

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2022.4.CASE.1>

УДК 616.344-002-031.84

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ «БОЛЕЗНЬ КРОНА»  
В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

И.И. Фазлыева

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

**Резюме.** Представлен клинический случай пациентки З., 31 год, с обострением болезни Крона в период беременности. Несмотря на то, что проводилось лечение, беременность закончилась мертворождением (29 недель). Степень активности заболевания обуславливает возникновение осложнений во время беременности. Именно поэтому необходимо проведение прегравидарной подготовки, особенно в период ремиссии заболевания.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, беременность, клинический случай.

**Для цитирования:** Фазлыева И.И. Клиническое наблюдение пациентки с диагнозом «болезнь Крона» в период беременности. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2022;12(4). <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2022.4.CASE.1>

CLINICAL OBSERVATION OF A PATIENT DIAGNOSED WITH CROHN'S DISEASE DURING PREGNANCY

I.I. Fazlyeva

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

**Abstract.** We present the clinical case of patient Z., 31 years, old with exacerbation of Crohn's disease during pregnancy. Although treatment was given, the pregnancy ended in stillbirth (29 weeks). The degree of activity of the disease determines the occurrence of complications during pregnancy. That is why pre-pregnancy preparation is necessary, especially when the disease is in remission.

**Key words:** Crohn's disease, inflammatory bowel disease, pregnancy, clinical case.

**Cite as:** Fazlyeva I.I. Clinical observation of a patient diagnosed with Crohn's disease during pregnancy. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ". Rehabilitation, Doctor and Health.* 2022;12(4). <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2022.4.CASE.1>

**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 уровню заболеваемости ВЗК значительно уступают другим гастроэнтерологическим заболеваниям, а по тяжести течения, частоте осложнений и летальности они во всем мире занимают одно из ведущих мест среди болезней желудочно-кишечного тракта [1].

Этиологический фактор воспалительных заболеваний кишечника не установлен: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретен-

ного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды [2].

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [2]. Наибольшая частота распространения поражения при БК приходится на подвздошную и ободочную кишки [3]. Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек [4].



Данные о распространенности БК в Российской Федерации ограничены. Распространенность БК выше в Северных широтах и на Западе. Заболеваемость и распространенность БК в Азии ниже, однако увеличивается. Пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, а второй пик заболеваемости описан в возрасте 60–70 лет. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин [2].

Имеется большое число публикаций, предметом обсуждения которых является анализ течения беременности, внутриутробные патологии плода и методы родоразрешения у беременных с болезнью Крона. Бесспорным является вопрос о планировании беременности, которую необходимо осуществлять в период ремиссии основного заболевания, поскольку на фоне обострения болезни резко возрастает вероятность неблагоприятных исходов беременности [5].

Каждый случай беременности, осложненный вышеупомянутой патологией, требует продолжения медикаментозной терапии в течение всего периода гестации и тщательного наблюдения группы специалистов.

**Цель исследования:** провести анализ клинического наблюдения пациентки с диагнозом: болезнь Крона в форме терминального илеита, среднетяжелая форма, хроническое течение, клиническая ремиссия (Индекс Беста 95 баллов), осложненная гормональной резистентностью, лимфаденопатией корня брыжейки тонкой кишки, рубцовой деформацией баугиниевой заслонки со стенозированием, хронической железодефицитной анемией I степени.

### Материал и методы

Был проведен анализ клинического наблюдения пациентки, находившейся на лечении в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» города Ижевска.

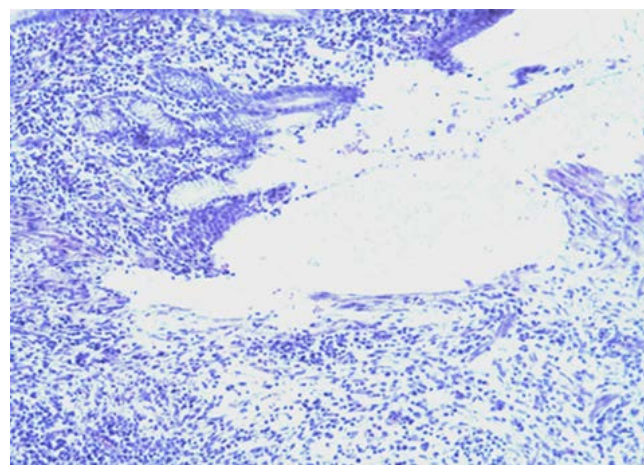
### Клиническое наблюдение

Пациентка 3., 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 °C по вечерам 1–2 раза в неделю, незначительные периодические боли в животе, отрыжку воздухом после еды, эпизодическое вздутие живота.

Считает себя больной с детства (с 2 лет), когда появились боли в животе. Лечилась у педиатра с диагнозом: дисбиоз. Далее перешла под наблюдение терапевта с диагнозом: синдром раздраженного кишечника, вторичный дисбиоз. В мае 2012 г. Обратилась на консультацию к гастроэнтерологу в связи с непроходящими болями в животе. В октябре 2014 г. Была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», выставлен диагноз: хронический колит неутонченной этиологии.

По колоноскопии (07.10.2014): острый геморрагический эрозивный процесс в области баугиниевой заслонки, не исключается болезнь Крона.

При повторном стационарном лечении проведена колоноскопия (07.04.2015), по результатам которой выставлен диагноз: болезнь Крона, стадия изъязвлений, с поражением баугиниевой заслонки. Стеноз баугиниевой заслонки (рис. 1). Эффекта от гормональной терапии не было. При колоноскопии в ФГБУ НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России от января 2016 г. – терминальный илеит, фаза язв. Там, на стационарном лечении, было рекомендовано начать биологическую терапию препаратом цертолизумаб пэгол, на фоне лечения умеренная положительная динамика. Последующее введение препарата цертолизумаб пэгол 400 мг п/к 1 раз в 4 недели. Получала препарат 1,5 года, проводилось лечение на фоне беременности.



**Рисунок 1.** Стенка тонкой кишки, баугиниева заслонка. Отек, диффузная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами

**Figure 1.** Small intestine wall, Bauginia barrier. Edema, diffuse infiltration with lymphocytes, histiocytes

В 29 недель выявлена внутриутробная гипоксия и гибель плода. После этого биологическую терапию не получала. Колоноскопия (21.11.2018): хроническая язва баугиниевой заслонки, осложненная стенозом. Долихосигма. Индекс Беста 219 баллов.

Учитывая положительную клиническую симптоматику (улучшение общего самочувствия, прибавка в массе тела), результаты эндоскопии, принято решение продолжить терапию препаратом цертолизумаб пегол 400 мг и параллельно препаратом азатиоприна 100 мг в сутки. Колоноскопия (09.04.2020): в воспалительный процесс вовлечена восходящая часть ободочной кишки, сохраняются изъязвления в области баугиниевой заслонки со стенозом, формирующийся свищ терминальной части подвздошной кишки. При ирригоскопии (12.11.2020) выявлена недостаточность баугиниевой заслонки. Энтерит.

Констатируется клиническая ремиссия на фоне сохраняющейся активности эндоскопической картины. Последнее введение цертолизумаб пегол 400 мг (28.01.2021). Прием азатиоприна прекратила с декабря 2019 г.

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).

Аллергологический анамнез: лекарственная аллергия на метронидазол и цефотаксим, ципрофлоксацин (сыпь, зуд). Аллергические проявления у родственников отрицает. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога.

Акушерский анамнез: менструация с 14 лет, беременности – 2, роды – 1 (кесарево сечение – мертворожденный); замершая беременность в сроке 5–6 нед. (2013 г.).

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.

Общий анализ мочи (02.03.2021): без патологий.

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

Заключение УЗИ (27.01.2021): признаки диффузных изменений в поджелудочной железе, лимфоаденопатии в воротах печени, следов сво-

бодной жидкости у купола слепой кишки, объемного образования передней брюшной стенки (рабдомиома? эндометриоз?).

Заключение ирригоскопии (12.11.2020): недостаточность баугиниевой заслонки. Энтерит. Начальные признаки колита (на уровне поперечного и нисходящего отделов ободочной кишки).

Заключение видеокколоноскопии (09.04.2020): эндоскопические признаки болезни Крона с поражением баугиниевой заслонки, подвздошной кишки, восходящей кишки в фазе изъязвлений, грубая рубцовая деформация баугиниевой заслонки со стенозом, внутренний свищ в терминальной части подвздошной кишки(?).

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 500млн 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 беременность пациентки с болезнью Крона развивалась в период активности заболевания и закончилась соответственно мертворождением (29 недель), 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 недели подкожно, в связи с чем наблюдается клиническая ремиссия при сохранении минимальной активности при эндоскопическом исследовании.

## Выводы

При анализе клинического случая болезни Крона в период беременности выявлены факторы риска для жизни матери и плода. Степень активности заболевания обуславливает возникновение осложнений во время беременности. Необходимо проведение прегравидарной подготовки, особенно в период ремиссии. Беременность должна про-



ходить под наблюдением врача акушера-гинеколога, гастроэнтеролога, колопроктолога и других специалистов с учетом осложнений беременности, родов и послеродового периода. Пациентка, получающая индивидуально подобранную терапию, будет иметь попытки планирования по-

следующей беременности при более тщательном наблюдении. Таким образом, в целом прогноз в отношении перинатальных исходов при ВЗК благоприятен, если нет активности данных заболеваний в период беременности.

#### Литература/References

- 1 Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Москва, 2008. 400 с. [Vorobyov G.I., Khalif I.L. Nonspecific inflammatory bowel diseases. Moscow, 2008. 400 p. (In Russ)].
- 2 Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации. Болезнь Крона. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. 2020. 47 с. [Ivashkin V.T. et al. Clinical guidelines. Crohn's disease. Russian Gastroenterological Association, Association of Coloproctologists of Russia. 2020. 47 p. (In Russ)].
- 3 Fakhoury M., Negrulj R., Mooranian A., Al-Salami H. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. *Journal of Inflammation Research*. 2014;7:113-120. <https://doi.org/10.2147/JIR.S65979>
- 4 Cosnes J. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;1785-94.
- 5 O'Toole A., Nwanne O., Tomlinson T. Inflammatory Bowel Disease Increases Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci*. 2015;60:2750-2761.
- 6 Van Der Woude C.J. et al. The Second European Evidenced-Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2015;9(2):107-124.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Competing interests.** The author declare no competing interests.

**Финансирование.** Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

**Funding.** This research received no external funding.

**Соответствие нормам этики.** Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе.

**Compliance with ethical principles.** The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study.

#### Авторская справка

**Фазлыева Илиза**

**Ильнуровна**

Кафедра факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

E-mail: iliza.18@mail.ru

ORCID 0000-0002-5806-7625

Вклад в статью 100 % – анализ данных литературы, написание текста работы, формулирование выводов