

УДК 616.344-002-031.84

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Муллахметова А.А.

Студентка 406 группы лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Падерина А.С.

Студентка 411 группы лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация

Статья отражает клинический случай успешной диагностики, ведения и оперативного лечения пациента с болезнью Крона, содержит современные данные о частоте встречаемости данной патологии. Была изучена и проанализирована литература, связанная с диагностикой данного заболевания и представлен клинический случай по нему. Нами доказано, что в основе диагностики и лечения болезни Крона – знание клинических синдромов, характерных для данного заболевания, и данные гистологического исследования. Результаты проведенного авторами исследования могут быть полезны практикующим хирургам и использованы в обучении хирургов-ординаторов.

Ключевые слова: болезнь Крона, кишечная непроходимость, стриктуры кишечника, гемиколэктомия, колостомы, гранулема.

CLINICAL CASE OF DIAGNOSIS OF CROWN DISEASE

Styazhkina S.N.

MD, professor

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Mullahmetova A.A.

Student of 406 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Paderina A.S.

Student of 411 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Annotation

The article reflects the clinical case of successful diagnosis, management and surgical treatment of a patient with Crohn's disease, contains modern data on the frequency of occurrence of this pathology. The literature related to the diagnosis of this disease was studied and analyzed, and a clinical case on it was presented. We have proved that the basis for the diagnosis and treatment of Crohn's disease is knowledge of the clinical syndromes characteristic of this disease, and histological data. The results of the study conducted by the authors can be useful to practicing surgeons and used in the training of resident surgeons.

Key words: Crohn's disease, intestinal obstruction, intestinal strictures, hemicolectomy, colostomy, granuloma.

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [6].

Несмотря на то, что заболевание Бернхард Крон открыл еще в 1932 году, до настоящего момента точная причина остается неизвестной. Наследственность – это единственный фактор, имеющий относительно высокий процент, подтверждающий свое влияние. Так у пациентов с данной патологией в 17% случаях имеются близкие родственники с данным заболеванием, при этом прямой связи с определенным HLA не выявлено. По данным ряда исследований, было предположено косвенное влияние вирусной инфекции, хламидийной и микобактерий, однако достоверных доказательств для подтверждения нет [7].

По данным ряда авторов, распространенность данного заболевания составляет 201 случай на 100тысяч взрослого населения, при этом средний возраст к моменту диагностирования болезни Крона – 20-30 лет [1-3].

Многообразие клинических проявлений болезни Крона связано с поражением участков ЖКТ на всем протяжении, а также с одновременной локализацией в различных областях, что, как следствие, приводит к замешательству в ходе постановки диагноза и нередко приводит к диагностическим ошибкам. Анализ анамнестических и клинических данных показал, что заболевание было диагностировано в среднем спустя $4,6 \pm 0,8$ года от его начала. Было доказано, что преимущественной локализацией данного заболевания служит кишечник [5].

Основными синдромами в клинической картине данного заболевания выступают:

1. Болевой синдром (у 85-90% больных): характерна рецидивирующая боль в нижнем правом квадранте живота, которую часто принимают за клинику острого аппендита или кишечную непроходимость. В случае отсутствия резкой боли больные могут предъявлять жалобы на дискомфорт, тяжесть в животе, вздутие и умеренная схваткообразная боль, усиливающаяся при нарушении диеты;
2. Синдром кишечной диспепсии, проявляющийся диареей с кашицеобразным или жидким стулом;
3. Синдром мальабсорбции;
4. Анальные и перианальные поражения характеризуются вялотекущими парапроктитами, многочисленными анальными трещинами и свищами. Глубокие язвы (трещины) кишечной стенки служат источником кровотечений;
5. Лихорадочный синдром;
6. Анемический синдром (ЖДА);
7. Астеновегетативный синдром;

8. Внекишечные проявления: острая артропатия, сакроилеит, эписклерит и передним увеит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия. У 10% больных в полости рта выявляются афты.

Среди осложнений болезни Крона особенно выделяют кишечную непроходимость, являющуюся патогномоничным признаком данного заболевания, и стриктуры кишечника [8,10].

Диагностика данного заболевания включает в себя в первую очередь физикальное обследование, включающее в себя осмотр перианальной области и пальпирование прямой кишки. Проведение лабораторно-инструментальных диагностических мероприятий исключительно важно, как для установления диагноза, так и для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями. В основном болезнь Крона приходится дифференцировать с язвенным колитом, от которого она отличается в 50% случаев отсутствием поражения прямой кишки, когда как при язвенном колите поражение прямой кишки происходит почти в 100% случаях [10].

Рассмотрим клинический случай.

Больной А., 1961 г.р.

Дата поступления в стационар: 18.12.2018

Диагноз при поступлении: уход за другими искусственным отверстием пищеварительного тракта

Диагноз клинический: Болезнь Крона, стриктура сигмостомы. Толстокишечная непроходимость. Состояние после резекции сигмовидной кишки от 28.07.2018.

Диагноз заключительный клинический:

Основной: Болезнь Крона с поражением левых отделов ободочной кишки.

Осложнение: Стриктура сигмостомы. Толстокишечная непроходимость.

Сопутствующий: состояние после резекции сигмовидной кишки от 28.07.2018 по поводу кишечной непроходимости. ДЭП II степени, ХОБЛ.

Жалобы при поступлении: на наличие свища на передней брюшной стенке с толстокишечным отделяем со сбросом на переднюю брюшную стенку, сужение свищевого отверстия, периодическое чувство дискомфорта в животе, изредка боли.

Развитие заболевания: в анамнезе – операция: лапаротомия, операция типа Гартмана от 28.07.2018 по поводу кишечной непроходимости в условиях ЦРБ.
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Находился на стационарном лечении в условиях хирургического отделения с 26.07.2018 по 15.08.2018 – выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту медицинского обслуживания. Самочувствие было хорошим, но снижено качество жизни – мешает колостома, а также сужается колостомическое отверстие. Обратился в поликлинику к хирургу и проктологу в БУЗ УР "1РКБ МЗ УР", после чего был госпитализирован в колопроктологическое отделение для планового оперативного лечения (реконструктивно-восстановительная операция).

Анамнез жизни: простудные заболевания. Туберкулёз, венерические заболевания, болезнь Боткина отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Ходит самостоятельно. Рост 167см, вес 57 кг.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. В сознании, адекватен, астеничен, вяловат. Астеничного телосложения, пониженного питания. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Кожные покровы с бледным оттенком, теплые, сухие. ЧДД 16 в минуту. Дыхание проводится во все отделы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 125/76 мм рт. ст., ЧСС 86 в минуту. Температура тела – 36,6 С. Живот – овальной формы, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации поддут, мягкий. При глубокой пальпации несколько чувствителен в мезогипогастральной области и над лоном. Перитонеальных симптомов нет. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Пастозность стоп.

Локальный статус: имеется послеоперационный рубец от верхне-средне-нижней лапаротомии длиной до 23 см без воспаления. В левой мезогастральной области имеется толстокишечный свищ – сигмостома, без воспаления, размером 0,4*0,3 см, с толстокишечным содержимым.

Per rectum: перианально – бахромки. Сфинктер тоничен. Анальный канал проходим. Пальпаторно патологии нет. На перчатке слизь и скудное количество бариевой взвеси – выполнялась проктограмма.

20.12.2018 в 9.00 была проведена левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия. Показания к операции и обезболиванию: стриктура сигмостомы после обструктивной резекции сигмовидной кишки - является показанием к срочной операции - реконструкции сигмостомы - под интубационным наркозом. Согласие пациента на операцию получено. Удаленная левая половина ободочной кишки на протяжении 15см от стомы поражена рубцово-инфильтративным процессом, с множественными язвенными

дефектами, отсутствием слизистой. Данная картина больше соответствует болезни Крона. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

27.12.2018 21:10 экстренная радикальная операция: лапаротомия, разрезание защемления, резекция тонкой кишки, дренирование брюшной полости. Показания к операции и обезболиванию эвентрация тонкой кишки в рану бывшего места дренажа, с клиникой ущемления, невраимостью – является показанием к экстренной операции – разрешению ущемления, о возможной резекции тонкой кишки пациент предупрежден. Согласие пациента на операцию получено. Описание макропрепарата: удаленная петля ущемленной тонкой кишки до 10см, в центре до 5-6см участок темно- синюшного цвета (необратимая ишемия).

03.01.2019 13.25 экстренная операция: Лапаротомия по поводу септических осложнений – распространённый гнойный перитонит. Релапаротомия, вскрытие межкишечных абсцессов, санация, дренирование брюшной полости.

Предоперационный эпикриз: Клиническая и эхографическая картина острого перитонита – является показанием к экстренной операции – релапаротомии, ревизии органов брюшной полости, с устранением источника перитонита – под интубационным наркозом. Согласие пациента на операцию получено.

Диагноз: Межкишечный абсцесс брюшной полости, вскрывшийся в брюшную полость. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Протокол операции: под интубационным наркозом сняты швы со срединной раны живота. В брюшной полости мутный выпот с налетом фибрина на петлях кишечника. При дальнейшей ревизии вскрылся абсцесс левого фланка живота объемом до 200мл, с неприятным запахом. Гной взят на посев. Выполнен адгезиолизис. В малом тазу и правом фланке живота мутный серозный выпот с фибрином до 400 мл - эвакуирован. Тонкокишечный анастомоз (после резекции подвздошной кишки по поводу ущемления 27.12.2018.)- состоятелен. Другой патологии не выявлено. Выполнена санация брюшной полости 8 литрами водного раствора хлоргексидина. Дренирование левого, правого фланков и малого таза.

Лапаростомия. Плановая санация брюшной полости 05.01.2019

05.01.2019 в 10.25 плановая операция: лапаротомия по поводу септических осложнений – распространённый гнойный перитонит. Релапаротомия

санационная по программе, ушивание острой перфорации тонкой кишки, санация, дренирование брюшной полости, лапаростома.

Показания к операции и обезболиванию: клиника «перитонита - программируемая релапаротомия» - является показанием к плановой операции - релапаротомии, ревизии органов брюшной полости - под интубационным наркозом. Согласие пациента на операцию получено.

Диагноз: Распространенный фибринозно-гнойный перитонит - стадия разрешения. Острая перфорация тонкой кишки

07.01.2019 в 9.45 плановая операция: лапаротомия по поводу септических осложнений – распространённый гнойный перитонит. Санационная релапаротомия по программе, дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны наглухо

Показания к операции и обезболиванию: клиника «перитонита - программируемая релапаротомия» - лапаростома - является показанием к плановой операции - релапаротомии, ревизии органов брюшной полости - под интубационным наркозом. Согласие пациента на операцию получено.

Для верификации диагноза был проведен ряд лабораторных инструментальных исследований.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови

1. От 19.11.2018 WBC 9,7, RBC 3,7, HGB 123г/л, PLT 328;
2. От 04.01.2019 WBC 22,4, RBC 3,0, HGB 99г/л, PLT 388;
3. От 05.01.2019 WBC 20,2, RBC 2,42, HGB 94г/л, PLT 396;
4. От 06.01.2019 WBC 17,8, RBC 2,76, HGB 91г/л, PLT 403;
5. От 07.01.2019 WBC 16,0, RBC 2,84, HGB 41г/л, PLT 426;
6. От 08.01.2019 WBC 18,0, RBC 2,66, HGB 81г/л, PLT 324;
7. От 09.01.2019 WBC 18,6, RBC 2,48, HGB 81г/л, PLT 303;
8. От 17.01.2019 WBC 12,2, RBC 2,63, HGB 78г/л, PLT 745;
9. От 30.01.2019 WBC 7,0, RBC 2,9, HGB 85г/л, PLT 358;
10. От 07.02.2019 WBC 10,5, RBC 3,5, HGB 100г/л, PLT 397.

Биохимический анализ крови

1. От 19.11.2018 АСТ -45,3 е/л, АЛТ -20,7 е/л, билирубин общий - 13,1 мкмоль/л, билирубин прямой - 0 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140,7 ммоль/л;

2. От 04.01.2019 мочевины 9,4 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л, калий 4,68, натрий 139 ммоль/л, глюкоза 2,3 ммоль/л, общий белок 40 г/л, альбумины 19,6 г/л, глобулины 20,4 г/л;
3. От 05.01.2019 мочевины 8,8 ммоль/л, креатинин 94 мкмоль/л, калий 4,62 ммоль/л, натрий 138,1 ммоль/л, общий белок 43 г/л, альбумины 21,9 г/л, глобулины 21,1, билирубин 8 мкмоль/л, непрямого 8 мкмоль/л;
4. От 06.01.2019 мочевины 7,2 ммоль/л, креатинин 81 мкмоль/л, калий 4,37 ммоль/л, натрий 137,6 ммоль/л
5. От 07.01.2019 Гемолиз
6. От 08.01.2019 калий 3,53 ммоль/л, натрий 134 ммоль/л, общий белок 41 г/л, альбумины 20,5 г/л, глобулины 20,5 г/л
7. От 09.01.2019 мочевины 7,3 ммоль/л, креатинин 80,6 мкмоль/л, калий 3,67 ммоль/л, натрий 134,9 ммоль/л, общий белок 40 г/л, альбумины 20,1 г/л, глобулины 19,9 г/л
8. От 17.01.2019 мочевины 6,2 ммоль/л, калий 4,14 ммоль/л, натрий 132,4 ммоль/л, хлориды-98,7 ммоль/л, билирубин общий 4 мкмоль/л. непрямого 4 мкмоль/л, общий белок 59,5 г/л, АСТ – 7,3 е/л, АЛТ 5 е/л
9. От 07.02.2019 билирубин общий 6 мкмоль/л, хлориды 103 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л

Инструментальные данные:

Прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного материала от 17.01.2019.

Лимфоузел диаметр 0,7 – 0,8 розовый - 2К, толстый отдел кишечника длиной 20 см. В средней части кишечника несколько утолщена стенка до 1 см, слизистая гиперемирована, складчатость местами сглажена. В ткани лимфоузла гиперплазированные лимфоидные фолликулы с расширенными зародышевыми центрами. В резецированном отделе толстой кишки во всех отделах схожая гистокартина, представленная глубокими афтозными язвами. В дне которых – грануляции с наложениями частиц лейкоцитарно-некротического детрита, расположенного над гиперплазированными лимфоидными фолликулами. Липоматоз кишечной стенки. Трансмуральный характер вовлечения с единичными гранулемами (из эпителиоидных гистиоцитов, моноцитов, макрофагов, лимфоцитов инфильтратов) Наличие глубоких трещин, нейрональной гиперплазией в стенке. Одни из краев резекции в пределах нормы. В другом гистон, описанный выше.

Заключение: Данная гистокартина больше соответствует болезни Крона.

Компьютерная томография от 19.09.2018

Состояние после оперативного лечения заболевания сигмовидной кишки. Имеются постоперационные рубцовые изменения передней брюшной стенки в области белой линии живота. Функционирует колостома, выведенная на переднюю брюшную стенку слева, в области спаечный процесс, распространяющийся на левое параколитическое пространство с признаками фиброза, равномерным утолщением стенки нисходящего отдела в виде муфты. Объемных образований в этой области достоверно не определяется. Остальные петли кишечника заполнены содержимым и газом. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Заключение: Функционирующая колостома. Состояние после оперативного лечения заболевания сигмовидной кишки. Атеросклероз аорты. Дистрофические изменения (остеохондроз) н/грудного, поясничного отдела позвоночника.

Рентгенологическое исследование от 18.12 2018г.

Скопически выполнены проктограммы в прямой и косой проекциях

Состояние после операции, частичная резекция сигмовидной кишки с формированием сигмостомы. Введено до 200 мл бариевой взвеси. Контрастные массы беспрепятственно заполнили прямую кишку и Дистальный отдел сигмовидной кишки. Ход контрастированных дистальных отделов толстой кишки не изменен, расположены обычно. Данных за пробрасывание контрастных масс за пределы контура прямой кишки и сигмовидной кишки на момент исследования не получено. Культия сигмовидной кишки с ровными контурами, приближается к конусовидной форме. При полипозиционном исследовании данных за участки сужения просвета и ригидности в дистальных отделах толстой кишки не выявлено.

Заключение: СПО, частичная резекция сигмовидной кишки с формированием сигмостомы. Культия сигмовидной кишки.

Впервые кишечная непроходимость была доказана обзорным снимком брюшной полости и органов малого таза от 26.07.2018, 27.07.2018, в заключении которого было сказано о признаках кишечной непроходимости, а также результатами УЗИ органов брюшной полости от 27.08.2018.

Консервативная терапия заключалась в применении следующих лекарственных препаратов: фенозепам 1 таб н/н, метрогил 100мг х 3 р/д, цефтриаксон 2,0 х 2 р/д, метаклопрамид 10 мг х 3 р/д, медопрод 30мг, кеторол 1,0 в/м, медопред 30мг в/в, медрол 2 таб утром, сульфасалазин 2 таб х 3 р/д.

пиперациллин тазобактам 4,5 %, анфибра 0,4 (4000 МЕ) п/к, ринсулин 40 ед до 20 1млг.

Помимо применения лекарственных препаратов, пациенту проводили очистительные клизмы, перевязки с мирамистином. Диета №2.

Заключение:

Болезнь Крона – одно из наиболее труднодиагностируемых заболеваний. Отсутствие специфической картины приводит к несвоевременной диагностике данного заболевания, что влечет за собой необратимые последствия. В основном диагноз выставляется при наличии серьезных осложнений, сопровождающихся тяжелым воспалительным процессом, реже с возможным летальным исходом. Мы доказали, что тщательный сбор анамнеза, данные гистологического исследования, а также знание об возможной клинической картине данного заболевания, является основой для постановки данного диагноза. Наш клинический случай доказывает утверждение о том, что кишечная непроходимость – патогномичным признаком болезни Крона.

Библиографический список:

1. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона // Фарматека. – 2009г. – №13 – С.38-44.
2. Валуевских Е.Ю., Светлова И.О., Курилович С.А., Осипенко М.Ф., Максимов В.Н., Воевода М.И. Полиморфизм генов регуляторов воспаления при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите. // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2009. – Т.29. – №2. – С. 81-89.
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапиной/ ГЭОТАР Медиа. – 2008. – 754с.
4. 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 (обзор литературы) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. — 2015. — № 4. — С. 48-72.
5. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. О трудностях диагностики болезни Крона в клинических примерах // Фарматека. — 2012. — № 2 (235). — С. 60-64.
6. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона, 2017 год.

7. Неспецифический язвенный колит: монография/ С.Н.Стяжкина [и др.]; под редакцией проф. С.Н.Стяжкиной. – Ижевск, 2018. – 160 с.
8. Николаева Н.Н., Грищенко Е.Г., Николаева Л.В., Байкова О.А., Топольская Н.В. Клинический случай трудной диагностики болезни Крона // Альманах клинической медицины. — 2014. — № 33. — С. 81-86.
9. Салихова Р.Р., Стяжкина С.Н., Неганова О.А. Научный аспект. 2019. Т. 12. № 2. С. 1498-1502. Разбор клинического случая болезни Крона // Научный аспект. — 2019. - Т. 12. — № 2. — С. 1498-1502.
10. Скворцов В.В., Горбач А.Н. Диагностика и лечение болезни Крона // Эффективная фармакотерапия. — 2019. – Т.15. — № 2. — С. 64-68.

Оригинальность 82%