

УДК 616.344-002.44-07-06-007.251-085-089.873(08)
<https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.80.92.015>

ТОКСИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИЯ И ПЕРФОРАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© Сергей Витальевич Иванов^{1, 2}, Екатерина Павловна Лыкова³,
Сергей Юрьевич Пузанов³, Александра Николаевна Чупрова³,
Александр Анатольевич Козобин³, Артем Владимирович Кокорев¹,
Карина Рустемовна Нигматуллина⁴, Алла Сергеевна Шушкова^{2, 3}

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2, Российская Федерация

³ Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, 195257, г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14, Российская Федерация

⁴ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, Российская Федерация

Контактная информация: Сергей Витальевич Иванов — к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ; доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». E-mail: ivanov.sv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0254-3941>; SPIN: 1650-4360

Для цитирования: Иванов С.В., Лыкова Е.П., Пузанов С.Ю., Чупрова А.Н., Козобин А.А., Кокорев А.В., Нигматуллина К.Р., Шушкова А.С. Токсическая дилатация и перфорация толстой кишки в раннем периоде язвенного колита: клинический случай. *University Therapeutic Journal*. 2025;7(4):180–188. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.80.92.015>.

Поступила: 13.05.2025

Одобрена: 10.06.2025

Принята к печати: 01.09.2025

РЕЗЮМЕ. Воспалительные заболевания кишечника, к числу которых относится язвенный колит, являются одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Значимость данной категории заболеваний обусловлена как разнообразием и неспецифичностью клинической картины в дебюте заболевания, так и сложностью лабораторно-инструментальной диагностики и последующего персонализированного подбора терапии. Дебют и последующее течение воспалительных заболеваний кишечника сопровождаются риском развития специфических осложнений, в том числе жизнеугрожающего характера, требующих инвалидизирующих хирургических вмешательств и в ряде случаев приводящих к летальному исходу. В данной статье представлен клинический случай язвенного колита в раннем периоде заболевания, с развитием серии жизнеугрожающих осложнений и последующим наступлением летального исхода, несмотря на проводимые в полном объеме консервативные и хирургические лечебные мероприятия, в том числе с использованием генно-инженерной биологической терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язвенный колит, осложнения, токсическая дилатация, перфорация, инфликсимаб, колэктомия, клинический случай

TOXIC DILATION AND PERFORATION OF THE COLON IN THE EARLY PERIOD OF ULCERATIVE COLITIS: A CLINICAL CASE

© Sergei V. Ivanov^{1, 2}, Ekaterina P. Lykova³, Sergei Yu. Puzanov³, Alexandra N. Chuprova³,
Alexander A. Kozobin³, Artyom V. Kokorev¹, Karina R. Nigmatullina⁴, Alla S. Shushkova^{2, 3}

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg 194100, Russian Federation

² Almazov National Medical Research Centre, 2 Akkuratova str., Saint Petersburg 197341, Russian Federation

³ City Hospital of the Holy Martyr Elizabeth, 14 Vavilovskh str., Saint Petersburg 195257, Russian Federation

⁴ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. 6–8 L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russian Federation

Contact information: Sergei V. Ivanov — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department of faculty therapy named after professor V.A. Waldman, SPSPMU; Associate professor of Department of Propaedeutics of internal diseases with clinic, Almazov National Medical Research Center. E-mail: ivanov.sv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0254-3941>; SPIN: 1650-4360

For citation: Ivanov S.V., Lykova E.P., Puzanov S.Yu., Chuprova A.N., Kozobin A.A., Kokorev A.V., Nigmatullina K.R., Shushkova A.S. Toxic dilation and perforation of the colon in the early period of ulcerative colitis: a clinical case. *University Therapeutic Journal*. 2025;7(4):180–188. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.80.92.015>.

Received: 13.05.2025

Revised: 10.06.2025

Accepted: 01.09.2025

ABSTRACT. Inflammatory bowel diseases, including ulcerative colitis, are one of the topical problems of modern gastroenterology. The significance of this diseases is due to both the diversity and nonspecificity of the clinical signs at the start of the disease, and the complexity of laboratory and instrumental diagnosis and subsequent personalized therapy administration. The start and subsequent course of inflammatory bowel diseases are accompanied by the risk of specific complications, including life-threatening complications that require disabling surgery and in some cases lead to death. This article presents a clinical case of ulcerative colitis in the early period of the disease course, with the development of a series of life-threatening complications and subsequent lethal outcome, despite the full therapy and surgery, including the use of biologics.

KEYWORDS: ulcerative colitis, complications, toxic dilatation, perforation, infliximab, colectomy, clinical case

ВВЕДЕНИЕ

Язвенный колит (ЯК), как и болезнь Крона (БК), входят в категорию воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), которые занимают особое место в современной гастроэнтерологии, так как охватывают лиц молодого трудоспособного возраста, характеризуются хроническим прогрессирующим пожизненным течением, значительно снижающим качество жизни, и потенциальным развитием жизнеугрожающих осложнений. В данном контексте ЯК в сравнении с БК является более предсказуемым заболеванием вследствие своих патогенетических особенностей: при ЯК иммуновоспалительный процесс ограничен только слизистой оболочкой толстой кишки, в то время как при БК воспаление является трансмуральным, охватывающим всю толщу стенки пищеварительного тракта и может затрагивать любые его отделы [1–3].

Согласно данным зарубежных исследований, заболеваемость ВЗК в мире достигает 505 на 100 тыс. человек при ЯК и 322 на 100 тыс. человек при БК, при этом на фоне урбанизации и индустриализации во всем мире отмечается значительный рост заболеваемости ВЗК, особенно в азиатском регионе [1, 2, 4, 5]. В Санкт-Петербурге за период 2018–2020 гг., по данным СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», распространенность БК составила около 72 случаев на 100 тыс. населения, распространен-

ность ЯК — около 90 случаев на 100 тыс. населения города [6]. Также по данным первого регионального регистра пациентов с ВЗК в Санкт-Петербурге отмечается ежегодный неуклонный рост количества пациентов с ВЗК, обращающихся в медицинские учреждения города: с 4024 человек в 2020 г. до 8 598 человек в 2024 г. [7, 8].

«Классические» симптомы ВЗК, которые отмечаются у пациентов в дебюте заболевания и при рецидивах, включают абдоминальные боли, диарею, стул с примесью крови и слизи, потерю массы тела [9]. На тяжесть течения заболевания существенно влияет развитие осложнений, таких как белково-энергетическая недостаточность (недостаточность питания), анемия, кишечное кровотечение, перфорация кишечника, токсическая дилатация кишки, внутренние и наружные свищи, абсцессы брюшной полости, стриктуры, анальные трещины, колоректальный рак, а также наличие внекишечных проявлений [10–15]. Такие осложнения требуют как усиления консервативной терапии, так и в ряде случаев проведения оперативных вмешательств, в том числе экстренных. Согласно опыту городского центра ВЗК на базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», осложнения развивались у 43% пациентов с БК и 32% пациентов с ЯК, при этом жизнеугрожающие осложнения — у 24 и 9% пациентов с БК и ЯК соответственно [1]. Особенно важно выявлять осложнения в дебюте заболевания,

ведь летальность от жизнеугрожающих осложнений, развившихся у пациентов с впервые выявленным ВЗК, может быть выше, чем у пациентов с ранее установленным диагнозом и активно проводимой консервативной терапией [7, 8]. Предупреждение развития осложнений — одна из долгосрочных целей терапии ВЗК.

Главными целями лечения являются достижение полной и стойкой клинической, эндоскопической и гистологической ремиссии, оптимизация качества жизни пациента. Базисная терапия включает в себя препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикоиды, иммуносупрессоры и препараты генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) [6]. При отсутствии ответа на системные глюкокортикоиды говорят о стероидорезистентности, такое состояние при тяжелой/сверхтяжелой атаке указывает на высокий риск необходимости выполнения у пациентов с ЯК экстренной колэктомии [1–3, 16].

С учетом вышесказанного социальная значимость ВЗК обусловлена не только распространенностью преимущественно среди лиц молодого возраста и необходимостью в пожизненной дорогостоящей терапии, но и относительно высоким риском инвалидизации вследствие развития осложнений, в том числе жизнеугрожающего характера [1, 2, 7, 8].

При этом как ЯК, так и БК имеют так называемое естественное течение, которое предполагает облигатное прогрессирование заболевания, и остановить или замедлить данный процесс может только назначение персонифицированно подобранной консервативной терапии с применением всего арсенала имеющихся лекарственных препаратов: от 5-АСК, глюкокортикоидов и иммуносупрессоров до дорогостоящих ГИБТ и таргетных иммуносупрессоров. При этом даже адекватно назначенная терапия по ряду причин не всегда позволяет остановить молниеносное прогрессирование заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мужчина, 38 лет, поступил 28 июня 2024 г. в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» из Городской инфекционной больницы № 30 им. С.П. Боткина со следующим диагнозом, установленным в направившем учреждении: ЯК неуточненный, тотальное поражение, тяжелой степени, выраженной активности. При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость, жидкий стул до 10 раз в сутки

(с примесью крови), болезненность в левой подвздошной области, повышение температуры до субфебрильных значений.

Из анамнеза заболевания известно, что первые жалобы у пациента появились 11 июня 2024 г.: отметил появление жидкого стула до 4 раз в день, при приеме лоперамида отмечал положительный эффект. 13 июня 2024 г. жидкий стул участился до 10 раз в сутки, повысилась температура тела до 38 °С, пациент начал прием парацетамола. 15 июня 2024 г. пациент отметил появление сгустков крови в стуле с частотой 7–8 раз в сутки, продолжил прием лоперамида с временным положительным эффектом. В связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия 19 июня 2024 г. пациент вызвал бригаду скорой помощи и был госпитализирован в Городскую инфекционную больницу № 30 им. С.П. Боткина, где проходил стационарное лечение с диагнозом «острый гастроэнтерит». За время госпитализации получал цефтриаксон, левофлоксацин, метронидазол, ванкомицин перорально, нифуроксазид, инфузионную, спазмолитическую, ферментную и гастропротективную терапию. Был обследован на острые кишечные инфекции, дизентерийную группу, клостридиальные токсины — отрицательно. За время нахождения в инфекционной больнице была проведена видеоилеоколоноскопия без взятия биопсии, на основании эндоскопической картины был установлен предварительный диагноз ЯК, который не был верифицирован гистологически.

В связи с исключением кишечных инфекций и подозрением на ЯК 28 июня 2024 г. пациент был переведен в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», где при поступлении в общем анализе крови были выявлены: нейтрофильный лейкоцитоз до $12,2 \times 10^9/\text{л}$ (повышение количества нейтрофилов до $9,5 \times 10^9/\text{л}$), относительная лимфопения (13,5%), анемия легкой степени тяжести (гемоглобин — 119 г/л). Была назначена инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная и симптоматическая терапия, но 29 июня 2024 г. пациент по собственной инициативе оформил категорический отказ от дальнейшего нахождения и лечения стационаре, был выписан с рекомендациями на амбулаторный этап лечения.

Далее в тот же день отказа от лечения в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» по скорой помощи был госпитализирован в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», где получал антибакте-

риальную терапию, препараты 5-АСК ректально и терапию преднизолоном по 160 мг в сутки в течение семи дней. В связи с отсутствием положительного эффекта 5 июля 2024 г. был переведен в гастроэнтерологическое отделение СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница».

Жалобы при повторном поступлении: жидкий частый стул до 10 раз в сутки с примесью крови, умеренная боль в животе, субфебрильная температура. Отмечено ухудшение лабораторных показателей: снижение гемоглобина до 95 г/л, относительная лимфопения (9,3%), тромбоцитоз ($730 \times 10^9/\text{л}$). По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) кишечника было выявлено утолщение до 8,0 мм стенки левой половины толстой кишки на фоне сглаженной гаустрации. С 5 июля 2024 г. получал инфузионную, антибактериальную терапию (метронидазол и цiproфлоксацин), спазмолитическую терапию, месалазин внутрь по 4 г в сутки и ректально по 2 г в сутки, преднизолон по 120 мг в сутки.

8 июля 2024 г. на фоне проводимого лечения пациент отметил незначительное улучшение самочувствия: стул стал реже (до 6 раз в сутки), кашицеобразный, меньше примеси крови в стуле, но сохранялись субфебрильная температура и общая слабость. Присутствовали умеренные боли в животе в левой подвздошной области и в области прямой кишки, которые усиливались во время акта дефекации.

В анализах крови от 9 июля 2024 г. наблюдалось повышение маркеров воспаления С-реактивный белок — 67,2 мг/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 25 мм/ч, гипопроотеинемия (уровень белка — 50 г/л) и гипоальбуминемия (28 г/л), снижение уровня сывороточного железа и гипонатриемия.

10 июля 2024 г. состояние ухудшилось: пациент отметил усиление слабости, боли в животе усилились, приобрели режущий характер, локализовались по всему животу; стул участился до 8 раз в сутки, был жидким, с большим количеством крови и сгустками. По данным рентгенографии органов брюшной полости и УЗИ органов брюшной полости были обнаружены некоторые черты токсической дилатации толстой кишки, но данное осложнение не было подтверждено, так как не изменилась кратность стула, отсутствовали признаки прогрессирующей интоксикации, перфорации полого органа и перитонита, на момент осмотра показаний для экстренного хирургического лечения выявлено не было.

11 июля 2024 г. наблюдалась отрицательная лабораторная динамика в виде нарастания содержания С-реактивного белка, повышения уровня фибриногена, повышения СОЭ, снижения уровня гемоглобина до 89 г/л, снижения уровней альбумина и общего белка. В тот же день был проведен врачебный консилиум, по его итогам сформулирован предположительный основной диагноз: ЯК, тотальное поражение, острое течение, сверхтяжелая атака (индекс Мейо 12 баллов), гормональная резистентность. Осложнения: токсическая дилатация толстой кишки (?), хроническая анемия средней степени тяжести смешанного генеза (хронического воспаления, железодефицитная), белково-энергетическая недостаточность. Данный диагноз оставался предположительным, так как отсутствовало гистологическое подтверждение наличия язвенного колита, в то время как в период повторного поступления с учетом картины заболевания проведение видеоилеоколоноскопии было невозможным и состояние кишки оценивалось на основании применения неинвазивных методов. С учетом высокого риска развития осложнений и неблагоприятного прогноза течения заболевания было принято решение о назначении инфликсимаба, но использование данной терапии без подтверждения диагноза ВЗК было невозможным (в опыте центра ВЗК имелись случаи, когда под «маской» ВЗК аналогичным образом прогрессировали заболевания иного генеза) [7, 16]. Соответственно, с целью гистологической верификации диагноза от 11 июля 2024 г. и обеспечения возможности проведения терапии инфликсимабом была выполнена ректороманоскопия с забором биоптатов, эндоскоп был проведен до нисходящей ободочной кишки. Эндоскопическая картина: на всем протяжении слизистая оболочка гиперемированная, отечная, с эрозиями и глубокими язвенными дефектами диаметром 0,5–1,2 см, покрытыми фибрином. В сигмовидной кишке определяются псевдополипы на широком основании размерами 0,5×0,5 — 1,0×1,0 см округлой и овальной формы. Выполнена биопсия из сигмовидной и прямой кишки.

Пациент находился в отделении анестезиологии и реанимации с целью активного наблюдения и осуществления интенсивной терапии. Проводилась инфузионная, гастропротективная, антибактериальная терапия (меропенем и ванкомицин), коррекция электролитных расстройств, антикоагулянтная и дезагрегантная терапия, был продолжен прием месалазина

и преднизолона в прежнем объеме, выполнялась коррекция гипоальбуминемии. По причине белково-энергетической недостаточности и осложненного течения язвенного колита было назначено энтеральное питание через назогастральный зонд. На фоне уровня гемоглобина менее 80 г/л проводились трансфузии эритроцитарной массы.

В рамках обследования 12 июля 2024 г. также была выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства: КТ-картина баллонообразного расширения толстой кишки с наличием уровней жидкости. КТ-признаки панколита, воспалительных изменений стенки двенадцатиперстной кишки. Изъязвления в стенке восходящей ободочной кишки. Выпот в брюшной полости и полости малого таза. В зоне сканирования плевральный выпот ($S>D$), дисковидный ателектаз базальных отделов справа; выпот в полости перикарда.

По состоянию на 12 июля 2024 г. была отмечена некоторая положительная лабораторная динамика: снижение уровня лейкоцитов с 11,4 до $7,5 \times 10^9$ /л, С-реактивного белка с 90,0 до 55,2 мг/л, фибриногена с 9,07 до 8,07 г/л, но при этом зарегистрирована абсолютная лимфоцитопения. При исследовании уровня фекального кальпротектина было выявлено его выраженное повышение (более 1800,0 мкг/г). Были проведены исследования для определения инфекционных агентов: ДНК цитомегаловируса, токсины А и В *Clostridium difficile* — отрицательно.

Гистологическое исследование биоптатов было проведено в ускоренном порядке, результаты были получены 15 июля 2024 г.: биоптаты слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишки с хроническим выраженным воспалением, эрозиями, криптами, крипт-абсцессами, изъязвлением в прямой кишке, деформацией крипт, фокусами снижения слизеобразования, базальным плазмозитозом. Общее гистологическое заключение: Эрозивно-язвенный проктосигмоидит. Псевдополипы сигмовидной кишки. Морфологическая картина более характерна для ВЗК — возможно, ЯК.

В тот же день, 15 июля 2024 г., было отмечено повышение уровня прокальцитонина до 0,811 нг/мл.

Таким образом, по результатам инструментального обследования и гистологического заключения был сформулирован основной диагноз: ЯК, острое течение, тотальное поражение, сверхтяжелая атака (индекс Мейо

12 баллов), гормональная резистентность. Осложнения: хроническая анемия средней тяжести смешанного генеза (хронического воспаления, железодефицитная); белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени с полисерозитом (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит); дисэлектролитемия, токсическая дилатация толстой кишки. Сопутствующий диагноз: язвенная болезнь, ремиссия; рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки; эрозивный гастрит; дуодено-гастральный рефлюкс желчи; поверхностный дуоденит; хронический панкреатит. После гистологического подтверждения диагноза была инициирована «терапия спасения»: ввиду сверхтяжелой атаки ЯК и отсутствия клинического улучшения на фоне применения препаратов 5-АСК и глюкокортикоидов пациенту 15 июля 2024 г. была проведена инициация ГИБТ препаратом инфликсимаб в дозе 5 мг/кг массы тела.

С 16 июля 2024 г., после проведенной накануне первой инфузии инфликсимаба, был зафиксирован положительный ответ на ГИБТ: пациент отметил снижение интенсивности болей в животе, слабость стала меньше, стал менее выраженным синдром интоксикации, температура тела не повышалась. В связи с повышением активности амилазы и липазы крови к терапии был добавлен октреотид.

17 июля 2024 г. в динамике отмечалось дальнейшее улучшение самочувствия: боли в животе практически отсутствовали, стал реже — до 5 раз в сутки, примесь крови в стуле отсутствовала. Лабораторно обнаружен незначительный рост уровней общего белка и альбумина. По результатам УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки гепатомегалии, диффузных изменений паренхимы печени.

18 июля 2024 г. отмечена положительная лабораторная динамика в виде значительного снижения уровня С-реактивного белка до 16,0 мг/л (по сравнению со значением 162,7 мг/л от 16 июля 2024 г.).

Тем не менее 19 июля 2024 г. произошло резкое ухудшение состояния пациента: рецидив болей во всех отделах живота, появление вздутия живота и перитонеальных симптомов, повышение температуры тела до субфебрильных значений. С целью исключения осложнений ЯК в тот же день пациенту была выполнена лапароскопия с дальнейшей конверсией доступа в срединную лапаротомию. Выписка из протокола операции: В брюшной полости определяется до 100 мл серозного

выпота. Петли тонкой кишки увеличены до 2 см. Толстая кишка на всем протяжении раздута до 15 см, с истонченной стенкой, с участками темно-багрового цвета на всем протяжении. В нисходящем отделе ободочной кишки фиксирована прядь сальника, при отделении которой выявлен участок кишки размером 3×1 см, темно-багрового цвета, с перфорационным отверстием. В ректосигмоидном отделе толстой кишки стенка утолщена, без трофических нарушений, умеренно гиперемирована. Выполнена субтотальная колэктомия с выведением на переднюю брюшную стенку концевой илеостомы по Бруку. Толстая кишка заглушена над тазовой брюшиной. Установлен диагноз: ЯК, острое течение, тотальное поражение, сверхтяжелая атака. Токсическая дилатация толстой кишки с прикрытой перфорацией. Препарат: толстая кишка от слепой до верхнеампулярного отдела, с червеобразным отростком и 15 см подвздошной кишки. На разрезе — инфильтрация слизистой и множественные язвы от ректосигмоидного отдела толстой кишки до слепой кишки.

В раннем послеоперационном периоде обращали на себя внимание значительный лейкоцитоз — $22,3 \times 10^9/\text{л}$, абсолютная нейтрофилия и абсолютная лимфоцитопения. 20 июля 2024 г. пациент был экстубирован, переведен на самостоятельное дыхание. Илеостома функционировала, стул и газы через нее отходили. На фоне анальгетической терапии болевой синдром был не выражен, отмечалась субфебрильная температура, жалоб активно не предъявлял.

21 июля 2024 г. отмечена отрицательная лабораторная динамика: нарастание лейкоцитоза до $29,3 \times 10^9/\text{л}$, повышение уровня С-реактивного белка до 215,1 мг/л, повышение уровня фибриногена до 8,99 г/л, умеренная тромбоцитопения до $140 \times 10^9/\text{л}$, сохранялась абсолютная лимфоцитопения. На фоне отрицательной лабораторной динамики и интраабдоминальной инфекции пациент был включен в программу лечения сепсиса, появились признаки полиорганной недостаточности. Выявлены маркеры поражения печени: аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 69,0 Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 88,0 Ед/л, билирубин прямой — 23,3 мкмоль/л. Уровень прокальцитонина — 61,24 нг/мл.

С 22 июля 2024 г. фиксировалось повышение температуры тела до фебрильных значений.

В ночь на 23 июля 2024 г. лабораторно отмечено снижение лейкоцитоза, выраженная тромбоцитопения ($35 \times 10^9/\text{л}$), нарастание

прокальцитонина (>100 нг/мл), гипонатриемия, абсолютная лимфоцитопения. Отмечено ухудшение состояния: нарастание слабости, появление одышки, двусторонние хрипы в легких, усиление болей в животе, тахикардия, снижение артериального давления (90/50 мм рт.ст.). По результатам рентгенологического исследования было выявлено развитие альвеолярного отека легких. К терапии была подключена гемодинамическая поддержка (норадреналин в дозе 0,2 мкг/кг в минуту), пациент был интубирован и переведен на искусственную вентиляцию легких. Несмотря на проводимую интенсивную терапию и комплексную поддержку, состояние продолжало ухудшаться и в 19:05 23 июля 2024 г. был констатирован летальный исход.

Посмертный клинический диагноз не противоречил патологоанатомическому диагнозу: Тотальный ЯК с токсической дилатацией толстой кишки, перфоративными язвами восходящей ободочной кишки. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Операция 19.07.2024 г.: лапаротомия, субтотальная колэктомия с наложением илеостомы по Бруку. Осложнения основного заболевания: Абдоминальный сепсис (фибринозный перитонит с множественными некрозами висцеральной брюшины, печени, двусторонняя сливная пневмония в нижних долях). Паренхиматозная дистрофия миокарда печени, почек. Отек легких.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, общее время от развития первых симптомов заболевания до наступления летального исхода составило 43 дня, дебют заболевания протекал в форме сверхтяжелой атаки с дальнейшим клиническим ухудшением после непродолжительного периода улучшения самочувствия, отмеченного после первой инфузии инфликсимаба. Отмечено развитие ранних сочетанных осложнений: токсическая дилатация толстой кишки, перфорация толстой кишки, перитонит, анемия, белково-энергетическая недостаточность, вторичный иммунодефицит. Развитие нескольких жизнеугрожающих осложнений при ЯК встречается достаточно редко (в 2% случаев) и ассоциировано с повышенным риском наступления неблагоприятного исхода [1]. Несмотря на экстренно проведенную колэктомию, сочетание этих осложнений в раннем послеоперационном периоде привело к развитию абдоминального сепсиса, полиорганной недостаточности и смерти.

В клинической практике при первичном обращении пациента с жалобами на учащенный жидкий стул с примесью крови, болями в животе важной является настороженность врача не только в отношении возможного наличия у пациента ВЗК, но и в отношении потенциального риска развития фульминантных жизнеугрожающих осложнений данного заболевания.

Крайне важной мерой является своевременное проведение диагностического поиска в полном объеме с целью максимально быстрого назначения оптимального лечения и избежания развития жизнеугрожающих осложнений, проведения инвалидизирующих операций, наступления летального исхода.

В данном случае при выполнении первой видеоилеоскопии не была проведена мультифокальная биопсия, что не позволило гистологически сразу же верифицировать диагноз ЯК и приступить к усилению консервативной терапии препаратами ГИБТ при первой возможности. Полноценное обследование в специализированном стационаре СПбГБУЗ «Елизаветинская больница» не было проведено по организационной причине — пациент по собственной инициативе покинул лечебное учреждение. Не только своевременная диагностика и рационально подобранная персонифицированная терапия, но и приверженность пациента является важным компонентом успешно проведенного лечения. К сожалению, первоначальный отказ пациента от лечения в профильном стационаре и поздняя гистологическая верификация диагноза привели к задержке назначения «терапии спасения» ингибитором фактора некроза опухоли α . На фоне стероидрезистентного течения ЯК инициированная ГИБТ препаратом инфликсимаб первоначально вызвала улучшение клинических и лабораторных показателей, но, по-видимому, не смогла остановить или замедлить каскад уже развернувшегося иммуновоспалительного деструктивного процесса в толстой кишке.

Действительно, 20–30% случаев сверхтяжелой атаки стероидрезистентного ЯК заканчивается колэктомией даже в случае применения «терапии спасения» инфликсимабом [4, 17]. Основными причинами отсутствия ответа на инфликсимаб или потери ответа при первоначальном улучшении являются низкая концентрация препарата, выработка антител к препарату и переключение иммуновоспалительного процесса на другие цитокиновые пути [18, 19].

Представленный клинический случай подчеркивает актуальность проблемы ВЗК, подтверждает то, что, несмотря на достигнутый прогресс в этой области, диагностика и лечение данной категории заболеваний остаются вызовом в современной гастроэнтерологической практике.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from legal representatives of the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И. и др. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые. Колопроктология. 2023;22(3):10–49. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49>.
2. Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. и др. Язвенный колит (K51), взрослые. Колопроктология. 2023;22(1):10–44. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44>.
3. Raine T., Bonovas S., Burisch J. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical

- Treatment. *J Crohns Colitis*. 2022;16(1):2–17. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab178>.
4. Burisch J., Katsanos K.H., Christodoulou D.K. et al. Natural Disease Course of Ulcerative Colitis During the First Five Years of Follow-up in a European Population-based Inception Cohort — An Epi-IBD Study. *J Crohns Colitis*. 2019;13(2):198–208. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy154>.
 5. Chi K. Epidemiology: Rising in the East. *Nature*. 2016;540(7634):S100–S102. <https://doi.org/10.1038/540S100a>.
 6. Успенский Ю.П., Шабров А.В., Иванов С.В. и др. Базисная терапия воспалительных заболеваний кишечника в Санкт-Петербурге: результаты многоцентрового исследования. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022;2:64–76. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-198-2-64-76>.
 7. Успенский Ю.П., Петров С.В., Фоминых Ю.А. и др. Клинические особенности лечения язвенного колита и болезни Крона в Санкт-Петербурге: опыт работы Городского центра воспалительных заболеваний кишечника. *Фарматека*. 2024;31(1):32–40. <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2024.1.32-40>.
 8. Успенский Ю.П., Сарана А.М., Мелентьева Л.Н. и др. Первый региональный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника на базе региональной информационной системы здравоохранения Санкт-Петербурга: принципы функционирования, результаты апробации, план развития. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2023;33(4):38–57. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-4-38-57>.
 9. Flynn S., Eisenstein S. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. *Surg Clin North Am*. 2019;99(6):1051–1062. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.08.001>.
 10. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Кизимова О.А. и др. Гангренозная пиодермия у пациента с дебютом воспалительного заболевания кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2023;9(217):261–273. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-217-9-261-273>.
 11. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Кизимова О.А. и др. Кожные проявления воспалительных заболеваний кишечника. Клинический случай с развитием гангренозной пиодермии. *University Therapeutic Journal*. 2024;6(1):153–175. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2024.44.87.014>.
 12. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Гнутов А.А. Поражения полости рта при болезни Крона (клинический случай). *Медицинский алфавит*. 2023;34:20–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-34-20-23>.
 13. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Кизимова О.А. и др. Клинический случай развития гангренозной пиодермии у пациентки с язвенным колитом. *University Therapeutic Journal*. 2023;5(S):166–167.
 14. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Гнутов А.А. Поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника. *University Therapeutic Journal*. 2022;4(S):107–108.
 15. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Гнутов А.А. Поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника. *Врач*. 2021;32(10):25–27. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-04>.
 16. Успенский Ю.П., Иванов, С.В., Фоминых Ю.А. и др. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника. *University Therapeutic Journal*. 2023;5(2):68–83. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.72.18.006>.
 17. Tamir-Degabli N., Maharshak N., Cohen N.A. Salvage Therapy in Acute Severe Ulcerative Colitis: Current Practice and a Look to the Future. *Turk J Gastroenterol*. 2023;34(6):576–583. <https://doi.org/10.5152/tjg.2023.23103>.
 18. Lamb C.A., Kennedy N.A., Raine T. et al. IBD guidelines eDelphi consensus group; Gaya D.R., Iqbal T.H., Taylor S.A., Smith M., Brookes M., Hansen R., Hawthorne A.B. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1–s106. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>.
 19. Marsal J., Barreiro-de Acosta M., Blumenstein I., Cappello M., Bazin T., Sebastian S. Management of Non-response and Loss of Response to Anti-tumor Necrosis Factor Therapy in Inflammatory Bowel Disease. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:897936. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.897936>.
-
- ## REFERENCES
-
1. Shelygin Yu.A., Ivashkin V.T., Achkasov S.I. et al. Clinical guidelines. Crohn's disease (K50), adults. *Koloproktologia*. 2023;22(3):10–49. (In Russian). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49>.
 2. Shelygin Yu. A., Ivashkin V.T., Belousova E.A. et al. Ulcerative colitis (K51), adults. *Koloproktologia*. 2023;22(1):10–44. (In Russian). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44>.
 3. Raine T., Bonovas S., Burisch J. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2022;16(1):2–17. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab178>.
 4. Burisch J., Katsanos K.H., Christodoulou D.K. et al. Natural Disease Course of Ulcerative Colitis During the First Five Years of Follow-up in a European Population-based Inception Cohort — An Epi-IBD Study. *J Crohns Colitis*. 2019;13(2):198–208. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy154>.

5. Chi K. Epidemiology: Rising in the East. *Nature*. 2016;540(7634):S100–S102. <https://doi.org/10.1038/540S100a>.
6. Uspenskiy Y.P., Shabrov A.V., Ivanov S.V., Fominykh Y.A., Shotik A.V. Basic therapy of inflammatory bowel diseases in St. Petersburg: Results of a multicenter study. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;2:64–76. (In Russian). <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-198-2-64-76>.
7. Uspenskiy Y.P., Petrov S.V., Fominykh Yu.A., Ivanov S.V. et al. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in St. Petersburg: experience of the city inflammatory bowel disease center. *Pharmateca*. 2024;31(1):32–40. (In Russian). <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2024.1.32-40>.
8. Uspenskiy Yu.P., Sarana A.M., Melentyeva L.N. et al. The First Saint Petersburg Regional Inflammatory Bowel Diseases Registry on the Basis of the Regional Health Information System: Principles of Functioning, Testing Results, Plan of Development. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2023;33(4):38–57. (In Russian). <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-4-38-57>.
9. Flynn S., Eisenstein S. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. *Surg Clin North Am*. 2019;99(6):1051–1062. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.08.001>.
10. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Kizimova O.A. et al. Gangrenous pyoderma in a patient with the debut of inflammatory bowel disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023; 9(217):261–273. (In Russian). <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-217-9-261-273>.
11. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Kizimova O.A. et al. Skin manifestations of inflammatory bowel diseases. A clinical case with the development of gangrenous pyoderma. *University Therapeutic Journal*. 2024;6(1):153–175. (In Russian). <https://doi.org/10.56871/UTJ.2024.44.87.014>.
12. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Gnutov A.A. Oral lesions in Crohn's disease (clinical case). *Medical alphabet*. 2023;34:20–23. (In Russian). <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-34-20-23>.
13. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Kizimova O.A. et al. Clinical case of gangrenous pyoderma development in a patient with ulcerative colitis. *University Therapeutic Journal*. 2023;5(S):166–167. (In Russian).
14. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Gnutov A.A. Oral lesions in inflammatory bowel diseases. *University Therapeutic Journal*. 2022;4(S):107–108. (In Russian).
15. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Gnutov A.A. Oral lesions in inflammatory bowel diseases. *Doctor*. 2021;32(10):25–27. (In Russian). <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-04>.
16. Uspenskiy Y.P., Ivanov S.V., Fominykh Y.A. et al. Features of the complicated course and extraintestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. *University Therapeutic Journal*. 2023;5(2):68–83. (In Russian). <https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.72.18.006>.
17. Tamir-Degabli N., Maharshak N., Cohen N.A. Salvage Therapy in Acute Severe Ulcerative Colitis: Current Practice and a Look to the Future. *Turk J Gastroenterol*. 2023;34(6):576–583. <https://doi.org/10.5152/tjg.2023.23103>.
18. Lamb C.A., Kennedy N.A., Raine T. et al. IBD guidelines eDelphi consensus group; Gaya DR, Iqbal TH, Taylor SA, Smith M, Brookes M, Hansen R, Hawthorne AB. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1–s106. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>.
19. Marsal J., Barreiro-de Acosta M., Blumenstein I., Cappello M., Bazin T., Sebastian S. Management of Non-response and Loss of Response to Anti-tumor Necrosis Factor Therapy in Inflammatory Bowel Disease. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:897936. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.897936>.