

Т.А. Тарасов¹,
Р.О. Макєєв¹, Н.Є. Долгая²

¹ДЗ «Республіканська клінічна
лікарня МОЗ України», м. Київ
²Національний
медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УПЕРШЕ ВСТАНОВЛЕНОГО ДІАГНОЗУ ХВОРОБИ КРОНА ПІД ЧАС ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

Резюме

Стаття присвячена неспецифічному запальному захворюванню кишечника – хворобі Крона. Наведений випадок власного спостереження, коли було вперше встановлено діагноз хвороби Крона в пацієнтки під час оперативного втручання з приводу фіброміоми матки та часткової кишкової непрохідності.

Ключові слова

Неспецифічні запальні захворювання кишечника, хвороба Крона, слизова оболонка товстої кишки.

Хвороба Крона (ХК) залишається однією з найбільш складних і недостатньо вивчених проблем у сучасній гастроентерології та колопроктології. Із середини 90-х років ХХ століття спостерігається тенденція до росту захворюваності на ХК серед дітей різних вікових груп. Первинна захворюваність серед дітей у країнах Західної Європи та США коливається від 3,5 до 16,6 випадків на 100 000 дитячого населення [3, 5, 8].

Серед жінок ХК зустрічається дещо частіше. Пік захворюваності припадає на 20-30 років. У цей період частота ХК серед жінок досягає 11 на 100 000, а серед чоловіків – 7 на 100 000 осіб [8].

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених вивченню етіології та патогенезу ХК, причини захворювання залишаються невідомими. Загальноприйнятим вважається мультифокальний генез хронічних запальних захворювань кишечника [4].

Як відомо, для ХК властиве звуження просвіту кишки, значне потовщення її ураженої стінки з трансмуральним запаленням, наявністю множинних вогнищ гранульом і глибоких або звивистих, або лінійних виразок – тріщин, зон некрозу, які знаходяться на великій відстані одні від інших. Між ними можуть бути ділянки незміненої слизової оболонки, що надає їй форму бруківки. Виразки – тріщини можуть проникати крізь товщу кишки з утворенням міжкишкових нориць, що призводить до формування конгломерату із кількох кишкових петель. Гранульоми виявляють близько в 30-40% осіб під час гістологічного дослідження біопсійного матеріалу і значно частіше – при дослідженні операційного матеріалу [2].

Навіть при відсутності повної статистичної картини неможливо не помітити, що зараз значно збільшилась кількість хворих, які страждають на запальні неспецифічні захворювання кишечника: неспецифічний виразковий коліт і ХК різної лока-

лізації, у тому числі гранулематозний коліт [1, 6].

Незважаючи на зростаючі діагностичні можливості, від перших клінічних проявів ХК до остаточного встановлення діагнозу можуть пройти роки. При цьому хвороба може перебігати під маскою іншого захворювання [7].

Наводимо клінічний випадок з власної практики.

Пацієнтка, К., 51 р., була госпіталізована до хірургічного відділення ДЗ «Республіканська клінічна лікарня МОЗ України» для оперативного лікування з приводу міоми матки, розміром до 20 тижнів із синдромом росту та менорагіями, які призвели до анемії середнього ступеня важкості. Під час збору анамнезу специфічних скарг стосовно кишечника пацієнтка не пред'являла. Лише відмічала епізоди послаблення стільця в молоді роки, а останнім часом – схильність до закрепів. Вага протягом останніх років змінювалась у межах 1-2 кг. Сімейний анамнез – необтяжений. Раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини та малого тазу не проводились. Спостерігалась лише в гінеколога за місцем проживання, лікувалась консервативно.

Результати лабораторних та інструментальних методів дослідження: клінічний аналіз крові: лейкоцити – $21,03 \times 10^9/\text{л}$, еритроцити – $3,23 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 87 г/л, колірний показник – 0,78, ШОЕ – 72 мм/год.; біохімічні показники крові: загальний білок – 60,0 г/л, С-реактивний протеїн – 48 мг/л (норма – до 6 мг/л), загальний білірубін – 18,0 мкмоль/л, білірубін прямий – 0, АлАТ – 18 Од/л, сечовина – 5,3 ммоль/л, креатинін – 99 мкмоль/л; під час проведення ультразвукового дослідження органів черевної порожнини патології не виявлено, при дослідженні органів малого тазу – УЗ-ознаки фіброміоми матки.

Пацієнтці було заплановане таке оперативне втручання: лапаротомія, екстирпація матки з придатками, розсічення спайок. При проведенні ревізії черевної порожнини звертав на себе увагу



Фото 1. Макропрепарат видаленої сигмоподібної кишки

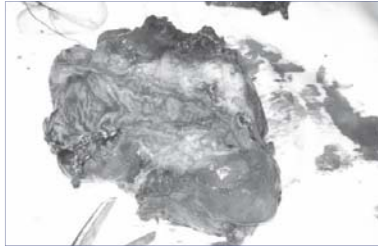


Фото 2. Ділянка видаленої сигмоподібної кишки в розрізі

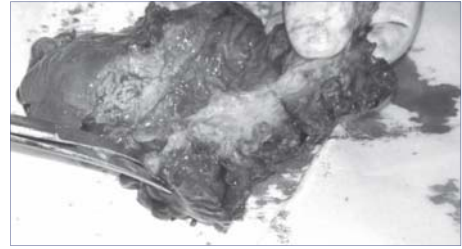


Фото 3. Зріз потовщеної ділянки стінки сигмоподібної кишки

поширений злуковий процес між великим сальником, придатками та маткою, також у черевній порожнині було виявлено близько 120-150 мл серозної рідини. Матка була збільшена до 20 тижнів вагітності, рухливість її обмежена за рахунок вираженого злукового процесу з великим сальником та петлями кишечника. Також через злуковий процес було складно віддиференціювати придатки, особливо зліва. У лівій здухвинній ділянці було виявлено запальний інфільтрат, хрящеподібної щільності, розмірами 13×11×9 см, який включав у себе сигмоподібну кишку, лівий придаток та lig. suspensorium ovarii. З урахуванням вищенаведеного був виставлений діагноз: «Тумор сигмоподібної кишки з проростанням в ліву здухвинну ділянку», було прийнято рішення виконати резекцію пухлини в межах здорової тканини із виведенням колостоми в лівій мезогастральній ділянці.

Отже, пацієнтці було проведено оперативне втручання в такому обсязі: екстирпація матки з придатками, видалення конгломерату із пухлиною з лівої здухвинної ділянки, формування колостоми в лівій мезогастральній ділянці. Макропрепарати видаленої сигмоподібної кишки представлені на фотографіях 1-3.

Результати патологістологічного дослідження: 1. Стінка кишки: глибока подовжена ерозія

слизової оболонки; виражена змішана лімфо-плазмодитарна, макрофагальна, еозинофільна інфільтрація всієї стінки кишки. 2. Великий сальник: ділянка з вираженою лімфо-плазмодитарною, нейтрофільною, еозинофільною інфільтрацією. Лімфатичні вузли з метастатичним ураженням не виявлені. Патологістологічний висновок: у стінці сигмоподібної кишки пухлина не виявлена, виявлені зміни дають змогу припустити ХК.

Висновки

Неспецифічні запальні захворювання кишечника за важкістю перебігу, частотою ускладнень та летальністю займають одне з перших місць у всьому світі. Етіологія захворювання залишається невідомою, а патогенез вивчений недостатньо добре. Відсутність єдиного погляду на цю проблему серед практикуючих лікарів, пізня діагностика та неадекватне лікування призводять до високої частоти ускладнень, летальності та інвалідизації осіб працездатного віку [5, 7].

Отже, на наш погляд, спільна робота гастроентерологів і хірургів буде сприяти комплексному підходу до лікування та своєчасному визначенню показань до оперативного втручання в цієї категорії пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Белоусова Е.А. Европейский консенсус по диагностике и лечению болезни Крона [Текст] / Е.А. Белоусова // Фарматека. – 2008. – №2. – С. 5257.
2. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики [Текст]: Навч. посіб. / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар [та ін.]; за ред. А.С. Свінціцького. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с.
3. Загорский С.Э. Хронические воспалительные заболевания у детей и подростков (современный подход) [Текст] / С.Э. Загорский, Л.М. Беляева. – Минск: БелМАПО, 2007. – С. 428.
4. Насыхова Ю.А. Молекулярногенетические аспекты развития воспалительных заболеваний кишечника: болезни Крона и язвенного колита [Текст]: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Ю.А. Насыхова. – Санкт-Петербург, 2012. – 18 с.
5. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника [Текст] / под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. – М.: Миклош, 2008. – 400с.
6. Румянцев В.Г. Новое в диагностике и лечении воспалительных заболеваний кишечника: один из примеров прогресса медицины XXI столетия [Текст] / В.Г. Румянцев // Терапевтический архив. – 2006. – №2. – С. 7681.
7. Didnass A. The second European evidence based consensus on the diagnostic and management of Crohn's disease: current management [Text] / A. Didnass, G. Van Assche, J. Lindsay // JCC. – 2010. – Vol. 4. – P. 2862.
8. European evidence based consensus on the diagnostic and management of Crohn's disease: definitions and diagnostic [Text] / E.F. Stange, S.P.L. Travis, S. Vermeire, C. Beglinger // Gut. – 2006. – Vol. 55, Suppl. 1. – P. 115.

Надійшла до редакції 14.07.2014

CASE REPORT OF PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED CROHN'S DISEASE DURING THE SURGICAL INTERVENTION

T.A. Tarasov, R.O. Makeyev, N.Y. Dolgaya

Summary

The article is dedicated to the non-specific inflammatory bowel disease - Crohn's disease. The case report of the patient with newly diagnosed Crohn's disease during the surgical intervention for uterine fibroids and partial intestinal obstruction is presented.

Keywords: non-specific inflammatory bowel disease, Crohn's disease, mucous membrane of the colon.