

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

Мимоход А.А.*¹, Верещагин Д.М.¹,
Сувор Н.Д.¹, Пан А.В.¹, Федченко Ф.М.¹,
Елдашев С.В.¹, Гуськов В.Д.²¹ Клинический госпиталь МСЧ МВД
России по г. Москве, Москва² Российская Медицинская Академия
Непрерывного Профессионального
образования, Москва

УДК: 616.348-002-06

DOI: 10.25881/BPNMSC.2018.60.42.034

Резюме. Болезнь Крона, хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся неспецифическим гранулематозным трансмуральным сегментарным распространением воспалительного процесса любой зоны ЖКТ с развитием местных и системных осложнений, является одной из актуальных проблем современной медицины. Одним из основных методов лечения осложненной болезни Крона остается хирургический. Актуальность данной статьи заключается в донесении до молодых хирургов о правильности и своевременности верификации заболевания и пример тактики лечения.

Ключевые слова: болезнь Крона, пузырно-толстокишечный свищ, терминальный илеит, хирургическое лечение болезни Крона.

Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся неспецифическим, гранулематозным, трансмуральным сегментарным воспалением любой зоны ЖКТ с развитием местных и системных осложнений. Наибольшая распространенность приходится на индустриально развитые страны, так, например, в Швеции, США, Германии распространенность составляет 40–150 человек на 100 000 жителей, первичная заболеваемость – 4–6 человек. В России эти цифры ниже: распространенность – 3,4 человек на 100 000 жителей, заболеваемость – 0,3. Первый пик заболеваемости 15–30 лет, второй – после 50. Чуть чаще болеют женщины. Этиология неизвестна. Придается значение наследственному фактору, психологическому стрессу, рациону человека и курению.

Пациент С. 26 лет поступил в хирургическое отделение Клинического госпиталя МСЧ МВД России по г. Москве для обследования и лечения.

Анамнез: 21.03.17 поступил в КГ с диагнозом острый простатит. На фоне проведения консервативной терапии дизурические явления купированы. 28.03.17 болевой синдром распространился в пра-

CLINICAL CASE OF COMPLICATION OF CROHN'S DISEASE

Mimokhod A.A.*¹, Vereshchagin D.M.¹, Surov N.D.¹, Pan A.V.¹, Fedchenko F.M.¹,
Eldashev S.V.¹, Guskov V.D.²¹ Clinical hospital of Federal state healthcare institution of medical sanitary unit of Ministry of internal Affairs of Russia in Moscow² Department of emergency and General surgery, Ministry of health of the Russian Federation, FGBOU DPO Russian Medical Academy of continuing Professional education.

Abstract. Crohn's disease, a chronic recurrent disease of the gastrointestinal tract of unknown etiology, characterized by nonspecific granulomatous transmural segmental spread of the inflammatory process of any gastrointestinal area with the development of local and systemic complications, is one of the urgent problems of modern medicine. One of the main methods of treatment of complications of Crohn's Disease remains surgical. The relevance of this article is to inform young surgeons about the correctness and timeliness of disease verification and an example of treatment tactics.

Keyword: Crohn's disease, pemphigus, terminal ileitis, surgical treatment of Crohn's disease.

вые отделы живота, переведён в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. 29.03.17 выполнена операция – лапароскопическая аппендэктомия. 07.04.17 выписан в удовлетворительном состоянии. 20.04.17 пациент поступил в Тамбовскую областную КБ с диагнозом абсцесс передней брюшной стенки. 01.05.17 выполнено вскрытие и дренирование полости абсцесса. 04.05.17 выписан в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде пациент стал отмечать периодические боли в нижних отделах живота, выделение газа при мочеиспускании и примесь каловых масс в моче. Консультирован урологом, заподозрен уретро-кишечный свищ. КТ почек от 26.03.18: КТ-признаки отёка части прямой кишки.

При поступлении: Общее состояние: относительно удовлетворительное. Температура тела: 37,0° С. Сознание: ясное. Кожные покровы: обычной окраски. Видимые слизистые: обычной окраски. Питание: нормальное. Отеков нет. Лимфоузлы: не увеличены. Костно-суставная система: без патологии. Система органов дыхания: Дыхание через нос – свободное. Число дыханий: 16 в мин. Форма грудной клетки: нормостениче-

ская. Перкуторный звук над легочными полями: легочный. Аускультативно дыхание: везикулярное. Хрипы: не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: Пульс: частота 80 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД: правая рука – 130 / 80 мм рт. ст; левая рука – 130 / 80 мм рт. ст. Границы сердца: в пределах нормы. Тоны сердца: ясные. Шумы: не выслушиваются. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. Перистальтика обычной звучности. Притуплений перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. При пальпации живот мягкий, чувствительный в нижних отделах. Перитониальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Газы отходят.

Проведено обследование:

Общий анализ мочи от 28.04.18: pH – 6,0, уд вес – 1016, цвет – светло-янтарный, прозрачность – мутная, глюкоза, билирубин – не обнаружены. Лейкоциты 705/ПВУ, эритроциты 16/ПВУ, белок 0,3 г/л, бактерии +++.

Общий анализ мочи от 07.05.18: pH – 5,5, уд вес – 1018, цвет – темно-желтый, прозрачность – средне-мутная, глюкоза, билирубин – не обнаружены.

* e-mail: mimokhod@rambler.ru

Лейкоциты 99/ПВУ, эритроциты 4/ПВУ, белок 0,26 г/л, бактерии +.

Общий анализ крови от 28.04.18: WBC – 9,23 $\times 10^9$, RBC – 4,66 $\times 10^{12}$, HGB – 136 г/л, HCT – 38,9%, PLT – 234 $\times 10^9$.

Общий анализ крови от 15.05.18: WBC – 13,21 $\times 10^9$, RBC – 5,46 $\times 10^{12}$, HGB – 156 г/л, HCT – 45,3%, PLT – 279 $\times 10^9$.

Биохимический анализ крови от 25.04.18: о. белок 64 г/л, мочевина 3,5 ммоль/л, креатинин – 77,8 мкмоль/л, о.биллирубин – 14,3 мкмоль/л, пр.биллирубин – 2,6 мкмоль/л, АСТ – 18,4 U/л, АЛТ – 5,9 U/л, глюкоза – 4,96 ммоль/л, К 4,4 ммоль/л, Na 137 ммоль/л, Cl 102 ммоль/л.

Биохимический анализ крови от 15.05.18: о. белок 68,0 г/л, мочевина 4,8 ммоль/л, креатинин – 71,8 мкмоль/л, о.биллирубин – 9,7 мкмоль/л, пр.биллирубин – 1,9 мкмоль/л, АСТ – 13,6 U/л, АЛТ – 17,0 U/л, глюкоза – 4,52 ммоль/л, К 4,2 ммоль/л, Na 139 ммоль/л, Cl 99 ммоль/л.

Коагулограмма от 25.04.18: протромбин по Квинку – 84,5%, МНО – 1,08, АЧТВ – 42,8 сек, Фибриноген – 4,84 г/л.

С-реактивный белок от 28.04.18: 98,4 мг/л.

Прокальцитонин от 28.04.18: <0,5 нг/мл.

RW, ВИЧ, Гепатит В и С от 25.04.18: отрицательные.

Группа крови от 25.04.18: О (I) Rh (+). С-с+Е+е- Kell-.

ЭКГ от 25.04.18: Синусовый ритм. ЧСС 73 в мин. Вертикальная ЭОС.

Цистография от 25.04.18: При тугом заполнении мочевого пузыря контрастом (около 200 мл) явных затеков не выявлено, однако по переднему контуру определяется локальный участок деформации, нечеткости контура на протяжении 5 мм.

Ирригоскопия от 25.04.18: Долихосигма. Дискинезия левых отделов по гипотоническому типу. Птоз поперечно-ободочной кишки.

Rg ОГК от 26.04.18: без патологии.

ЭГДС от 26.04.18: Недостаточность кардии. Поверхностный гастрит.

КФС от 28.04.18: В н/3 сигмовидной кишки на медиальной стенке в центре измененного рельефа складок имеется втяжение с гиперимией и отёчными краями, визуализируется устье около 2 мм диаметром, отмечается незначительное поступление содержимого кремового цвета.

Заключение: Болезнь Крона? Свищ н/3 сигмовидной кишки.

УЗИ ОБП от 28.04.18: УЗ-признаки минимальной пиелоктазии справа. Незначительные диффузные изменения предстательной железы. Хронический цистит. Косвенные признаки свищевого процесса. Жидкость в малом тазу.

МСКТ ОБП от 03.05.18: Диффузный отек и циркулярное утолщение стенок дистального отдела подвздошной кишки до 10–12 мм на большом протяжении. КТ-картина терминального илеита.

УЗИ мочевого пузыря от 03.05.18: УЗ-признаки эхо-взвеси в мочевом пузыре. Умеренно-диффузные изменения не увеличенной предстательной железы.

УЗИ ОБП от 04.05.18: без динамики. На момент осмотра пиелоктазия не определяется. Лоцируется жидкостное скопление по ходу утолщённой стенки кишки и небольшое количество свободной жидкости в малом тазу.

Гистологическое исследование №10352-71 от 11.05.18: морфологическая картина неспецифического язвенного колита. Признаков болезни Крона – щелевидных язв и эпителиоидноклеточных гранулём не обнаружено.

УЗИ ОБП от 04.05.18: без динамики. На момент осмотра пиелоктазия не определяется. Лоцируется жидкостное скопление по ходу утолщённой стенки кишки и небольшое количество свободной жидкости в малом тазу.

Цистоскопия от 22.05.18: на передней стенке у дна визуализируется свищ с буллезным отёком в виде бахромы, мочевой катетер, гидрофильный проводник завести в свищ не удалось. Мочеточниковый катетер проведён к свищу, выполнена фистулография, при рентгеноскопии контраст в небольшом количестве, в виде расширяющейся полоски выходит за пределы мочевого пузыря.

Учитывая наличие пузырно-толстокишечного свища, принято решение о выполнении оперативного лечения в объёме: разобщение свищевого хода, резекцию сигмовидной кишки, ушивание стенки мочевого пузыря.

Ход операции

Лапаротомия, разделение пузырно-толстокишечного свища, резекция мочевого пузыря, терминального отдела подвздошной, слепой, восходящего отдела толстой и сигмовидной кишок, санация и дренирование брюшной полости.

При ревизии, в брюшной полости умеренное количество серозного выпота. Терминальный отдел подвздошной кишки, длиной около 40,0 см, начинающаяся от слепой кишки, багрового цвета,

стенка кишки уплотнена, резко отёчна, толщиной до 1,5 см, интимно припаяна на широкой площадке к задне-правой стенке мочевого пузыря – изменения характерны для терминального илеита при болезни Крона. В этом же месте к мочевому пузырю интимно прилежит участок н/3 сигмовидной кишки, одно-временно сращённый с подвздошной кишкой. Стенка сигмовидной кишки отёчна и уплотнена только в месте припаяния к мочевому пузырю. Остальные отделы сигмовидной кишки не изменены. Определяются многочисленные увеличенные лимфатические узлы в брыжейках тонкой и сигмовидной кишок. Учитывая изменения характерные для болезни Крона, принято решение о проведении резекции участка сигмовидной, подвздошной и восходящего отдела толстой кишок, участка мочевого пузыря. Конгломерат, состоящей из тощей и сигмовидной кишок, отделён от мочевого пузыря. При этом открылись свищевые отверстия в сигмовидной кишке и мочевом пузыре. Подвздошная кишка свищевого отверстия не имеет. Произведена экономная резекция стенки мочевого пузыря и ушивание дефекта мочевого пузыря двурядным викриловым швом на атравматической игле 00.

Учитывая изменения в слепой кишке (по данным колоноскопии и пальпаторно отсутствие границы между изме-

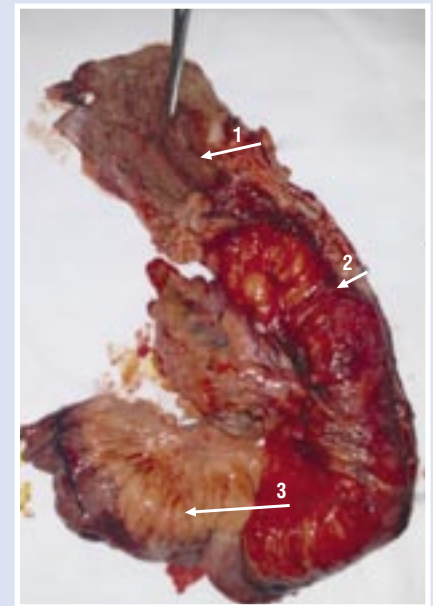


Рис. 3. Общий вид макропрепарата. 1 – слепая кишка с участком восходящего отдела ободочной кишки. 2 – терминальный отдел тощей кишки. 3 – участок сигмовидной кишки несущей свищ



Рис. 2. Терминальный отдел подвздошной кишки

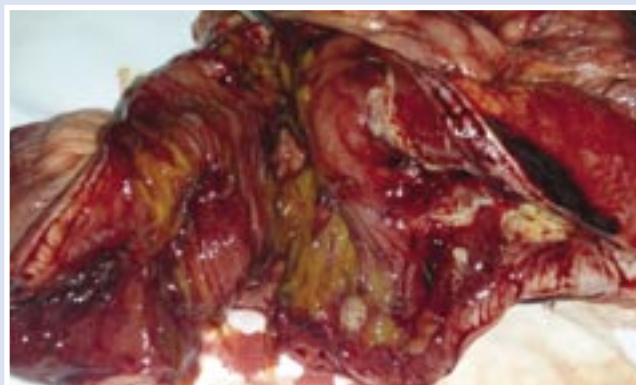


Рис. 3. Резецированный участок сигмовидной кишки

нённой участком терминальной тощей кишки), решено в зону резекции включить слепую и часть восходящей ободочной кишки.

Мобилизовано 50 см терминального отдела подвздошной кишки (на 10 см выше границе поражённой кишки), слепая и часть восходящей ободочной кишки. Выполнена резекция мобилизованных участков единым конгломератом. Культи восходящей ободочной кишки, пересечённая в с/3 ушита линейным швизающим аппаратом ДЮ-60 и перитонизирована дополнительным рядом швов. Сформированы илео-асцендоанастомоз по типу конец-в-бок диаметром 25 мм и сигмо-сигмо анастомоз по типу конец-в-конец диаметром 31 мм циркулярными швизающими скрепочными аппаратами ЕЕА с дополнительной перитонизацией отдельными узловыми викриловыми швами.

Брюшная полость санирована 0,9% изотоническим раствором натрия хлорида. Гемостаз, выпот – сухо. Контроль материалов и инструментов. Установлен дренаж в малый таз. Брюшная стенка ушита послойно.

Макропрепарат: резецированный участок мочевого пузыря, органокомплекс состоящий из участка сигмовидной кишки, тощей кишки, слепой и участка восходящей ободочной кишки, отправленные на гистологическое исследование.

Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 12-е сутки. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

Гистологическое исследование №11692-732 от 29.05.18: 13 см от края илеоцекального клапана в тонкой кишке сквозное щелевидное отверстие, проникающее в стенку сигмовидной кишки и по-видимому в мочевой пузырь. В мышечном слое мочевого пузыря изъязвле-

ние щелевидной формы. Тонкая кишка утолщена до 1,5 см за счёт выраженной гипертрофии продольного и внутреннего мышечного слоёв, гипертрофией, гиперплазией межмышечных нервных ганглиев, в слизистой оболочке крупные множественные продольные язвы, дно язв покрыто толстым слоем гнойно-некротического детрита, изъязвление достигающее до мышечной оболочки и в дне выявлены скопления гранул, в виде эпителиоидных клеток с многоядерными клетками, типа инородных тел, воспалительный полиморфноядерный инфильтрат распространялся по периваскулярным пространствам в мышечный слой с отеком, дистрофией и мелкими некрозами миоцитов. Стенка сигмовидной кишки с отеком, сглаженными складками, расширенными криптами в собственной слизистой оболочке, подслизистая основа с очаговыми небольшими воспалительными инфильтратами из лимфоцитов и плазматических клеток и в одном из участков щелевидное изъязвление, инфильтрировано сегментоядерными лейкоцитами.

Заключение: язвенный терминальный илеит, свищевая форма (болезнь Крона) с вовлечением лимфатических узлов. Внутренний пузырно-толстокишечный свищ.

Выписан в удовлетворительном состоянии 09.06.18 с диагнозом: Болезнь Крона с поражением терминального отдела подвздошной кишки и сигмовидной кишки. Внутренний пузырно-сигмовидный свищ.

Клиническое наблюдение показывает редкую форму осложнения болезни Крона с формированием свищевого хода, включающего в себя терминальный отдел подвздошной кишки, мочевой пузырь и сигмовидную кишку. Достаточно хорошо продемонстрированы сложности в

диагностике данного заболевания. Заслуживает внимания тот факт, что интраоперационный осмотр поражённой области и заключительное гистологическое исследование позволило правильно поставить окончательный диагноз. Была выполнена операция в адекватном объёме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гастроэнтерология: Справочник / Под ред. А.Ю. Барановского. – СПб.: Питер, 2011. [Gastroenterology: Spravochnik / Pod red. A.YU. Baranovskogo. – SPb.: Piter, 2011].
2. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / под ред. Воробьева Г. И., Халифа И. Л. – М.: Миклош, 2008. [Nespecificheknie vospalitel'nye zabolevaniya kishhechnika / pod red. Vorob'eva G. I., Halifa I. L. – M.: Miklosh, 2008].
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона / Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А. / «Российская гастроэнтерологическая ассоциация», «Ассоциация колопроктологов России» 2013. [Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu vzroslykh pacientov s bolezn'yu Krona / Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A. / «Rossijskaya gastroehntorologicheskaya associaciya», «Associaciya koloproktologov Rossii» 2013].
4. Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Никулина И.В. Эпидемиологические аспекты воспалительных заболеваний кишечника в Московской области. // Альманах клинической медицины 1999. С. 41–50. [Zlatkina A.R., Belousova E.A., Nikulina I.V. Ehpide-miologicheskie aspekty vospalitel'nyh zabolevanij kishhechnika v Moskovskoj oblasti. // Al'manah klinicheskoj mediciny 1999. S. 41–50].
5. Главнов, П.В., Лебедева, Н.Н., Кащенко, В.А., Варзин, С.А., Язвенный колит и болезнь Крона. Современное состояние проблемы этиологии, ранней диагностики и лечения. // Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2015. Вып. 4. [Glavnov, P.V., Lebedeva, N.N., Kashchenko, V.A., Varzin, S.A., YAzvennyy kolit i bolezn' Krona. Sovremennoe sostoyanie problemy ehtiologii, rannej diagnostiki i lecheniya. // Vestnik SPbGU. Ser. 11. 2015. Vyp. 4].