

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 618.3.-06: 61634-002-031.84]-036.1

БОЛЕЗНЬ КРОНА И БЕРЕМЕННОСТЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Н. В. Кирьянова^{1}, Е. Н. Михалева², Е. И. Воронова¹, Т. М. Зиньковская¹*

¹Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера, г. Пермь,

²Городская клиническая больница № 2, г. Пермь, Российская Федерация

CROHN'S DISEASE AND PREGNANCY: CLINICAL CASE

N. V. Kiryanova^{1}, E. N. Mikhaleva², E. I. Voronova¹, T. M. Zinkovskaya¹*

¹Perm State Medical University named after E.A. Wagner,

²City Clinical Hospital №2, Perm, Russian Federation

Описан случай благоприятного течения беременности и рождения здорового ребенка у женщины с болезнью Крона, распространением гранулематозного процесса на область промежности.

Ключевые слова. Болезнь Крона, беременность, внекишечная локализация.

A case of favorable pregnancy course and birth of healthy baby in a woman with Crohn's disease and dissemination of granulomatous process to the perineal region is described in the paper.

Key words. Crohn's disease, pregnancy, abenteric localization.

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением, развитием местных и системных осложнений. Впервые заболевание было описано американским гастроэнтерологом В. В. Crohn и соавт. в 1932 г. [1].

Клинически БК может проявляться расстройствами стула, абдоминальными болями, стихающими после дефекации, общими симптомами (лихорадка, похудание, недомогание, анорексия), формированием свищей.

Внекишечные проявления БК включают узловатую эритему, пиодермию, эписклерит, увеит, анкилозирующий спондилит, артриты и пр.

© Кирьянова Н. В., Михалева Е. Н., Воронова Е. И., Зиньковская Т. М., 2015

e-mail: nwk_08@mail.ru

тел. 8 902 799 98 06

[Кирьянова Н. В. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии и семейной медицины ДПО; Михалева Е. Н. – кандидат медицинских наук, заведующая отделением гастроэнтерологии; Воронова Е. И. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии и семейной медицины ДПО; Зиньковская Т. М. – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии семейной медицины ДПО].

По распространенности поражения принято выделять локализованную и распространенную формы: при БК могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта – от полости рта до выходных отделов [2].

Диагноз БК (по Lennard-Jones) считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым из перечисленных признаков [3]:

1. Поражение от полости рта до анального канала: хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение.

2. Прерывистый характер поражения.

3. Трансмуральное поражение с формированием язв-трещин, абсцессов, свищей.

4. Фиброзные изменения, стриктуры.

5. Лимфоидная ткань (по данным гистологического исследования).

6. Муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки.

7. Наличие саркоидной гранулемы.

Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют, что у 7–12 % женщин с воспалительными заболеваниями кишечника происходит снижение фертильности, однако вопрос о возможности вынашивания беременности у таких женщин до настоящего времени изучен недостаточно. Отсутствие у врачей информации об особенностях течения беременности, безопасности современных методов лечения приводит к необоснованным выводам о недопустимости беременности в случаях БК [4, 5].

Большинство исследований, посвященных изучению БК в период беременности, выполнены на нерепрезентативном клиническом материале. Судить по их результатам об особенностях БК у женщин в период беременности сложно. Вместе с тем известно, что применение сульфасалазина у беремен-

ных не сопряжено с риском токсического воздействия на плод. Установлено, что беременность не противопоказана пациенткам с легкой и среднетяжелой формой болезни Крона.

Приводим собственное наблюдение. Пациентка Г., 1980 года рождения, не работает, образование среднее специальное. В 1998 г. впервые появились кондиломатозные разрастания в области ануса, успешно удаленные хирургом-проктологом. Патоморфологическое исследование разрастаний не проводилось.

В 2008 г. появился неустойчивый стул с примесью крови (до 4 раз в сутки), рецидивировали перианальные разрастания с распространением их на область промежности и гениталий; появились «трещины» в паховых складках.

В 2009 г. выполнена биопсия разрастаний, обнаружены признаки гранулематозного воспаления, что послужило основой для диагностики болезни Крона. Проведено инструментальное обследование (ирригография, колоноскопия) – убедительных данных о наличии болезни Крона не было найдено, однако с 2009 г. постоянно принимает сульфасалазин от 2 до 4 г в сутки. При попытке отмены препарата появлялись боли в левой подвздошной области, рецидивировала диарея. Проводились 2 коротких курса терапии преднизолоном в дозе 25 мг/сут с минимальным положительным эффектом.

В марте 2013 г. пациентка забеременела, обратилась за консультацией в центр планирования семьи при ПГМА. Был проведен консилиум с участием смежных специалистов. Status genitalis: в области наружных половых органов гроздьевидные образования до 8–10 см в диаметре с индуративным отеком больших половых губ (рисунок). Трещины в паховых складках, между малыми и большими половыми губами с эрозивными поверхностями и налетом фибрина. В перианальной зоне опухлевидные образования до 2–4 см в диаметре. Беременность 7 недель. Заключение: бо-

лезнь Крона с внекишечными проявлениями. Беременность 7 недель. Показаний к прерыванию беременности не выявлено. Рекомендовано совместное наблюдение акушером-гинекологом и гастроэнтерологом.

В течение первого триместра беременности трещины и эрозии эпителизовались, однако опухолевидные образования увеличились в размерах. Самочувствие пациентки оставалось удовлетворительным.

В срок 31–32 недели пациентка была госпитализирована в ГЭО ГБУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Перми для проведения обследования, верификации диагноза и коррекции терапии.

При поступлении беспокоило чувство дискомфорта в области промежности, неустойчивый стул 2–4 раз в сутки с примесью алой крови.

Результаты обследования. Общий анализ: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,0 \cdot 10^{12}$, цветовой показатель – 27 пг, лейкоциты – $6,5 \cdot 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы – 8 %, сегментоядерные – 75 %, лимфоциты – 15 %, моноциты – 2 %, анизоцитоз эритроцитов, СОЭ – 31 мм/ч. Группа крови O (1); резус положительный. В биохимическом анализе крови повышен уровень общей железосвязывающей способности (88,8 мкмоль/л), при нормальном уровне сывороточного железа (9,18 мкмоль/л). Фибриноген – 7,79. В анализе кала на дисбиоз выявлена 3-я степень нарушения микробиоты. В анализе мочи лейкоциты – 4–5 в поле зрения, эпителиурия – 20–25 в поле зрения, слизь. ЭКГ: ритм синусовый, ускоренный, с частотой 97 в мин.

УЗИ органов брюшной полости: перегиб желчного пузыря, камень желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные. Живот правильной формы, при пальпации мягкий безболезненный. Печень не увеличена.



Рис. Множественные кондиломатозные разрастания перианальной области и гениталий у пациентки Г.

Матка в нормотонусе. Предлежит головка; сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Status localis per vaginam: на половых губах множественные безболезненные эпителизованные опухолевидные образования. В складках между половыми губами – линейной формы язвы с налетом фибрина, грануляциями. Шейка матки без видимой патологии, сформирована. Выделения молочные, обильные.

Осмотрена проктологом, *status localis*: при осмотре промежности определяются множественные кондиломатозные разрастания от 1,5 до 4 см по длиннику. При разведении краев ануса видны анальные трещины больших размеров и несколько наружных свищевых отверстий. При попытке пальцевого исследования прямой кишки установлено, что анальный канал резко сужен, ригидный. На передней и задней стенке – обширные язвы.

Под наркозом пациентке проведена ревизия анального канала: на промежности у наружного края ануса определяются множественные кондиломатозные разрастания до 2–4 см, некоторые изъязвлены. Кроме того, имеется несколько трещин больших размеров. Анальный канал значительно сужен, ригидный. При осмотре с зеркалом видны несколько обширных язв. Выше зубчатой ли-

нии слизистая прямой кишки обычного вида. Свищей прямой кишки не найдено. Одно из изъязвленных образований анального канала иссечено для гистологического исследования. Результаты: кусочек слизистой 2–1–1 см, плотноэластической консистенции, на разрезе серый однородный; покрыт многослойным плоским изъязвленным эпителием, в подлежащей строме грануляционная ткань разной степени зрелости. Заключение: хроническое воспаление кожи промежности.

Больная неоднократно была осмотрена фтизиатром, туберкулез органов промежности был исключен.

В стационаре проведен консилиум, в котором приняли участие гинеколог, проктолог, гастроэнтеролог. Заключение: болезнь Крона с преимущественным поражением анального канала с внекишечными проявлениями (перианальной области и гениталий). Не исключается плоскоклеточное заболевание ануса. Даны рекомендации провести родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке, а также после родоразрешения провести колоноскопию под наркозом; исследовать кал на кальпротектин; пересмотреть биоптат от 2009 г.; коррекция терапии в зависимости от результатов биопсии. При верификации болезни Крона показана терапия инфлексимабом или адалимумабом. Из гастроэнтерологического отделения выписана с рекомендациями пройти освидетельствование медико-санитарной экспертизой для определения группы инвалидности; наблюдение у проктолога.

Биоптат от 2009 г. был пересмотрен, заключение: представлен пласт эпидермального слоя эпителия неравномерной толщины, с акантозом. Гетерогенность хроматина в ядрах и гиперхромия. В строме выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация и значительное количество многоядерных клеток, формирующих гранулемы. Кроме того, были пересмотрены препараты от 2013 г., матери-

ал представлен крупным фрагментом грануляционной ткани без эпителиальной выстилки, с обилием сосудов и полиморфноклеточных инфильтратов. В глубине кусочка выраженная инфильтрация плазмочитами и лимфоцитами. Многоядерных клеток в данном биоптате нет.

На основании совокупности данных пациентке был поставлен окончательный диагноз.

Основной: болезнь Крона анального канала, хроническое рецидивирующее течение, средней степени тяжести, с внекишечными проявлениями (поражение промежности и гениталий), фаза неполной ремиссии.

Осложнения: анальные трещины; структура анального канала. ЖКБ, калькулезный холецистит вне обострения; хроническая гипохромная анемия II степени.

Беременность 34 недели.

В стационаре проведено лечение: инфузионная терапия, свечи Салофальк 500 мг per rectum на ночь; феррум-лек по 1 таблетке 3 раза в день. Выписана с рекомендациями, приведенными выше.

В срок 40 недель проведена операция кесарева сечения: плод весом 4220 г, ростом 54 см, без признаков патологии. Послеродовый период протекал без осложнений. Выписаны на пятые сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, представленный случай демонстрирует возможность благоприятного течения беременности у женщин с болезнью Крона средней степени тяжести и внекишечными проявлениями в период обострения; а также рождения здорового доношенного потомства. Совместное ведение таких пациенток гинекологом и гастроэнтерологом позволяет своевременно диагностировать рецидив заболевания и применить гибкую тактику противовоспалительной терапии.

Библиографический список

1. *Адлер Г.* Болезнь Крона и язвенный колит. М., 2001; 527.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство; под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. М. ГЭОТАР Медиа 2008; 754.
3. *Голованчикова В. М., Шифрин О. С., Ивашкин В. Т.* Современные подходы к лечению хронических воспалительных заболеваний кишечника. Российские медицинские вести 2009; Т. 14, № 3: 29–37.
4. *Irvine E. J., Farrokhyar F., Swarbrick E. T.* A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. Scand. J. Gastroenterol. 2001; 36 (1): 2–15.
5. *Marchal J., Hilsden R.* Environment and epidemiology of inflammatory bowel disease. Inflammatory bowel disease; ed. J. Satsangi, L. Sutherland. Churchill-Livingstone 2003; 17–28.

Материал поступил в редакцию 18.01.2015