

© Коллектив авторов, 2026
DOI: 10.21886/2712-8156-2026-7-2-88-92

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ СТРИКТУРИРУЮЩЕГО ФЕНОТИПА БОЛЕЗНИ КРОНА

А.Т. Маринчук¹, Е.С. Пак^{1,2}, Т.М. Петрова², М.А. Алашеева¹, А.С. Харьков¹, О.В. Бухтин²,
Н.А. Корсун², А.Б. Московец³

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

³Городская поликлиника №10, Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. Болезнь Крона нередко имеет агрессивное течение, приводит к тяжелым осложнениям. Часто выбор хирургической или терапевтической тактики лечения бывает достаточно сложным. В статье представлен клинический случай тяжёлого течения стриктурирующего фенотипа болезни Крона, осложнённой нижней субкомпенсированной тонкокишечной непроходимостью, обсуждены клиническая симптоматика заболевания и тактика ведения пациента.

Ключевые слова: болезнь Крона, стриктура, тонкокишечная непроходимость, тяжелая атака.

Для цитирования: Маринчук А.Т., Пак Е.С., Петрова Т.М., Алашеева М.А., Харьков А.С., Бухтин О.В., Корсун Н.А., Московец А.Б. Клинический случай тяжёлого течения стриктурирующего фенотипа болезни Крона. *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2026;7(2):88-92. DOI: 10.21886/2712-8156-2026-7-2-88-92.

Контактное лицо: Пак Екатерина Сергеевна, katu_pak-k@mail.ru.

A CLINICAL CASE OF SEVERE CROHN'S DISEASE WITH A STRICTURING PHENOTYPE

А.Т. Marinchuk¹, Е.С. Pak^{1,2}, Т.М. Petrova², М.А. Alasheeva¹, А.С. Khar'kov¹, О.В. Bukhtin², Н.А. Korsun²,
А.В. Moskovets³

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

²Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia

³City polyclinic №10, Rostov-on-Don, Russia

Abstract. Crohn's disease often has an aggressive course and leads to severe complications. Often, choosing a surgical or therapeutic treatment approach can be challenging. This article presents a clinical case of a severe course of the stricturing phenotype of Crohn's disease, complicated by lower subcompensated small bowel obstruction, and discusses the clinical symptoms of the disease and the management approach.

Keywords: Crohn's disease, stricture, small bowel obstruction, severe attack.

For citation: Marinchuk A.T., Pak E.S., Petrova T.M., Alasheeva M.A., Khar'kov A.S., Bukhtin O.V., Korsun N.A., Moskovets A.B. A clinical case of severe Crohn's disease with a stricturing phenotype. *South Russian Journal of Therapeutic Practice.* 2026;7(2):88-92. DOI: 10.21886/2712-8156-2026-7-2-88-92.

Corresponding author: Ekaterina S. Pak, katu_pak-k@mail.ru.

Введение

Болезнь Крона (БК) — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1].

Причина БК не установлена. В развитии заболевания играют значение сочетание различных факторов, которые включают генетическую предрасположенность, дефекты врождённого и приобретённого иммунитета, нарушение ки-

шечной микрофлоры, влияние факторов окружающей среды, нарушение барьерной функции слизистой оболочки^{1,2}.

¹ Головенко О. В., Хомерики С. Г., Иванова Е. В. и др. Воспалительные заболевания кишечника: клинические, эндоскопические, морфологические аспекты диагностики, принципы современной терапии. 2-е издание, доп. и перераб. М.: Прима Принт, 2022. 258 с.: ил. ISBN 978-5-6046641-3-1.

² Маев И.В., Андреев Д.Н., Лямина С.В., Белый П.А. Воспалительные заболевания кишечника. Москва : Прима Принт, 2023. – 95 с. ISBN 978-5-6048827-0-2. – EDN MTAQQO. eLIBRARY ID: 87827965

Пик заболеваемости чаще всего наблюдается между 20 и 30 годами жизни, и характеризуется сравнительно высокой частотой хирургических вмешательств при осложнённом течении болезни, значительно ухудшающих качество жизни пациентов [2].

Нередко выбор хирургической или терапевтической тактики лечения может быть достаточно сложным. В связи с этим тактика лечения и ведения больных должны быть рациональными и согласованными.

Описание клинического случая

Больная Б., 27 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение ГБУ РО РОКБ 23.09.2025 с жалобами на боли в животе, не связанные с приёмом пищи, тошноту, которая усиливалась после приёма пищи, рвоту, неоформленный стул до 3–4 раз в день, снижение массы тела, нарушение менструального цикла, вздутие и урчание в животе, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение года, когда появились боли и вздутие живота. Неоднократно консультирована гастроэнтерологами по поводу синдрома раздражённого кишечника, проводилась терапия спазмолитическими средствами, пребиотиками, энтеросорбентами, которая давала временный положительный эффект. Ухудшение в общем состоянии больной наступило с мая 2025 года, когда стала отмечать сильное вздутие и боли в животе, увеличение живота в объёме, тошноту и рвоту после приёма пищи. Обследована амбулаторно. УЗИ органов брюшной полости выявило признаки диффузных изменений печени, выраженный метеоризм с расширенными петлями кишечника.

Рентгенография ОБП: гиперпневматоз кишечника, не исключалась острая кишечная непроходимость.

Скрининг целиакии и аутоиммунного гастрита: отрицательный.

ФКС: на 25 см от ануса визуализируется циркулярное сужение просвета кишки, до 10 мм, с трудом проходимое для эндоскопа, протяжённость сужения — до 2 см, слизистая выражено гиперемирована. Гистологическое заключение от 21.08.2025: в объёме доставленных биоптатов сигмовидной кишки умеренно выраженное хроническое активное воспаление с дискретностью воспалительных инфильтратов, неравномерным фиброзом собственной пластинки слизистой.

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациентка была госпитализирована в ГЭО ГБУ РО РОКБ.

Анамнез жизни: росла и развивалась нормально. Туберкулёз, вирусные гепатиты, вред-

ные привычки отрицает. Наследственный, алергологический и эпидемиологический анамнезы не отягощены. Mensis с 13 лет, по 4 дня, через 28 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Аменорея в течение последних 4 месяцев.

Объективные данные

Общее состояние средней тяжести. Больная астенического телосложения, пониженного питания. Рост — 165 см, вес — 33,7 кг. ИМТ — 12,4 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД = 100/60 мм рт. ст. В лёгких при перкуссии лёгочный звук, при аускультации дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен умеренно белым налётом. Живот вздут, обращают на себя внимание перистальтирующие раздутые петли кишечника. При поверхностной пальпации живота определяется болезненность по ходу ободочной кишки, в эпигастрии, правом и левом подреберьях. При глубокой методической скользящей пальпации живота в левой подвздошной области урчит раздутая сигмовидная кишка в виде гладкого цилиндра толщиной 5 см, болезненная, не смещаемая. Пальпируются раздутые петли восходящего и нисходящего отделов толстой кишки, в виде умеренно плотных, болезненных цилиндров толщиной 5–6 см. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул 3–4 раза в сутки, неоформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования

Анализ крови на вирусные гепатиты, сифилис и ВИЧ-инфекцию отрицательные. Группа крови — В(II), резус-фактор положительный. В общем анализе крови выявлено снижение уровня гемоглобина до 103 г/л, эритроцитов — до $3,24 \cdot 10^{12}/л$, гематокрита — до 31%, тромбоциты составляли $354 \cdot 10^9/л$, лейкоциты — $4,4 \cdot 10^9/л$, из них сегментоядерные нейтрофилы — 59,8%, лимфоциты — 29,2%, моноциты — 9,4%, эозинофилы — 1,6%, СОЭ — 3 мм/час.

Коагулограмма: АЧТВ — 32 сек., протромбиновое время — 15,25 сек. Протромбин по Квику — 61,93%, МНО — 1,35, тромбиновое время — 20,74 сек, фибриноген — 1,79 г/л.

В биохимическом анализе крови активность аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), альфа-амилазы, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы, концентрация общего и прямого билирубина, глюкозы, креатинина, мочевины, холестерина, калия, натрия колебались в пределах нормаль-

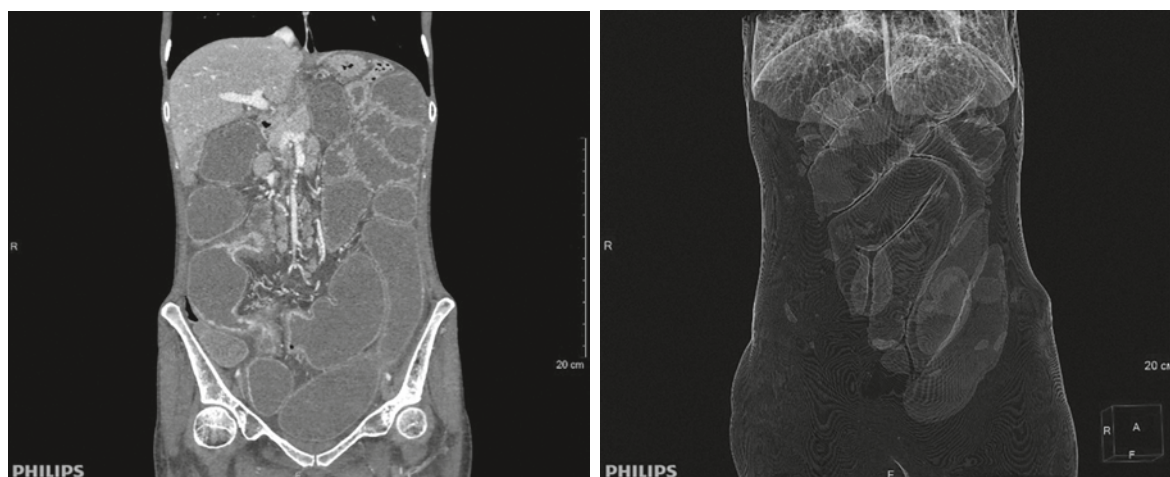


Рисунок 1, 2. Результаты КТ органов брюшной полости
Figure 1, 2. Results of CT of abdominal organs

ных значений. Содержание общего белка было снижено и составляло 49 г/л, уровень альбумина уменьшился до 27 г/л, сывороточного железа — до 5,3 мкмоль/л, мочевой кислоты — до 111,6 мкмоль/л. СРБ был равен 5,9 мг/л, ревматоидный фактор — 4,6 Ед/л.

Общий анализ мочи: удельный вес — 1,04, рН — 6,0, белок — 0,3 г/л, эритроцитов нет, лейкоциты — 4–5 в поле зрения.

В копрограмме определяются нейтральный жир, слизь, мышечные волокна изменённые и неизменённые, простейшие и гельминты не обнаружены.

Флюорограмма органов грудной клетки без патологии. ЭКГ: ЭОС не отклонена. Ритм синусовый, ЧСС — 94 в минуту, диффузные изменения в миокарде левого желудочка.

Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием: визуализируются раздутые воздухом и жидкостным содержимым петли тонкой кишки, диаметром до 48 мм. В правом гипогастрии отмечается неравномерное сужение просвета подвздошной кишки до 3,2 мм на протяжении 18 мм с супрастенотическим расширением до 56 мм. На уровне илеоцекального перехода также отмечается сужение просвета кишки до 3 мм на протяжении 14 мм. В ободочной кишке контрастная взвесь. Сигмовидная кишка удлинена, неравномерно сужена, компремирована расширенными петлями тонкого кишечника. Печень не увеличена, краниокаудальный размер — 116 мм, паренхима печени пониженной плотности, равномерно накапливает контрастное вещество. Внутривенные желчные протоки не расширены, холедох — 6 мм. Воротная вена — 12 мм, верхнебрыжеечная вена — 10 мм, селезёночная вена — 5 мм, контрастируются равномерно.

Желчный пузырь не увеличен, стенка не утолщена, рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. Перетяжка в области тела. Поджелудочная железа однородной структуры, не увеличена, Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Надпочечники обычного расположения и строения. Почки не увеличены в размерах. ЧЛС не расширена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. Селезёнка не увеличена, однородной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не определяется. Деструктивных изменений отсканированных костей не выявлено. Заключение: КТ-признаки нижней неполной тонкокишечной непроходимости. КТ-признаки локальной стриктуры дистального отдела подвздошной кишки (рис. 1, 2).

Заключение фиброгастродуоденоскопии (ФГДС): недостаточность кардии 1 ст.; поверхностный гастрит, дуоденит.

Протокол неинвазивной диагностики синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки (СИБР): результат положительный; выявлены признаки СИБР.

На основании вышеизложенного у больной была диагностирована болезнь Крона с поражением терминального отдела подвздошной кишки и сигмовидного отдела толстой кишки, стриктурирующий фенотип, тяжёлая атака, непрерывное рецидивирующее течение. Осложнения: нижняя субкомпенсированная тонкокишечная непроходимость. Синдром избыточного бактериального роста тонкой кишки. Синдром мальдигестии, синдром мальабсорбции. Дефицит массы тела (ИМТ — 12,4 кг/м²). Железодефицитная анемия лёгкой степени. Вторичная аменорея. Сопутствующий диагноз: Недостаточность кардии 1 ст. Хронический гастрит, хронический дуоденит.

Больной проводилась следующая терапия: омепразол 20 мг 2 р/день внутрь за 30 мин. до еды, панкреатин в минимикросферах 25000 ЕД 3 р/день внутрь во время приёма пищи, метронидазол 100,0 в/в капельно 2 р/день, ципрофлоксацин 100,0 в/в капельно 2 р/день, преднизолон 60 мг + 0,9% р-р NaCl 200.0 в/в капельно 1 р/день, раствор глюкозы 5% 200,0 в/в капельно 2 р/день, метоклопрамид 2,0 в/м, азатиоприн 50 мг 2 р/день внутрь, тримебутин 200 мг 3 р/день внутрь, до еды, месалазин 1 г 4 р/день внутрь, частое дробное питание. В результате лечения состояние больной несколько улучшилось: вздутие и боли в животе несколько уменьшились, тошнота, рвота стали возникать реже. Пациентка была выписана на амбулаторно лечение и направлена на консультацию в институт колопроктологии им. А.Н. Рыжих, где диагноз «Болезнь Крона» был подтверждён, рекомендовано проведение биологической терапии ведолизумабом, оказывающим селективное воздействие на кишечник в сочетании с азатиоприном, после чего принять решение об оперативном вмешательстве.

Выводы

Особенностью течения болезни Крона в данном случае являлось образование воспалительных стенозов и фиброзных стриктур тонкой кишки, илеоцекального перехода и сигмовидного отдела толстой кишки. Надо полагать, что стриктуры, сформированные в результате трансмурального воспаления и фиброза стенки кишки, возникли вследствие длительного и агрессивного течения заболевания [2]. Одними из причин быстрого прогрессирования патологического процесса явились: «поздняя диагностика и госпитализация в специализированный стационар, а также отсутствие проведения базисной терапии болезни Крона генно-инженерными препаратами» [3, 4, 5]. Возникающие осложнения вносят определённые коррективы в лечение данного заболевания.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB, Lochs H, Löfberg R, Modigliani R, et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2002;122(2):512-530. DOI: 10.1053/gast.2002.31072
- Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И., Решетов И.В., Маев И.В., Белоусова Е.А., и др. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые. *Колопроктология*. 2023;22(3):10-49. Shelygin Yu.A., Ivashkin V.T., Achkasov S.I., Reshetov I.V., Maev I.V., Belousova E.A., et al. Clinical guidelines. Crohn's disease (K50), adults. *Koloproktologia*. 2023;22(3):10-49. (In Russ.) DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49
- Абдулганиева Д.И., Бакулев А.Л., Белоусова Е.А., Веселов А.В., Коротаева Т.В., Лиля А.М., и др. Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов при иммуновоспалительных заболеваниях: возможности и перспективы. Позиция экспертов. *Современная ревматология*. 2020;14(3):7-18. Abdulganieva D.I., Bakulev A.L., Belousova E.A., Veselov A.V., Korotaeva T.V., Lila A.M., et al. Early prescription of biological agents for immune-mediated inflammatory diseases: opportunities and prospects. An expert's opinion. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(3):7-18. (In Russ.) DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-7-18
- Белоусова Е.А., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Хатьков И.Е., Бакулин И.Г., Скалинская М.И., и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. *Колопроктология*. 2023;22(1):65-82. Belousova E.A., Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Khatkov I.E., Bakulin I.G., Skalinskaya M.I., et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primery Results of the Analysis of the National Register. *Koloproktologia*. 2023;22(1):65-82. (In Russ.) DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82
- Плотникова Е.Ю., Чашкова Е.Ю. Некоторые аспекты лечения воспалительных заболеваний кишечника. *Лечащий врач*. 2019;(8):14-21. Plotnikova E.Yu., Chashkova E.Yu. Some aspects of treating inflammatory intestinal diseases. *Lechashchii vrach*. 2019;(8):14-21. (In Russ.) DOI: 10.26295/0s.2019.62.53.002

Информация об авторах

Маринчук Александр Тимофеевич, к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней №1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, atmarinchuk@bk.ru.

Пак Екатерина Сергеевна, к. м. н., ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Information about the authors

Alexander T. Marinchuk, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, atmarinchuk@bk.ru.

Ekaterina S. Pak, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Reconstructive, Cardiovascular, Thoracic, Maxillofacial Surgery and Organ Transplantation, Rostov State Medical University, Head of the Gastroenterology Department, of the Regional Center of Surgery and Donor Coordination, Rostov Regional Clinical Hospital,

Минздрава России, заведующая гастроэнтерологическим отделением Центра хирургии и координации донорства (областного) Ростовской областной клинической больницы, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9552-2666>, katya_pack-k@mail.ru.

Петрова Татьяна Максимовна, врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения Центра хирургии и координации донорства (областного) Ростовской областной клинической больницы, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9296-892X>, for_tatiana_petrova@bk.ru.

Алашеева Мария Александровна, студентка лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0803-9974>, mariaalashcheeva04@gmail.com.

Харьков Александр Сергеевич, к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней №1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9432-0720>, alex1360@mail.ru.

Бухтин Олег Владимирович, врач-терапевт гастроэнтерологического отделения Центра хирургии и координации донорства (областного), ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2686-9650>, buhtin.oleg@yandex.ru.

Корсун Надежда Алексеевна, врач-эндокринолог консультативной поликлиники, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4312-6268>, inyelitsa@yandex.ru.

Московец Анна Борисовна, врач-эндокринолог, Городская поликлиника №10, Ростов-на-Дону, Россия; ORCID: 0009-0006-3758-8463, annashkurcovolf@mail.ru.

Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9552-2666>, katya_pack-k@mail.ru.

Tatyana M. Petrova, gastroenterologist of the Gastroenterology Department, of the Regional Center of Surgery and Donor Coordination, Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9296-892X>, for_tatiana_petrova@bk.ru.

Maria A. Alasheeva, student of the General Medicine Faculty, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0803-9974>, mariaalashcheeva04@gmail.com.

Alexander S. Khar'kov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9432-0720>, alex1360@mail.ru.

Oleg V. Bukhtin, Therapist of the Gastroenterological Department of the Center for Surgery and Donation Coordination (regional) of the Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2686-9650>, buhtin.oleg@yandex.ru.

Nadezhda A. Korsun, Endocrinologist, Consultative Outpatient Clinic, Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4312-6268>, inyelitsa@yandex.ru.

Anna B. Moskovets, endocrinologist, City polyclinic №10, Rostov-on-Don, Russia; ORCID: 0009-0006-3758-8463, annashkurcovolf@mail.ru

Получено / Received: 17.03.2026

Принято к печати / Accepted: 02.04.2026