

УДК 616.344-002-031.84-06:616.346-003.2

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ¹, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ¹, Б.М. БЕКИШЕВ², Г.Т. БЕРИСТЕМОВ²,
К.Ж. БАЙЖИГИТОВ², Т.А. ИСКАКОВА², Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ², Ж.Е. БЕЙСЕЕВА¹,
А.Б. ЕРСЕЙТ¹, Д.Ш. ЮСУПОВ¹**

¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,

²Городская клиническая больница №7, г. Алматы

БОЛЕЗНЬ КРОНА, ОСЛОЖНЕННАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ (случай из практики)



Кыжыров Ж.Н.

Приведенный клинический случай показывает возможность первичного восстановления кишечной непрерывности у больной с поражением болезнью Крона восходящего отдела толстой кишки, купола слепой кишки и червеобразного отростка, а также должен привлечь внимание к трудности дифференциальной диагностики этого заболевания с онкологическим поражением кишечника.

Ключевые слова: болезнь Крона, слепая кишка, червеобразный отросток, опухоль, толстая кишка, аппендицит, гранулематоз, лимфоузлы.

Блезнь Крона – хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, но наиболее часто поражающее терминальный отдел подвздошной кишки и илеоколитом в 50% случаев.

За последнее десятилетие отмечена тенденция к росту аутоиммунного заболевания кишечника – болезни Крона. При прогрессировании заболевании у 8-14% больных развивается кишечное кровотечение, у 12-16% – острая токсическая дилатация толстой кишки, у 10-14% – перфорация кишечника и у 6-28% больных, а при болезни Крона – у 40% развиваются стриктуры кишечника. Болезнь Крона относится к предраковым заболеваниям. Риск развития колоректального рака у этих больных связан с длительностью заболевания и, по данным различных авторов, колеблется от 7 до 43%. Выбор вида операции у больных болезнью Крона при осложнении заболевания бывает нелегким. Часто в этих случаях формируют илеостому или колостому, что приводит к инвалидности пациентов, потере трудоспособности и целому ряду физических страданий, связанных с наличием колостомы. По данным ряда авторов, дооперационная диагностика острой стадии болезни Крона практически невозможна, ее можно только предполагать. Мнение хирургов относительно тактики хирургического лечения гнойно-септических и воспалительных процессов в органах брюшной полости противоречивы. Практическому врачу-хирургу в его трудной и многогранной ежедневной работе очень сложно выбрать тактику хирургического лечения

при этом заболевании и соответственно определить последовательность и объем оперативного вмешательства в зависимости от данных, выявленных при операционной ревизии органов брюшной полости.

В связи с этим очень важным оказывается вопрос о выполнении радикальной хирургической операции и первичном восстановлении непрерывности кишечника, если для этого имеются условия. Со всеми этими сложностями нам пришлось встретиться у одного из наших больных.

Приводим наблюдение. **Больной А., 21 год**, поступил экстренно в приемный покой хирургии ГКБ №7 21.01.16 года в 12 часов 02 мин с диагнозом: острый аппендицит.

Жалобы при поступлении на боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела 37,6°C.

Анамнез заболевания. Болеет в течение 3 суток, когда появились боли в области эпигастрия. Боли в динамике нарастали, локализовались в правой подвздошной области, присоединилось повышение температуры тела до 37,6°C. Дома принимал обезболивающие препараты, эффект – временное улучшение. В динамике состояние ухудшилось, в связи с чем самостоятельно обратился в приемный покой хирургии ГКБ №7.

Анамнез жизни. Со слов больного рос и развивался соответственно возрасту. Вирусный гепатит, туберкулез, кожно-венерические заболевания в анамнезе отрицает. В 2014 году операция по поводу травмы брюшной полости, произведено ушивание раны кишечника. В течение

Контакты: Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и резидентуры КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел.: + 7 701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

Contacts: Zhanbai Naltaixanovich Kyzhyrov, MD, professor, head of the department of surgery and residency of department of surgery and residency of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph.: + 7 701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

2 лет самостоятельно лечится от анемии. На учете не состоит.

Объективные данные. При поступлении общее состояние больного средней степени тяжести за счет болевого синдрома. В сознании, адекватный. Подкожно-жировая клетчатка пониженного питания, нормостенического телосложения. Температура 37,0°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс 82 уд. в мин. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При осмотре язык сухой, обложен белым налетом у корня языка. Живот обычной формы, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, где отмечаются положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона, Воскресенского, Образцова. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет. Стула не было 2-е суток, газы отходят. Анализ крови: лейкоц. – $7,0 \cdot 10^9/\text{л}$, эр – $3,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв – 144 г/л, гематокрит – 38,5%, тромбоциты – $286,0 \cdot 10^9/\text{л}$. Через 1,5 часа после поступления больной оперирован с предполагаемым диагнозом «острый аппендицит».

21.01.2016 года после предоперационной подготовки в 13 ч 35 мин под эндотрахеальным наркозом доступом по Волковичу–Дьяконову длиной 10 см послойно вскрыта брюшная полость. При этом выделился выпот серозно-геморрагического характера около 100 мл, осушен, взят бактериологический посев. В дальнейшей ревизии в правой подвздошной области имеется опухолевый конгломерат, состоящий из купола слепой кишки, червеобразного отростка, восходящего отдела толстого кишечника и большого сальника. Большой сальник от конгломерата разъединен острым путем. В области купола слепой кишки имеется опухолевидное образование червеобразного отростка, размером 8,0x5,0 см, плотное, бугристое, obtурирует просвет слепой кишки (рис. 1).

Интраоперационно создан консилиум, случай расценен как опухоль червеобразного отростка и слепой кишки, было принято решение произвести правостороннюю гемиколэктомию с лимфодиссекцией. Далее лапаротомия, в брюшной полости выраженный спаечный процесс, который рассечен острым и тупым путем, тонкая кишка освобождена на всем протяжении. В правом подпеченочном пространстве, правом боковом канале и малом тазу около 200 мл серозно-геморрагической жидкости, осушен. Конгломерат разрушен острым путем. Проксимально от опухоли тонкая кишка раздута до 0,5 см. Имеются увеличенные лимфоузлы брыжейки слепой, восходящей ободочной кишок до 0,8-1,0 см и парааортальные до 0,6-0,9 см. Выполнена правосторонняя гемиколэктомию с лимфодиссекцией в объеме D2. Наложен илеотрансверзоанастомоз «конец-в-бок». Один парааортальный лимфоузел взят на гистологическое исследование. В правый боковой канал и малый таз



Рисунок 1 – Опухолевидное образование червеобразного отростка и купола слепой кишки

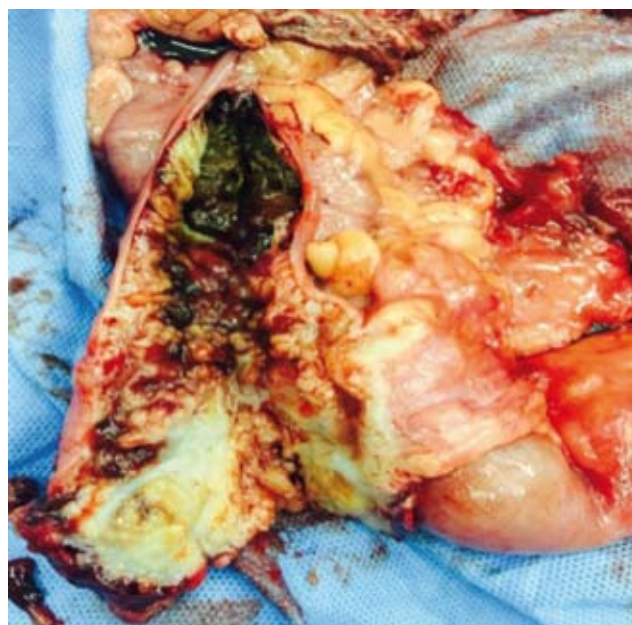


Рисунок 2 – Резецированная правая половина толстой кишки с участком большого сальника, подвздошная кишка до 20 см. Опухолевидное образование червеобразного отростка и купола слепой кишки

подведена силиконовая трубка, выведенная из брюшной полости через контрапертуру. Операционная рана ушита послойно.

Препарат. Резецированная правая половина толстой кишки с участком большого сальника, подвздошная кишка до 20 см. Опухолевидное образование червеобразного отростка и купола слепой кишки размером 8,0x5,0 см, плотное, бугристое, obtурирует просвет слепой кишки. Парааортальный лимфоузел размером 0,5-0,7 см (рис. 2).

Послеоперационный диагноз. Опухоль червеобразного отростка и купола слепой кишки. $T_3N_2M_0$. Стадия IIIA. Острая obtурационная толстокишечная непроходимость. Диффузный серозно-геморрагический перитонит. Спаечная болезнь брюшной полости.

Заключение гистологии. Болезнь Крона с поражением терминального отдела тонкой, купола слепой кишки, червеобразного отростка и начального отдела восходящей части толстого кишечника. Серозный оментит. Хронический продуктивный лимфогранулематозный лимфаденит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 25.01.2016 года дренажная трубка из брюшной полости удалена. 30.01.2016 года сняты кожные швы, рана зажила первичным натяжением. Наступило выздоровление.

12.03.2016 года – контрольный осмотр пациента: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, чувствует себя хорошо, работает. Даны рекомендации по лечению основного заболевания (консервативные мероприятия и диетотерапия).

Таким образом, наблюдения наглядно иллюстрируют трудности диагностики данного заболевания, обусловленные отсутствием специфических симптомов. Установить истинную природу инфильтративного образования удалось только после гистологического исследования препарата.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Т Ы Ж Ы Р Ы М

Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ¹, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ¹, Б.М. БЕКИШЕВ², Г.Т. БЕРИСТЕМОВ², Қ.Ж. БАЙЖІГІТОВ², Т.А. ЫСҚАҚОВА², Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ², Ж.Е. БЕЙСЕЕВА¹, А.Б. ЕРСЕЙІТ¹, Д.Ш. ЮСУПОВ¹

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

²№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ҚАБЫНУДАН ҚАТАЙЫП АСҚЫНҒАН КРОН АУРУЫ (практикадан алынған жағдай)

Жоғарыда келтірілген клиникалық жағдай өрлемелі тоқ ішегі, соқыр ішегі мен құрт тәрізді өсіндісі Крон ауруымен зақымдануы бар науқастың ішегінің өткізу қасиетін бастапқы қалпына келтіру мүмкіндігін көрсетеді, сонымен қатар осы ауруды ішектің қатерлі ісігімен саралаудың қиын екендігіне назар аудару керек.

Негізгі сөздер: Крон ауруы, соқыр ішек түбі, құрт тәрізді өсінді, ісік, тоқ ішек, аппендицит, гранулематоз, лимфа безі.

S U M M A R Y

Zh.N. KYZHYROV¹, E.B. AYAPBERGENOVA¹, B.M. BEKISHEV², G.T. BERISTEMOV², K.Zh. BAYZHIGITOV², T.A. ISKAKOVA², N.B. ESENBEKOV², Zh.E. BEYSEYEVA¹, A.B. ERSEIT¹, D.Sh. YUSUPOV¹

¹Kazakh national medical university n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.,

²Clinical Hospital №7, Almaty c.

CROHN'S DISEASE, COMPLICATED BY AN INFLAMMATORY INFILTRATE (case study)

The above clinical case shows the possibility of primary restoration of intestinal continuity in a patient with Crohn's disease lesions of the ascending portion of the colon, the dome of the cecum and appendix, and should draw attention to the difficulties of the differential diagnosis of this disease with bowel cancer lesion.

Key words: Crohn's disease, the cecum, appendix, tumor, colon, appendicitis, granulomatosis,

Для ссылки: Қыжыров Ж.Н., Аяпбергенова Е.Б., Бекишев Б.М., Беристемов Г.Т., Байжигитов Қ.Ж., Искакова Т.А., Есенбеков Н.Б., Бейсеева Ж.Е., Ерсейт А.Б., Юсупов Д.Ш. Болезнь Крона, осложненная воспалительным инфильтратом // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – № 8 (180). – Р. 14-16

Статья поступила в редакцию 04.07.2016 г.

Статья принята в печать 25.07.2016 г.