

УДК 616.34

**СЛОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ  
ДИАГНОСТИКИ ПЕНЕТРИРУЮЩЕГО  
ФЕНОТИПА БОЛЕЗНИ КРОНА  
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА**

Иванова Анастасия Андреевна  
*ГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Ягибекова Милана Наримановна  
*ГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Серикова Светлана Николаевна – д-р мед. наук,  
профессор  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д-р мед. наук,  
профессор  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Представлен клинический случай, в котором проде-  
монстрированы сложные вопросы диагностики пене-  
трирующей формы болезни Крона. Обоснованы  
актуальные данные по диагностическим критериям  
заболевания и общие принципы современной фар-  
макотерапии.

**Ключевые слова: БОЛЕЗНЬ КРОНА,  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**

UDC 616.34

**DIFFICULTIES IN TIMELY DIAGNOSIS  
OF PENETRATING PHENOTYPE  
OF THE CROHN'S DISEASE I  
N CLINICAL PRACTICE**

Ivanova Anastasia Andreevna  
*SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

Yagibekova Milana Narimanovna  
*SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

Serikova Svetlana Nikolaevna – MD, professor  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,  
professor  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

The clinical case of diagnostics difficulties of pene-  
trating form of the Crohn's disease is presented.  
The actual data of diagnostics features of the dis-  
ease and common principles of modern pharma-  
cotherapy are discussed.

**Key words: CROHN'S DISEASE,  
DIAGNOSTIC CRITERIA**

## **Введение**

Болезнь Крона (БК) – это хроническое рецидивирующее прогрессирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта неизвестной этиологии. Оно характеризуется сегментарным трансмуральным поражением, различными внекишечными проявлениями и системными осложнениями [1]. Значимость медико-социальной проблемы подтверждена распространенностью БК в странах Северной Америки и Европы – 200–300 случаев на 100 000 населения. В Российской Федерации, по данным регистра, наблюдается устойчивая тенденция к росту [2, 3].

Наиболее сложная для своевременного распознавания – пенетрирующая форма БК (В3 по Монреальской классификации), согласно которой патогномично образование свищей, абсцессов и воспалительных инфильтратов [4]. Ключевая диагностическая проблема заключается в том, что у 10–30 % наблюдают эти осложнения, а не классические симптомы (хроническая диарея, спастическая боль в животе, немотивированная потеря веса). Это единственные проявления заболевания на протяжении длительного периода [5]. Согласно клиническим сценариям пациенты попадают в поле зрения общих хирургов и годами лечатся по поводу изолированных эпизодов «парапроктита», «острого аппендицита» или «интраабдоминального абсцесса» неясной этиологии.

В рекомендациях Европейской организации по изучению БК и колита (ЕССО) диагностика заболевания может составлять 12 мес, а при атипичном, осложненном дебюте этот срок многократно увеличивается до нескольких лет [6]. Это может привести к необратимым структурным изменениям (стриктурам, сложным свищам), ухудшить качество жизни пациентов, в результате частота хирургических вмешательств возрастает. Российские клинические рекомендации указывают на необходимость включения БК в дифференциальный диагноз при любом рецидивирующем воспалительном процессе в илеоцекальной области у пациентов молодого и среднего возраста [3].

Клиническое наблюдение представляет анализ диагностического пути пациента с БК. Цель представленного разбора – актуализировать проблему поздней диагностики заболевания среди врачей хирургического и терапевтического профилей, подчеркнуть критическую важность мультидисциплинарного подхода.

**Клинический случай** – пациент Н., мужчина, 32 лет.

Жалобы при поступлении (17 августа 2025): постоянные боли в правой подвздошной области, наличие функционирующего дренажа по правому боковому фланку.

*Анамнез заболевания.* У пациента абдоминальная симптоматика появилась в 2020 г. после выполненной аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита в центральной районной больнице (ЦРБ) по месту жительства. В послеоперационном периоде развился межпечельный абсцесс, что обусловило необходимость применения релапароскопии и дренирования. В 2021 г. диагностирован и дренирован острый парапроктит. В 2024 г. неоднократные госпитализации с повторными оперативными вмешательствами 4 и 24 октября – лапароскопия, висцеролиз, дренирование межпечельного абсцесса брюшной полости; 16 ноября – эта процедура под ультразвуковым контролем. В марте 2025 г. при проведении фиброколоноскопии (ФКС) с биопсией получено морфологическое заключение о картине, которая «может соответствовать болезни Крона». В июне 2025 г. консультирован гастроэнтерологом, установлен диагноз «недифференцированный колит», назначена терапия месалазином – 500 мг три раза в день без значимого эффекта. 25 июля 2025 г. пациент госпитализирован экстренно в хирургическое отделение ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) с фебрильной лихорадкой, интоксикацией, усилением болей в животе. Выполнено чрескожное дренирование абсцесса брюшной полости под ультразвуковым контролем. Рекомендована повторная госпитализация через 3 нед в хирургическое отделение для решения вопроса о возможности удаления

дренажа и дальнейшего дообследования. 17 августа 2025 г. он госпитализирован повторно для дообследования в ККБ № 2.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней степени тяжести, индекс массы тела – 27 кг/м<sup>2</sup>. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 78 уд./мин, артериальное давление (АД) – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. По правому боковому фланку установлен дренаж с серозным отделяемым.

По данным компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости с контрастированием – в правой подвздошной области определяется объемное жидкостное образование до 32 × 40 × 50 мм, прилежащее к утолщенным контрастируемым стенкам слепой и подвздошной кишки, с воспалительной инфильтрацией параколической клетчатки и регионарной лимфаденопатией.

*Фиброколоноскопия (ФКС):* в терминальном отделе подвздошной кишки на расстоянии 4 см от илеоцекального клапана выявлена циркулярная стриктура, сужающая просвет до 1 см. Слизистая купола слепой кишки отечна, инфильтрирована. Заключение: инфильтративные изменения слизистой культи аппендикса. Стриктура терминального отдела тонкой кишки.

Патогистологическое исследование (ПГИ) биоптатов подвздошной кишки – картина умеренно выраженного илеита; из слепой кишки – поверхностного колита. Патогномоничных признаков БК не выявлено.

*Фистулография:* контраст, введенный через дренаж, заполняет полость абсцесса и поступает в просвет слепой кишки. Заключение: кишечный свищ.

26 августа 2025 г. в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство: правосторонняя гемиколэктомия, резекция терминального отдела подвздошной кишки, формирование илеотрансверзоанастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений.

*Патогистологическое исследование (ПГИ) операционного материала:* правая половина ободочной кишки с терминальным отделом подвздошной: в стенке кишки трансмуральное лимфоплазмоцитарное воспаление с формированием лимфоидных агрегатов, щелевидные изъязвления. Заключение: морфологическая картина БК толстой кишки.

*Заключительный диагноз:* БК в форме илеоколита (L1 по Монреальской классификации), пенетрирующая форма (B3), осложненная стриктурой терминального отдела подвздошной кишки, кишечным свищом, рецидивирующим межкишечным абсцессом.

Рекомендации при выписке: назначена поддерживающая иммуносупрессивная терапия азатиоприном в дозе 2,0–2,5 мг/кг в сутки под контролем клинического анализа крови и биохимических показателей. Наблюдение гастроэнтеролога и колопроктолога по месту жительства.

### **Обсуждение**

Представленный случай – пример диагностических сложностей пенетрирующей БК. Его анализ позволяет выделить ключевые моменты [3, 6, 7].

Заболевание маскируется под острую хирургическую патологию, возникает проблема диагностической задержки. Клиническая картина, с которой пациент впервые обратился в 2020 г., соответствовала типичному «острому животу». Согласно российским клиническим рекомендациям у 5–10 % пациентов с изолированным илеитом заболевание манифестирует картиной острого аппендицита [3]. Однако последующее развитие в послеоперационном периоде межкишечного абсцесса, а затем формирование хронического рецидивирующего гнойного процесса подтвердили необходимость уточнения диагноза. Наблюдения подтверждают, что в среднем задержка в диагностике БК составляет около одного года, но при осложненных формах может достигать 3–5 лет [8]. В этом случае период от первых симптомов до установления правильного диагноза составил более пяти лет. Это привело к

формированию тяжелых, труднообратимых осложнений: хронического свища и фиброзной стриктуры.

Существенный диагностический барьер – неинформативный результат ПГИ, полученный при ФКС. Это явление имеет четкое патофизиологическое обоснование. При пенетрирующей (В3) форме БК воспалительный процесс имел преимущественно трансмуральный характер, часто с образованием свищей в глубоких слоях кишечной стенки. Стандартная щипковая биопсия захватывает преимущественно слизистую оболочку и поверхностные отделы подслизистой. В консенсусных рекомендациях ЕССО по патологии воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) отмечено, что диагностические гистологические признаки (трансмуральное воспаление, лимфоидные агрегаты, гранулемы) отсутствуют в поверхностных биоптатах, особенно на фоне антибактериальной или противовоспалительной терапии. Они могут быть достоверно выявлены только при исследовании полнослойного хирургического препарата [9]. Таким образом, отрицательный результат биопсии не рассматривают как исключающий БК при наличии убедительных клинических и лучевых данных, он указывает на необходимость более глубокого диагностического поиска.

Известна ключевая функция методов лучевой диагностики в формировании клинической гипотезы. В этом наблюдении методы медицинской визуализации (КТ и фистулография) сыграли решающую роль. Результаты КТ с контрастированием подтвердили наличие абсцесса и его связь с утолщенной стенкой подвздошной и слепой кишки, что является характерным признаком пенетрирующего поражения. Фистулография позволяет получить объективное, неоспоримое доказательство наличия кишечного свища – патогномичного признака формы В3 по Монреальской классификации. Согласно национальным рекомендациям КТ- или магнитно-резонансная энтерография – обязательный метод обследования при подозрении на БК, особенно при невозможности полной эндоскопической оценки тонкой кишки,

а также для выявления внепросветных осложнений: свищей, абсцессов и стриктур [3]. Эти методы определили переход от изолированного диагноза «абсцесс» к комплексному пониманию «осложненной БК».

Хирургическое вмешательство – лечебно-диагностический этап в верификации диагноза. Решение о плановой резекции на основании совокупности косвенных признаков (длительный анамнез, рецидивирующий абсцесс, свищ, стриктура), несмотря на формально отрицательную биопсию, должно полностью соответствовать логике ведения сложных диагностических случаев. В клинических рекомендациях хирургическое лечение абсолютно показано при развитии осложнений БК: фиброзных стриктур с симптомами кишечной непроходимости, внутренних свищей, абсцессов, не поддающихся медикаментозной терапии и чрескожному дренированию [3, 10]. Операция позволила решить несколько задач: радикально санировать очаг хронической инфекции, ликвидировать препятствие для пассажа кишечного содержимого и, что особенно важно, предоставить резецированный орган для ПГИ. Изучение макропрепарата с полнослойными срезами – золотой стандарт морфологической верификации [9].

На основании детального анализа представленного клинического случая и его сопоставления с современными научными данными и клиническими рекомендациями можно сформулировать следующие выводы:

1. Пенетрирующая форма БК – наиболее сложный для своевременной диагностики вариант заболевания. Ее склонность дебютировать острыми хирургическими осложнениями (аппендицит, парапроктит, интраабдоминальный абсцесс) приводит к тому, что пациенты длительное время находятся в поле зрения хирургов без установления основного диагноза. Необходимо повышение онконастороженности в отношении воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) среди врачей хирургического профиля при ведении молодых пациентов с рецидивирующей абдоминальной или периабдоминальной гнойно-воспалительной патологией.

2. Отрицательный результат стандартной эндоскопической биопсии слизистой оболочки не является основанием для исключения БК при наличии убедительной клинической картины и характерных лучевых признаков пенетрации (доказанный свищ, интраабдоминальный абсцесс, ассоциированный с утолщением стенки кишки, стриктура). Ограниченная глубина забора материала при щипковой биопсии – ключевой фактор ложноотрицательных результатов при трансмуральном характере воспаления.

3. Комплексная лучевая диагностика (КТ/МРТ-энтерография, фистулография) играет важную роль в установлении диагноза осложненных форм БК. Эти методы позволяют визуализировать признаки (свищи, внекишечные осложнения, трансмуральное воспаление), которые недоступны для эндоскопической оценки. Они применимы в диагностическом алгоритме при малейшем подозрении на пенетрирующее течение.

4. В сложных диагностических случаях плановое хирургическое вмешательство приобретает характер завершающего лечебно-диагностического этапа. Оно показано для устранения угрожающих жизни осложнений (непроходимость, сепсис) и получения полноценного материала с целью окончательной патогистологической верификации диагноза. Это обязательное условие для назначения адекватной долгосрочной иммуносупрессивной терапии.

5. Ведение пациентов с подозрением на осложненные формы ВЗК предполагает применение обязательного мультидисциплинарного подхода от начала диагностического поиска. Привлечение гастроэнтеролога, хирурга с опытом проведения колопроктологических операций, рентгенолога и морфолога в формате консилиума или взаимодействия способно значительно сократить диагностическую задержку, улучшить прогноз и качество жизни пациента при минимальном количестве неэффективных оперативных вмешательств.

Клиническое наблюдение демонстрирует, что строгое следование алгоритмам современных клинических рекомендаций, предполагающих последовательное и комплексное применение доступных диагностических методов (клинический анализ, эндоскопия, лучевая диагностика, морфология) с обязательной интеграцией результатов в единую клиническую картину, обеспечивает своевременную диагностику и улучшение долгосрочных результатов лечения пациентов с БК.

### Список литературы

1. Болезнь Крона у взрослых [Электронный ресурс] : клинические рекомендации Минздрава России, 2021. – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/724\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/724_1)
2. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies / *S. C. Ng, H. Y. Shi, N. Hamidi [et al.]* // *Lancet*. – 2017; 390(10114):2769–2778. doi:10.1016/S0140–6736(17)32448–0.
3. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications / *J. Satsangi, M. S. Silverberg, S. Vermeire, J. F. Colombel* // *Gut*. – 2006; 55(6):749–753. doi:10.1136/gut.2005.082909.
4. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota / *D. A. Schwartz, E. V. Jr. Loftus, W. J. Tremaine [et al.]* // *Gastroenterology*. – 2002; 122(4):875–880. doi:10.1053/gast.2002.32362.
5. European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease: Definitions and Diagnosis // *J Crohns Colitis*. – 2020; 14(1):4–22. doi:10.1093/ecco-jcc/jjz180.
6. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management / *F. Gomollón, A. Dignass, V. Annesse [et al.]* // *J Crohns Colitis*. – 2017; 11(1):3–25. doi:10.1093/ecco-jcc/jjw168.
7. Systematic evaluation of risk factors for diagnostic delay in inflammatory bowel disease / *S. R. Vavricka, S. M. Spigaglia, G. Rogler [et al.]* // *Inflamm Bowel Dis*. – 2012; 18(3):496–505. doi:10.1002/ibd.21719.
8. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease / *F. Magro, C. Langner, A. Driessen [et al.]* // *J Crohns Colitis*. – 2013; 7(10):827–851. doi:10.1016/j.crohns.2013.06.001.
9. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease / *W. A. Bemelman, J. Warusavitarne, G. M. Sampietro [et al.]* // *J Crohns Colitis*. – 2018; 12(1):1–16. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx061.
10. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on Prediction, Diagnosis and Management of Fibrostenosing Crohn's Disease / *F. Rieder, G. Latella, F. Magro [et al.]*. *J Crohns Colitis*. – 2016; 10(8):873–885. doi:10.1093/ecco-jcc/jjw055.
11. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines / *J. Panés, Y. Bouhnik, W. Reinisch [et al.]* // *J Crohns Colitis*. – 2013; 7(7):556–585. doi:10.1016/j.crohns.2013.02.020.
12. Язвенный колит у взрослых [Электронный ресурс]: клинические рекомендации Минздрава России, 2021. – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/726\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/726_1).