

РЕДКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА БОЛЕЗНИ КРОНА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

УДК 616—071:616.344
Поступила 21.12.2008 г.



А.Р. Кокобелян*, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова;
А.И. Абеlevич, д.м.н., профессор кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

English

Rare clinical mask of the ileum Crohn's disease

A.R. Kokobelyan, c.m.s., assistant of the A.I. Kozhevnickov general surgery chair;
A.I. Abelevich, MD, professor of the A.I. Kozhevnickov general surgery chair

Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

A rare clinical observation of the ileum terminal department Crohn's disease, simulating the rectum tumor, is made. It was possible to make a final diagnosis intraoperatively only. A plan of operation was timely altered, which permitted to achieve the good treatment results.

Key words: Crohn's disease, rectum cancer.

Болезнь Крона — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся трансмуральным сегментарным распространением воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений. Чаще всего встречается изолированное поражение терминального отрезка подвздошной кишки, наблюдающееся в 25—30% случаев [1]. При этом на ирригogramмах, как правило, обнаруживается стриктура поражённой кишки [2]. Терминальный илеит прихотится дифференцировать со многими заболеваниями, такими как неспецифический язвенный колит, гастринтестинальный туберкулёз, ишемический и антибиотикассоциированный колит, дивертикулёз, саркоидоз и др. [3].

Мы располагаем редким наблюдением болезни Крона подвздошной кишки, симулирующей опухоль прямой кишки.

Больной К., 35 лет, житель Нижнего Новгорода, поступил в клинику общей хирургии им. А.И. Кожевникова Областной клинической больницы им. Н.А. Семашко 14.11.2007 г. с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, вздутие живота, слабость, диарею, неустойчивый стул и тенезмы. Из анамнеза известно, что заболел в августе 2007 г., когда впервые появились боли в животе, затем тяжесть в животе

*после приёма пищи, больной стал худеть. Обращался к терапевту и гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства, лечился амбулаторно по поводу обострения хронического панкреатита. Лечение не помогало, больной похудел более чем на 15 кг, периодические боли в животе сохранялись. В конце октября 2007 г боли усилились, пациент был доставлен в одну из городских больниц города машиной скорой помощи и был госпитализирован. При обследовании (УЗИ, ЭГДФС) органической патологии не выявлено, и больной был выписан через три дня с диагнозом «обострение хронического панкреатита, сигмоидит». Постепенно боли в животе стихли, но вместе с тем усилились тенезмы и запоры, в связи с чем больной обратился самостоятельно в поликлинику Областной клинической больницы. При осмотре *per rectum* выявлено циркулярное сужение просвета прямой кишки, не пропускающее ректоскоп и колоноскоп. Госпитализирован в колопроктологическое отделение с подозрением на опухоль прямой кишки, осложнённой субкомпенсированной кишечной непроходимостью.*

При поступлении состояние больного было расценено как средней тяжести. Обращала на себя внимание резкая худоба: масса 48 кг при росте 170 см. Живот вздут умеренно, мягкий, незначительно болезненный во всех отделах. Патологических образований и инфильтратов не пальпировалось. Симптом

*Кокобелян Армен Робертович, тел. раб. 8(831) 438-95-59; 438-91-06; e-mail: nemros@mail.ru

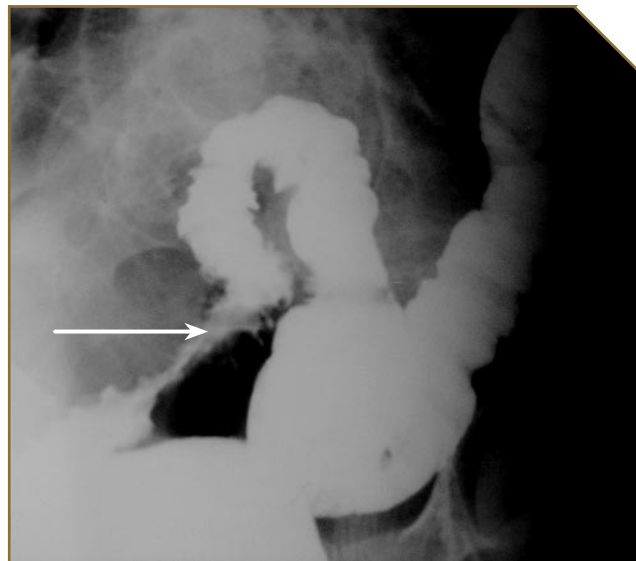
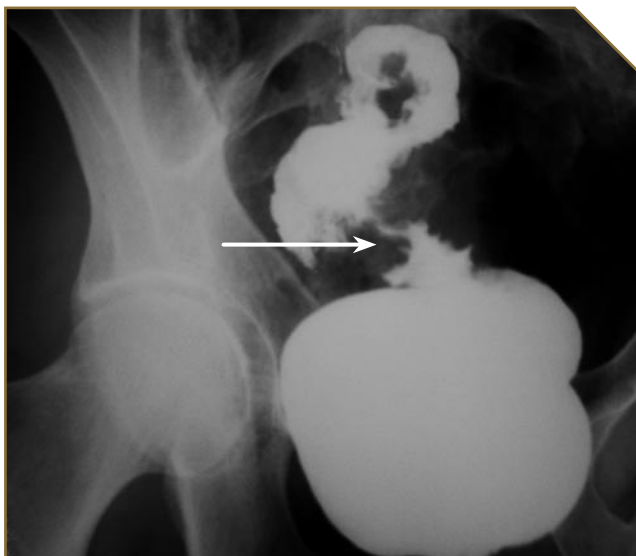


Рис. 1. Ирригограммы с дефектом наполнения верхнеампулярного отдела прямой кишки в разных проекциях

Щёткина—Блюмберга — отрицательный. Температура тела — субфебрильная. В лёгких дыхание — везикулярное, тоны сердца — ритмичные, ясные, пульс — 88 в минуту.

Анализ крови 15.11: Hb — 110 г/л; эр. — $4,4 \cdot 10^{12}$ /л; СОЭ — 4 мм/ч; ле. — $6,9 \cdot 10^9$ /л; с.-я. — 55%; лимф. — 40%; моноц. — 5%. Общий анализ мочи, биохимические показатели крови и амилаза мочи — в пределах нормы.

ЭКГ: ритм — синусовый, регулярный; нормальное положение электрической оси сердца; умеренные изменения миокарда левого желудочка.

При ректороманоскопии выявлено циркулярное сужение прямой кишки на расстоянии 9 см от наружного отверстия анального канала, не проходное для аппарата. Взят биоптат, цитологически и гистологически атипичных клеток не найдено.

УЗИ брюшной полости и почек: органической патологии не выявлено; диффузные изменения поджелудочной железы.

Ирригоскопия 20.11: выявлен дефект наполнения верхнеампулярного отдела прямой кишки (рис. 1). Рентгенологический диагноз рака прямой кишки не вызывал сомнений. Складывалось впечатление о наличии диссеминированного опухолевого процесса.

После предоперационной инфузионной терапии больной оперирован 23.11 под интубационным наркозом. Выполнена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. В брюшной полости выявлено небольшое количество прозрачного выпота. В малом тазу определен инфильтрат, состоящий из верхнеампулярного отдела прямой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Подвздошная кишка начиная от слепой кишки и на протяжении 25 см утолщена, гиперемирована, стенки — мясистые, с участком некроза $1,5 \times 1,5$ см. Проксимально тонкая кишка умеренно разду-

та. Печень, желудок, желчный пузырь, толстая кишка — не изменены. Через задний проход в сигмовидную кишку проведена дренажная трубка. Изменённая петля подвздошной кишки выделена из инфильтрата, при этом вскрыт абсцесс, расположенный забрюшинно и содержащий 10 мл густого сливкообразного гноя без запаха. При посеве гноя роста микрофлоры не обнаружено. Стенками абсцесса являлись крестец и мезоректум. Дефектов в прямой и тонкой кишке не обнаружено. Полость абсцесса промыта водным раствором хлоргексидина. В брыжейке терминального отдела тонкой кишки — пакет увеличенных лимфатических узлов. Диагностированы болезнь Крона подвздошной кишки (терминальный илеит) с образованием абсцедирующего инфильтрата малого таза и со сдавлением прямой кишки, хроническая тонкокишечная непроходимость. Выполнены резекция терминального отдела

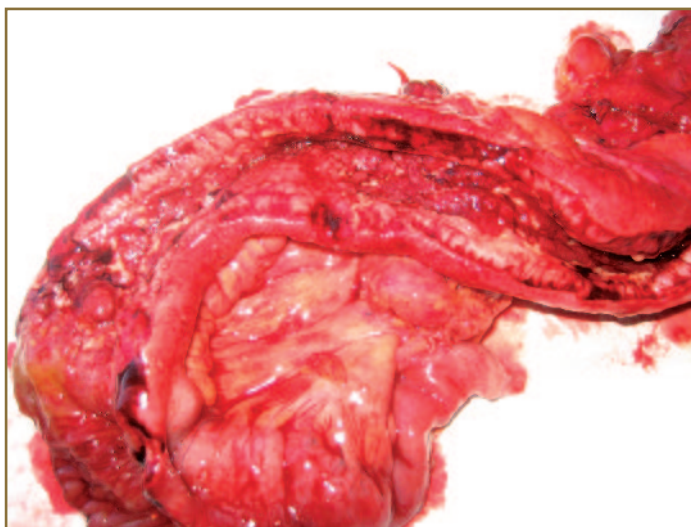


Рис. 2. Макропрепарат: слизистая оболочка подвздошной кишки в виде буллезной мостовой

подвздошной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, вскрытие и тампонирование абсцедирующего инфильтрата малого таза. Улавливающий дренаж по правому флангу поставлен через отдельный прокол в правой подвздошной области. В полость абсцесса малого таза поставлен тампон с маслом через нижний угол раны.

При осмотре макропрепарата обнаружено, что слизистая оболочка подвздошной кишки изменена по типу булыжной мостовой (рис. 2), просвет резко сужен, в брыжейке — пакет увеличенных лимфатических узлов.

Гистологическое исследование подтверждает клинический диагноз болезни Крона подвздошной кишки, в лимфатических узлах — отёк синусов мозгового слоя, в границах резекции — без особенностей.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии 11.12.2007 г. Осмотрен через год после операции. Жалоб не предъявлял, продолжает работать, набрал массу.

Наблюдение интересно тем, что показывает уникальный случай, когда абсцедирующий инфильтрат малого таза, образовавшийся вследствие болезни Крона подвздошной кишки, настолько вовлёл прямую кишку, что вызвал ее стеноз и симптомы рака. Эти симптомы в сочетании с характерной для опухоли ирригограммой послужили причиной гипердиагностики рака прямой кишки.

Литература

1. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. Болезнь Крона. М: Медицина; 2007.
2. Григорьева Г.А. Болезнь Крона и неспецифический язвенный колит (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация). Дис. ... докт. мед. наук. М; 1990.
3. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. Пер. с нем. М: ГЭОТАР-МЕД; 2001.