

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ СОЧЕТАНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА С ВРОЖДЕННОЙ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Касмынина А. А., Борисова Л. В.

Научный руководитель: Борисова Л. В., к. м. н., доцент кафедры
факультетской терапии и гериатрии

В статье представлен клинический случай совместного течения воспалительного заболевания кишечника и врожденной соматотропной недостаточности. Описаны трудности диагностики и ведения пациентов с данной патологией. Рассмотрены актуальность проблемы, вопрос своевременного лечения и предотвращения развития осложнений. Особенность данного клинического случая состоит в определении, какое заболевание является или может являться первичным относительно другого.

Ключевые слова: болезнь Крона, гипопитуитаризм, апластическая анемия.

The article presents a clinical case of the combined course of inflammatory bowel disease and congenital somatotrophic deficiency. The difficulties of diagnosis and management of patients with this pathology are described. The relevance of the problem, the issue of timely treatment and prevention of complications are considered. The peculiarity of this clinical case is to determine which disease is or may be primary relative to the other.

Keywords: Crohn's disease, hypopituitarism, aplastic anemia.

Актуальность

Врожденный гипопитуитаризм – редкое заболевание, причиной которого могут быть изолированные пороки развития хиазмально-селлярной области, мутации генов, участвующих в развитии гипофиза, и хромосомные нарушения [1].

Возникновение задержки роста могло произойти в результате нарушения секреции гормона роста из-за болезни Крона с иммунопатологическим механизмом развития, которое детерминировано генетически. Также возможен вариант первичного гипопитуитаризма, на фоне которого манифестировало заболевание – болезнь Крона.

Заместительная терапия гормоном роста при врожденном гипопитуитаризме является необходимой. Однако при назначении соматропина нужно учитывать наличие у пациентов сопутствующих заболеваний, манифестация которых может быть спровоцирована заместительной терапией.

Цель данной работы: демонстрация клинической картины и трудности ведения пациента с сочетанием болезни Крона и врожденной соматотропной недостаточности.

Материалы и методы

Проведен анализ архивных данных и истории болезни пациента, госпитализированного в гастроэнтерологическое отделение КГБУЗ «ККБ г. Барнаул». Изучены современные отечественные и зарубежные источники литературы, в которых представлены новейшие данные о патогенезе, опыте наблюдения и рекомендациях по ведению каждого из заболеваний.

Результаты

Пациент, мужчина, 21 год, поступил в плановом порядке в гастроэнтерологическое отделение 15.10.2024 г. с жалобами на жидкий стул около 10 раз в сутки, периодическую кровь в кале, свищ в перианальной области с гнойным отделяемым, снижение веса на 1 кг в течение полугода. Повышение температуры тела в вечерние часы до 38.8°C (3 раза в неделю).

Анамнез заболевания: в детском возрасте – с 2014 года наблюдался в РДКБ по поводу приобретенной идиопатической апластической анемии, сверхтяжелой формы. Проводилась трансплантация гемопоэтических стволовых клеток костного мозга от неродственного донора от 12.05.2016 г. с отторжением трансплантата 11.07.2016 г., повторная аллогенная

трансплантация периферических гемопоэтических клеток от того же донора от 27.07.2016 г. С сентября 2017 года явления гемоколита, установлен диагноз атрофическая энтеропатия. В ноябре 2018 года – явления острого парапроктита, начало формирования свища. Пролечен консервативно, положительная динамика.

15.05.2019 г. иссечение свища, пластика свищевого отверстия, сегментарная проктопластика, пластика анальных сфинктеров.

С октября 2019 года повышение температуры до субфебрильных значений, потеря в весе до 5 кг, 1 месяц жидкий стул с примесью слизи. Диагностирован параректальный свищ. В январе 2019 года был установлен диагноз: тотальный язвенный колит высокой степени активности.

В 2020 году повторно госпитализация в АККЦОМД. В течение года проводилась терапия азатиоприном. В 2021 году в связи с рецидивом начата терапия препаратом 5-аминосалициловой кислоты совместно с глюкокортикостероидами, а терапия азатиоприном была отменена из-за снижения числа лейкоцитов крови.

В апреле 2021 года рецидив колита, проявлениями которого стали диарея, гематохезии, абдоминалгии. В АККЦОМД установлен диагноз: язвенный колит, тотальное поражение, обострение, умеренная степень активности (индекс PUCAI 30 баллов). Проводилась терапия месалазином внутрь и в свечах.

Обследован в ФГБУ НМИЦЭ. Диагноз: гипопитуитаризм, изолированный дефицит соматотропного гормона. Рекомендована заместительная терапия препаратами соматропина. Лечение не получает.

Консультирован гематологом краевой поликлиники 07.07.22 г. Диагноз: приобретенная идиопатическая апластическая среднетяжелая форма. Состояние после аллогенной трансплантации костного мозга от полностью совместимого неродственного донора от 12.05.2016 г. Отторжение трансплантата от 11.07.2016 г. Состояние после повторной аллогенной трансплантации периферических гемопоэтических клеток с деплецией от того же донора от 27.07.2016. Анемия легкой степени,

наиболее вероятно, железодефицитная на фоне язвенного колита. Тромбоцитоз – более вероятно компенсаторный, в рамках реакции на анемию. Гипопитуитаризм, СТГ-дефицит. Ухудшение с декабря 2022 г. в виде рецидива кишечных симптомов, лихорадки.

В марте 2023 г. госпитализирован в отделение гастроэнтерологии. На основании данных морфологического исследования, клинических проявлений, перианальных поражений диагноз пересмотрен в пользу болезни Крона.

Проведена терапия ГКС в/в с последующим снижением дозы и переводом на энтеральную форму препарата азатиоприна. С 30.03.2023 г. рекомендовано лечение генно-инженерными биологическими препаратами (ГИПБ). Индукция ГИБП инфликсимаб 18.10.2023 г., 10.11.2023 г., 01.12.2023 г.

Выводы

Сочетание воспалительного заболевания кишечника и врожденной соматотропной недостаточности у пациентов встречается довольно редко. Необходимо понимать, что оба заболевания оказывают влияние на течение каждого из них. Терапия в данном случае требует особого внимания, поскольку препараты, применяемые пациентом, также способны влиять на эффективность друг друга. Пациент нуждается в междисциплинарном ведении.

Список литературы:

1. Болмасова А.В., Меликян М.А., Гаджиева З.Ш., Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Петеркова В.А. Врожденный гипопитуитаризм при делециях 18 хромосомы. *Проблемы эндокринологии*. 2021; 4. <https://doi.org/10.14341/probl12761>. – EDN KJOLTL.

2. Министерство здравоохранения РФ. *Клинические рекомендации: Болезнь Крона*. 2024-2025-2026 (17.07.2024).

3. Нагаева Е.В., Ширяева Т.Ю., Петеркова В.А. и др. Российский национальный консенсус. Диагностика и лечение гипопитуитаризма у

детей и подростков. *Проблемы эндокринологии*. 2018; 64(6): 402–411.
<https://doi.org/10.14341/probl10091>. – EDN NXICGE.

Поступила в редакцию 17.05.2025

Принята к публикации 24.06.2025

Опубликована 15.10.2025

Как цитировать:

Касмынина А. А., Борисова Л. В. Описание случая сочетания болезни Крона с врожденной соматотропной недостаточностью. Материалы X итоговой и I межрегиональной научно-практической конференции научного общества молодых ученых, инноваторов и студентов (НОМУИС) с международным участием, 21-23 мая 2025, АГМУ, г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2025; 4 (31): 221-225.
