

Трудности ведения пациента со стенозирующей формой болезни Крона

Difficulties in managing patients with the stenotic form of Crohn's disease

Коробова Софья Романовна

Научный руководитель: Сурков Андрей Николаевич, д.м.н., профессор, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Прогрессирующее течение болезни Крона (БК) приводит к развитию кишечных осложнений у каждого второго больного на протяжении 10 лет наблюдения, и до 90% пациентов подвергаются в течение жизни одной или нескольким операциям. При осложнениях необходим тщательный подбор терапии.

Цель. Описание клинического случая стенозирующей формы БК у подростка.

Клинический случай. Мальчик, 15 лет 8 мес. В возрасте 14 лет 3 мес появились жалобы на жидкий стул после каждого приема пищи до 4 раз в сутки, боли в животе. С момента заболевания снижение массы тела на 10 кг, снижение аппетита, астения.

В 14 лет 5 мес проходил обследование по месту жительства, по результатам которого выставлен диагноз: «БК тонкой и толстой кишки (илеит, баугинит, тифлит), стенозирующая форма (рубцовая деформация слепой кишки, стеноз Баугиниевой заслонки), умеренная/высокая активность». Начата антицитокиновая терапия инфликсимабом в дозе 5 мг/кг, по схеме 0–2–6, далее 1 раз в 8 нед. Добавлены азатиоприн — 1,25 мг/кг, месалазин — 50 мг/кг/сут, метронидазол и ципрофлоксацин. На фоне терапии отмечена незначительная и нестойкая положительная динамика.

В 14 лет 9 мес госпитализирован в экстренном порядке в связи с выраженным абдоминальным болевым синдромом. При компьютерной томографии картина терминального илеита, колита, инфильтрата в области илеоцекального угла. Проведено лечение: электролитный раствор (стерофундин), метронидазол, цефтриаксон, месалазин, фолиевая кислота, азатиоприн, а также продукт детского диетического питания. Наблюдалась положительная динамика в виде снижения маркеров воспаления, уменьшения

размеров инфильтрата, купирования болевого синдрома. Рекомендовано удаление инфильтрата в плановом порядке, от чего мать ребенка отказалась.

Через 2 нед поступил в отделение гастроэнтерологии для детей РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского для проведения обследования и коррекции терапии. Отмечена высокая активность БК (PCDAI — 45 баллов). Учитывая низкий остаточный уровень инфликсимаба, высокую лабораторную активность, эндоскопическую картину, ребенку были сокращены интервалы между введениями препарата до 4 нед, увеличена доза до 6,8 мг/кг/введение. Также доза азатиоприна увеличена до 62,5 мг/сут. В 14 лет 11 мес ребенку проведена плановая лапароскопически ассистированная илеоцекальная резекция, наложен илеоасцендоанастомоз. Продолжена антицитокиновая терапия. На фоне проводимого лечения — выраженная положительная динамика в виде купирования абдоминального болевого и астенического синдромов, нормализации характера стула и частоты дефекаций.

Обсуждение. По результатам последней госпитализации отмечено значительное снижение активности БК (PCDAI — 25 баллов), в связи с чем показаний к интенсификации терапии не было. Улучшились качество жизни и физическая активность пациента.

Заключение. Первоначальная недостаточная эффективность проводимой терапии была обусловлена наличием инфильтрата в брюшной полости, в связи с чем у пациентов с тяжелым течением БК чрезвычайно важна своевременная диагностика осложнений для принятия решения об оперативном вмешательстве. Верно избранная тактика ведения пациента позволила добиться снижения степени активности БК, что, безусловно, благоприятно отразится на прогнозе заболевания.