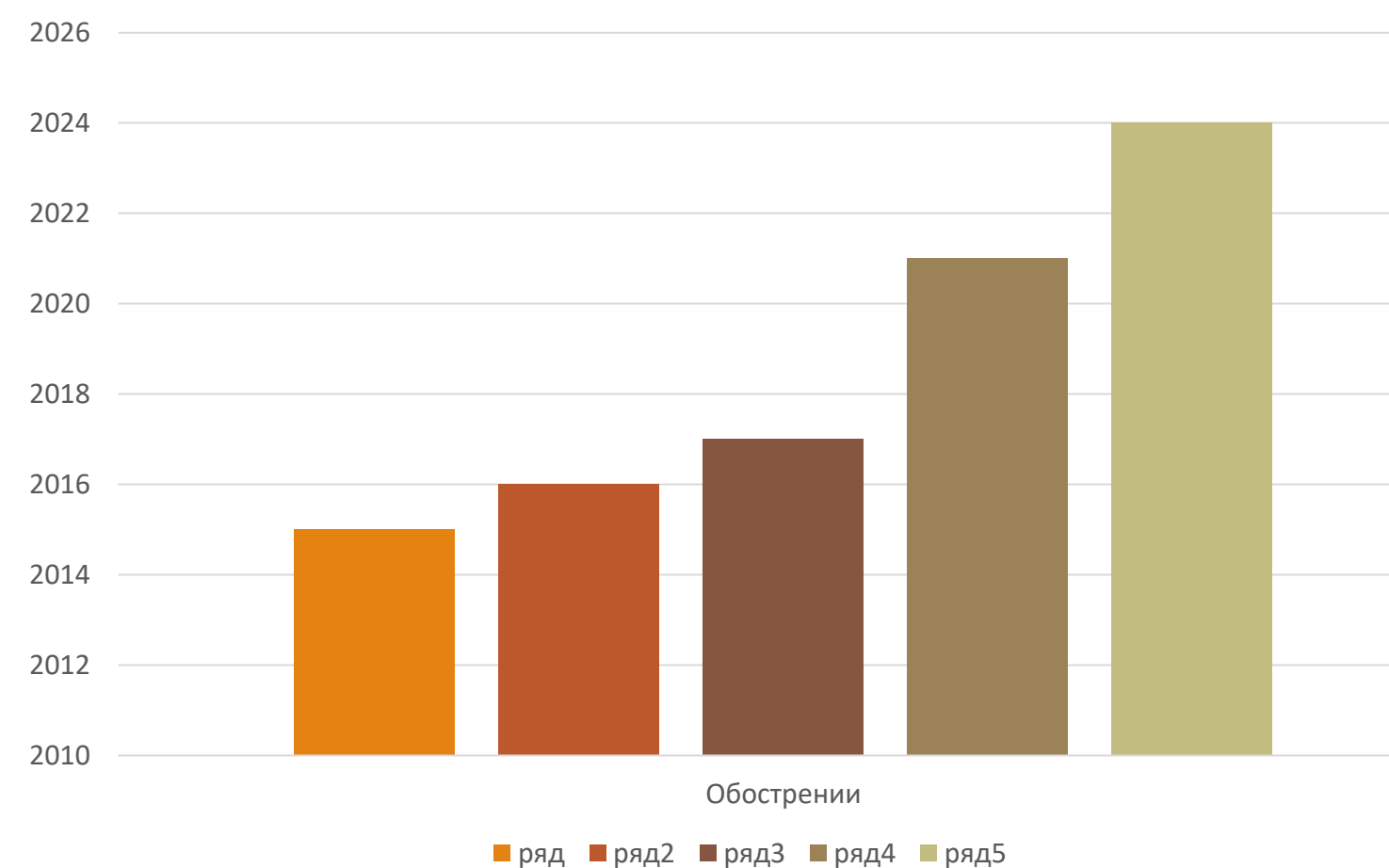
Вводная часть

Болезнь Крона (БК) - хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (от полости рта до ануса), характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений (свищей, стриктур, перианальных абсцессов).
БК проявляется значительным ростом заболеваемости в последние 30 лет. Преимущественное поражение лиц молодого возраста, частой инвалидизацией и поздней диагностикой.

Клиническая картина

Пациент Ф., 18 лет, поступил с клиникой гемоколита, интоксикационного синдрома и диспепсии.
Дебют заболевания с 2012г (7 лет): гемоколит, артралгия. Обследован, выставлен диагноз: НЯК, получал лечение: Месалазин из расчета 50 мг/кг - 1500 мг/сут. В 2015г верифицирован диагноз: Болезнь Крона, начато биологическая терапия: Инфликсимаб.
В 2017г на колоноскопии сужение просвета толстого кишечника. В 02.2017г Резекции восходящего отдела толстого кишечника и купола слепой кишки с наложением илео-трансверзоанастомоза.
08.02.2023г Смена биологической терапии на Адалимумаб.
В данное время получает Адалимумаб раз 2 недели (последняя инфузия 07.02.2024г), Пентаса 2г/день + суспензию ректально, Буденофальк 3 мг x 3 раза.

Обострения БК по годам



Инструментальные исследования

• **Тотальная видеоколоноскопия:** слизистая на всем протяжении резко отечная, инфильтрированная, контактно кровоточит, на всем протяжении определяются участки гиперплазии слизистой и множество поперечных линейных язв, в просвете слизи с кровью.
Заключение: Состояние после резекции слепой кишки и восходящего отдела, наложения илео-трансверзоанастомоза. Болезнь Крона, высокая степень активности.
Биопсия: Очаговая деструкция кишечных крипт слизистой оболочки прямой кишки с формированием щелевидной эрозии, проникающий в мышечный слой.

Вывод

Представленный клинический случай подчеркивает запоздалую диагностику, которые привели к осложнениям в виде сужении толстого кишечника. Ранняя диагностика болезни Крона имеет решающее значение для предотвращения прогрессирования заболевания и минимизации его негативных последствий.
Ключевые аспекты ранней диагностики:
1. Клинические признаки: боли в животе, диарея, кровотечения из кишечника, потеря веса, утомляемость и задержка в росте у детей.
2. Лабораторные показатели (ОАК, фекальный кальпротектин, СРБ) и инструментальные исследования (колоноскопия с биопсией, УЗИ ОБП, МРТ).
Ранняя диагностика позволяет во время начать специфическое лечение во время и улучшить прогноз для пациента с болезнью Крона.

Лабораторные исследования

Показатели	06.02.24
Гемоглобин	101 г/л
эритроциты	4,49 10 ¹² /л
Лейкоциты	12,08*10 ⁹ /л
Тромбоциты	406 10 ⁹ /л,
СРБ	11,2 мг/л
Фекальный кальпротектин	505,6 мкг/л;
Антитела к Адалимумаб	9.23 Ед/мл.
Скрытая кровь в кале	++

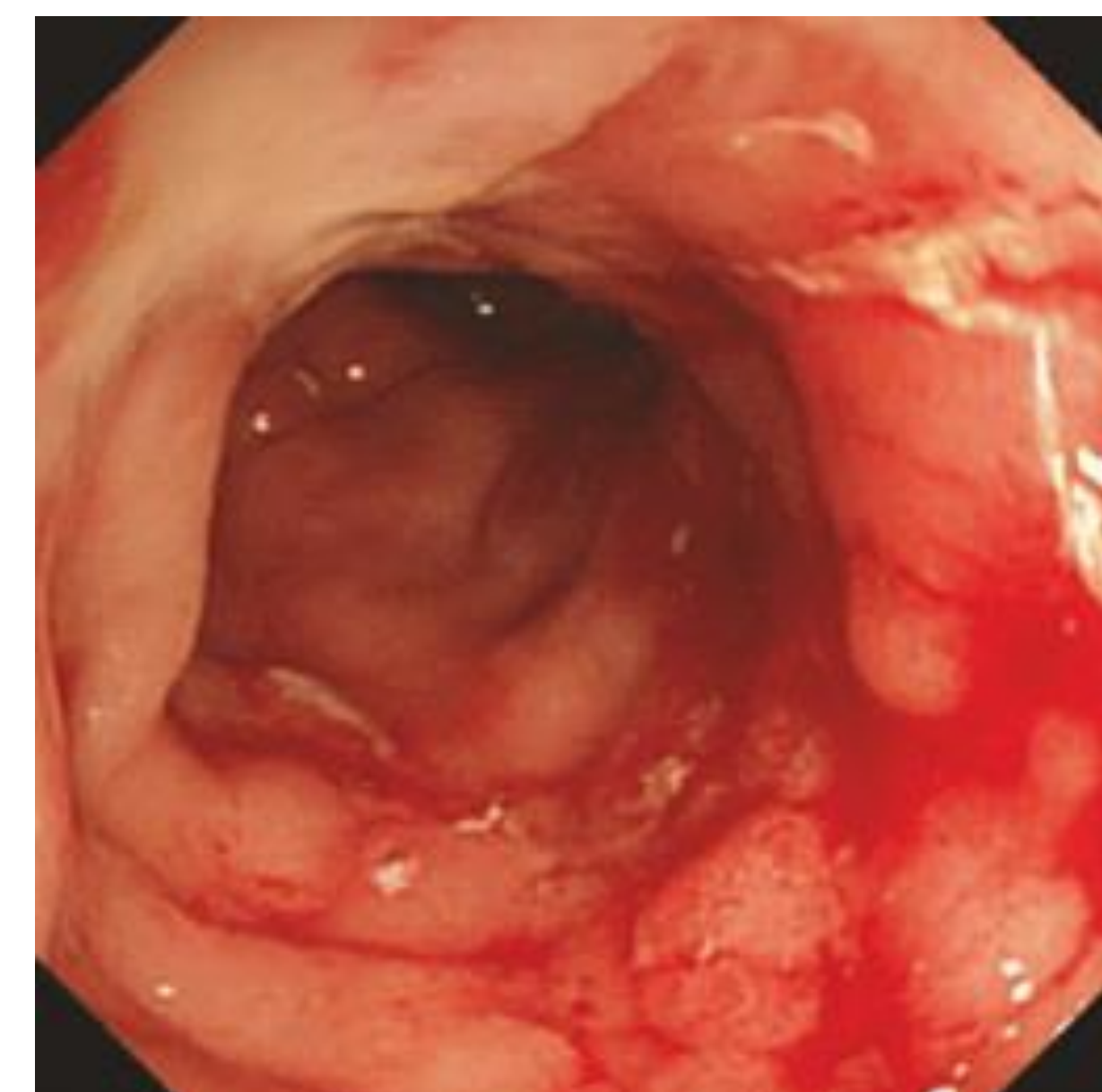


Рис1. Эндоскопическая картина

Список источников и материалов

1. European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO, 2021г. https://ibd.ee/wp-content/uploads/2021/03/CD_Patient_Guidelines
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35595422/>
3. Болезнь Крона, клинический протокол МЗ РК 2020г. <https://diseases.medelement.com/disease>
4. <https://www.ecco-ibd.eu/>