

Д. К. Калиева¹

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

¹Кафедра хирургических болезней Медицинского университета Караганды (Караганда, Республика Казахстан)

*Динар Кенескановна Калиева – доктор Ph, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней Медицинского университета Караганды; электронная почта: d.kalieva@qmu.kz, тел.: +7 7012276103

Воспалительные заболевания кишечника, в частности болезнь Крона представляет собой в настоящее время одну из наиболее серьезных и актуальных проблем в гастроэнтерологии и колопроктологии. В данной статье представлен клинический случай, демонстрирующий трудности и ошибки в диагностики болезни Крона.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, тонкий кишечник

Термин воспалительное заболевание кишечника (ВЗК) относится в основном к двум основным категориям хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний кишечника: болезни Крона (БК) и язвенному колиту (ЯК) [6]. Болезнь Крона представляет собой хроническое воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта с возрастающей заболеваемостью во всем мире [7]. Заболеваемость составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек. Пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни. Частота заболеваемости приблизительно одинакова у мужчин и женщин [5]. БК характеризуется трансмуральным воспалением кишечника и может поражать любую часть желудочно-кишечного тракта от рта до перианальной области, а так же приводить к внекишечным осложнениям [4]. Причина развития ВЗК до сих пор неизвестна [6]. Болезнь Крона может быть результатом сложного взаимодействия между генетической предрасположенностью, факторами окружающей среды и измененной микробиотой кишечника, что приводит к нарушению регуляции врожденного и адаптивного иммунного ответа [7]. По локализации процесса у 25 % больных имеется только колит, у 25 % — только илеит и у 50 % — илеоколит [6]. Клинические проявления БК: хроническая диарея (более 6 недель), в большинстве случаев, без примеси крови, боль в животе, лихорадка и анемия неясного генеза, симптомы кишечной непроходимости, тошнота, снижение аппетита, потеря массы тела, перианальные осложнения (хронические анальные трещины, парапроктит, свищи прямой кишки). Однозначных диагностических критериев БК не существует. Диагноз выставляют на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений [3]. Внекишечные проявления обусловлены длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатоз печени, стеатогепатит, тромбоз периферических вен, тромбоз легочной артерии, амилоидоз, поражения нерв-

ной системы [2]. Первоначальная лабораторная оценка позволяет выявить воспаление и возможные альтернативные диагнозы. Измерение фекального кальпротектина имеет значение для исключения заболевания. Ключевые признаки для диагностики БК включают в себя комбинацию рентгенологических, эндоскопических и патологических данных, демонстрирующих очаговые, асимметричные, трансмуральные или гранулематозные признаки. Абдоминальная компьютерная томография (КТ) является наиболее предпочтительным рентгенологическим исследованием первой линии, используемый для оценки БК тонкой кишки. Диагностическая точность магнитно-резонансной энтерографии аналогична КТ. Эндоскопические показатели считаются золотым стандартом для измерения активности БК. Наиболее распространенные системы оценки, используемые для измерения клинической активности заболевания, включают индекс активности болезни Крона (CAI), HBI-индекс Харви-Брэдшоу (HBI), краткий опросник по воспалительным заболеваниям кишечника (SIBDQ) и шкалу Лемана. Лечение болезни Крона до сих пор затруднено из-за ее широко гетерогенных проявлений, перекрывающихся характеристик с другими воспалительными заболеваниями, часто неуловимых внекишечных проявлений и неопределенной этиологии. Консервативное лечение разрабатывается с учетом симптоматического ответа и последующей переносимости вмешательства. Хирургические вмешательства, такие как резекция кишечника, стриктуропластика или дренирование абсцесса, требуются у до двух третей пациентов с БК в течение жизни. Наиболее частыми показаниями к хирургической резекции являются терапевтически рефрактерное заболевание, перфорация, персистирующая или рецидивирующая обструкция, абсцесс, не поддающийся чрескожному дренированию, некупируемое кровотечение, дисплазия или рак.

Таким образом, БК представляет собой хроническое воспалительное заболевание с ремиттирующим и рецидивирующим течением,

поражающее преимущественно относительно молодое население со значительными социально-экономическими последствиями [6].

Представлен клинический случай, демонстрирующий трудности и ошибки в диагностики БК. Больная Ф., 1976 г.р. поступила в областную клиническую больницу (ОКБ) г. Караганды 27.08.2022г. с клиникой острой кишечной непроходимости. Ввиду наличия у больной сопутствующей психиатрической патологии в форме шизофрении жалобы и анамнез были собраны со слов сопровождающего медицинского персонала областного психиатрического диспансера (ОПНД). В анамнезе 26.08.2022 21:37 больная осмотрена в инфекционном центре ОКБ. У пациентки были жалобы на жидкий стул «без счета», тошноту, позывы к рвоте, отсутствие аппетита, сухость во рту, повышение температуры тела до 38,1С, слабость. В приемном покое с целью диагностики взята копрограмма: лейкоциты 4-5 в п/зр, нейтральный жир (++), жирные кислоты (+++). Данные за инфекционную патологию не выявлены. Больную доставили 27.08.2022 00:48 в приемный покой ОКБ хирургического центра (ОКБ ХЦ), где в госпитализации отказано. В этот же день в связи с ухудшением состояния пациентку в 11:50 вновь доставили в ОКБ ХЦ. Жалобы на многократный жидкий стул, более 10 раз в сутки, повышение температуры тела до 38,0, рвоту, тошноту, сухость во рту, вздутие живота, слабость сохранялись. При объективном осмотре общее состояние было тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом, водно-электролитными нарушениями, сопутствующей патологией. Пациентка была в сознании, неадекватна, не критична к тяжести состояния, на заданные вопросы отвечала не уверенно, выполняла простые инструкции. Отмечались периоды энцефалопатии за счет явлений дисциркуляторной энцефалопатии смешанного генеза. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствовала, девиации языка не было. Тонус и сила мышц в конечностях были в норме. Кожный покров был бледной окраски, чистый от высыпаний умеренно влажный. Температура тела 36,3С. Периферических отеков не было. Со стороны органов дыхания отмечалось ослабление дыхания в нижне-боковых отделах, хрипы не выслушивались. ЧДД 20 в мин. Уровень сатурации 93% при дыхании атмосферным воздухом. Сердечный ритм неправильный. Пульс 140 уд в мин. АД 98/67 мм.рт.ст. Язык сухой, чистый. Живот был вздут, участвовал в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах. Перистальтика кишечника не выслушивалась. Жидкий частый стул. Мочеиспускание после установки уретрального катетера, одномоментно 600 мл мочи, темно-желтого цвета. Ректально: перианальная область не изменена. Тонус сфинктера снижен. Ампула пустая. На перчатке следы кала без патологических примесей. По лабораторно-инструментальным данным в общем анализе крови (ОАК) отмечалась гемоконцентрация и лимфоцитопения: гемоглобин-

168 г/л ; эритроциты – 6,74x10¹²/л ;лейкоциты 6,0x10⁹ /л; гематокрит в крови - 51,3 %, тромбоциты - 251/л, палочкоядерные нейтрофилы- 4 %; сегментоядерные нейтрофилы - 76 %; моноциты - 10 %; лимфоциты– 10 %; СОЭ - 3 мм/ч. В коагулограмме склонность к гипокоагуляции с гиперфибриногенемией. В биохимическом анализе крови была гипопроteinемия за счет снижения общего белка, умеренный цитоз, гипокалиемия. С диагнозом: острая кишечная непроходимость. Параноидная шизофрения больная была госпитализирована в круглосуточный стационар. Учитывая тяжесть состояния пациентки, подозрения на инфекционно-токсический шок, больная сразу доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Проводилась интенсивная консервативная терапия направленная на разрешение острой кишечной непроходимости и стабилизацию состояния: инфузионная, антибактериальная, спазмолитическая, стимулирующая терапия, парэнтеральное питание. В динамике сохранялся частый жидкий стул и паралитическая кишечная непроходимость. В виду неэффективности проводимого лечения сохранения клиники кишечной непроходимости и нарастание инфекционно-токсических осложнений 30.08.2022 проведено оперативное лечение. Лапаротомия. Интраоперационно у пациентки при ревизии брюшной полости выявлено, что тонкий кишечник раздут до 10 см в диаметре, больше в области подвздошной кишки, где на фоне перераздутия, в 10-15 см от илеоцекального угла имеются разрывы серозной оболочки до 2/3 окружности кишки без вскрытия просвета, перистальтика отсутствовала. Пульсация на сосудах брыжейки была отчетлива. По другим органам без патологии. Содержимое кишечника сцежено в желудок, аспирировано через зонд. Места разрывов серозной оболочки ушиты узловыми швами. В корень брыжейки тонкой кишки введен 0,25% раствор Новокаина 80,0 мл. Из операционной больная вновь доставлена в ОРИТ. В послеоперационный период явления паралитической кишечной непроходимости сохранялись, при этом продолжался жидкий стул в объеме до 1000 мл в сутки. Состояние пациентки прогрессивно ухудшалось за счет сепсиса (в бактериальном посеве крови от 30.08.2022 выявлен *Staphylococcus Hominis*), синдрома эндогенной интоксикации, инфекционно-токсического шока, токсической энцефалопатии, токсического отека головного мозга, анемии. 03.09.2022, на фоне продолжающейся искусственной вентиляции легких, крайне нестабильной гемодинамикой, резистентной к инотропной поддержке, при явлениях прогрессирования инфекционно-токсического шока произошла остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. 30.09.2022 06.40 констатирована биологическая смерть.

Обсуждение. У больных с БК в фазе обострения при копрологическом исследовании выявляются изменения, характерные для синдро-

мов энтеральной недостаточности и поражения толстой кишки-стеаторея, лейкоциты, что сразу присутствовало в анализе у пациентки. Для БК характерны нарушения со стороны психики, обусловленные связью иммунной и нервной системы, которые влияют на эмоциональный фон у больных БК. Больная Ф. до обращения в ОКБ находилась в ОПНД с диагнозом Шизофрения. При этом 01.09.2022г. пациентка в условиях ОКБ ХЦ консультирована психиатром и на момент осмотра психических нарушений не было выявлено. За счет нарушения процессов всасывания у пациентки по анализам можно отследить в динамике снижение гемоглобина. Так если в ОАК от 27.09.2022 гемоглобин был 168 г/л, то 03.09.2022 гемоглобин составил уже 75г/л. Так же у пациентки за счет прогрессирования воспалительного процесса отмечалось снижение уровня лейкоцитов на фоне прогрессирования заболевания и развития сепсиса от $6,0 \times 10^9/\text{л}$ от 27.08.22 до 0, $48 \times 10^9/\text{л}$ от 03.09.2022. По анализам у больной прослеживается прогрессивное развитие синдрома мальабсорбции. При этом местный энтеральный синдром-понос с полифекалией, признаками стеатореи, креатории присутствовал у больной с момента госпитализации. Общий энтеральный синдром прослеживался в нарушении всех видов обменных процессов. Обращает на себя внимание снижение общего белка от 60г/л от 27.08.2022 до 42,11г/л от 30.08.2022. При этом у пациентки Ф. активно снижается альбумин характерный диагностический признак для БК от 16г/л (31.08.2022) до 12,49г/л (02.09.2022). В связи с прогрессированием инфекционно-токсических осложнений в биохимическом анализе крови определено увеличение С-реактивного белка как маркера воспаления от 170,1 мг/л (30.08.2022) до 182,58мг/л (03.09.2022). Прокальцитонин 04.09.2022-15,54 нг/мл. Развитие коагулопатии с участием основных факторов свертывания крови, усиленного фибринолиза косвенно указывало на прогрессирование воспаления и развития сепсиса. Отмечалось так же повышение уровня D-димера от 976нг/мл (30.08.2022) до 1144нг/мл (03.09.2022). УЗИ брюшной полости, малого таза от 27.08.2022, 01.09.2022 не выявило патологических изменений. Одним из диагностических признаков является внекишечное проявление БК с поражением гепатобилиарной системы обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями. В частности у пациентки Ф. на УЗИ гепатобилиарной зоны (ГДЗ) 27.08.2022, 01.09.2022 верифицирован Холецистолитиаз. Диффузные изменения паренхимы печени. Расширение петель кишечника. Это так же подтверждено консультацией гастроэнтеролога от 01.09.2022: Реактивный гепатит, протекающий с синдромом цитолиза, высокой биохимической активностью. По литературным данным внекишечные проявления могут появляться за годы до развития кишечной симптоматики и вести клинициста по ошибочному пути, затрудняя постановку диа-

гноза [2]. При дальнейшем диагностическом поиске на УЗИ плевры и плевральной полости 01.09.2022 выявлен гидроторакс объемом 200 мл. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости от 27.08.2022 до 31.08.2022 рентген- картина кишечной непроходимости. 02.09.2022 09:21 была проведена КТ с контрастированием. Впервые диагностируют воспаление кишечника с характерными изменениями стенок: Признаки энтерита. Колит. Восходящая, ободочная, нисходящая кишка с утолщенными стенками. «Излюбленная» локализация БК тонкая кишка, а именно подвздошная кишка, что соответствовало интраоперационной находки. Имелись признаки кишечной дилатации 1 степени. Но учитывая отсутствие видимых изменений на серозной оболочке, воспалительное заболевание кишечника не было заподозрено. Сцеживание кишечного содержимого в желудок способствовало прогрессированию ухудшения состояния за счет бактериальной транслокации. Диагноз БК выставлен только при патологоанатомическом исследовании 05.09.2022: БК в стадии активного воспаления с поражением пищевода, желудка, терминального отдела тонкой кишки, слепой и восходящего отдела толстого кишечника. Сепсис. Септицемия. Отек головного мозга. Смерть пациентки наступила в результате прогрессирования инфекционно-токсических осложнений на фоне не верифицированной болезни Крона.

Заключение. Актуальность проблемы ВЗК обусловлена продолжающимся ростом частоты и распространенности этой патологии, прогрессирующим течением и тяжестью осложнений, приводящих к инвалидности и смерти [1]. Данный клинический случай подтверждает необходимость дальнейшего изучения проблемы диагностики и лечения БК.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Григорьев, Г.А. Язвенный колит и болезнь Крона-проблема XXI века / Г.А. Григорьев // Вестник Смоленской медицинской академии. – №1. – 2011. – Стр.12-13.
- 2 Давыдова, А.Я. Внекишечные проявления болезни Крона: трудный путь к диагнозу / А.Я. Давыдова, Р.В. Репникова //Фундаментальная и клиническая медицина. – Т.5. – №2. – 2020. –Стр.119–122.
- 3 Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, Д.И. Абдулганиева и др. // Колопроктология – Т.19. – №2. – 2020. – Стр.8–38.
- 4 Brian V. Crohn's Disease: Diagnosis and Management / R. Jaime, V. Brian //Am Fam Physician.– 2018.– P. 661–669
- 5 Cosnes J. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases / J. Cosnes, C. Gower-Rousseau, P. Seksik, A. Cortot // Gastroenterology. – 2011. – 140. – P. 1785-94.

6 Mahesh G. A comprehensive review and update on Crohn's disease / G. Mahesh , L. Priyadarshini , C. Anthony P, H. Jana // Dis Mon. – 2018. – №64(2). – P. 20–57.

7 Torres J. Crohn's disease /J. Torres, S. Mehandru, JF. Colombel, L.Peyrin-Biroulet // Lancet. – 2017. – №389(10080). – P. 1741–1755.

REFERENCES

1 Grigorev, G.A. Iazvennyi kolit i bolezni Krona-problema XXI veka / G.A. Grigorev . Vestnik Smolenskoi meditsinskoi akademii. – №1. –2011. – pp.12-13.

2 Davydova, A.Ia. Vnekihechnye proiavleniia bolezni Krona: trudnyi put k diagnozu / A.Ia. Davydova, R.V. Repnikova .Fundamentalnaia i klinicheskaia meditsina. –Т.5. –№2. –2020. – pp.119-122.

3 Ivashkin, V.T. Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotatsii i

assotatsii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniiu iazvennogo kolita / V.T. Ivashkin, Iu.A. Shelygin, D.I. Abdulganieva i dr. Koloproktologiya – T.19. – №2. – 2020. – pp.8-38

4 Brian V. Crohn's Disease: Diagnosis and Management / R. Jaime, V. Brian //Am Fam Physician.– 2018.– P. 661–669

5 Cosnes J. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases / J. Cosnes, C. Gower-Rousseau, P. Seksik, A. Cortot // Gastroenterology. – 2011. – 140. – P. 1785-94.

6 Mahesh G. A comprehensive review and update on Crohn's disease / G. Mahesh , L. Priyadarshini , C. Anthony P, H. Jana // Dis Mon. – 2018. – №64(2). – P. 20-57.

7 Torres J. Crohn's disease /J. Torres, S. Mehandru, JF. Colombel, L.Peyrin-Biroulet // Lancet. – 2017. – №389(10080). – P. 1741–1755.

Поступила 19.07.2022

Д. К. Калиева¹

ІШТИҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ҚИЫНДЫҚТАР

¹Қарағанды медициналық университеті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы). Хирургия аурулар кафедрасы

Аннотация: ішектің қабыну аурулары, атап айтқанда Крон ауруы қазіргі уақытта гастроэнтерология мен колопроктологиядағы ең маңызды және өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Бұл мақалада Крон ауруын диагностикалаудағы қиындықтар мен қателіктерді көрсететін клиникалық жағдай келтірілген.

Кілт сөздер: ішектің қабыну аурулары, Крон ауруы, жіңішке ішек

D. K. Kaliyeva¹

DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE INTESTINE

¹Karaganda Medical University (Karaganda, The Republic of Kazakhstan). Department of Surgical Diseases

Inflammatory bowel disease, in particular Crohn's disease, is currently one of the most serious and actual problems in gastroenterology and coloproctology. This article presents a clinical case that demonstrates the difficulties and errors in the diagnosis of Crohn's disease.

Key words: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, small intestine