DOI: 10.56871/1531.2022.49.85.005
УДК 616.344-002-031.84-07-08-089.8+615.061+616-036.11/.12+616-073.756.8

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

© Сергей Викторович Петров[1], Юрий Павлович Успенский[2, 3], Юлия Александровна Фоминых[2, 3], Сергей Витальевич Иванов[2, 3], Андрей Владиславович Вовк[1, 2], Денис Александрович Чернышев[1], Анжелика Витольдовна Шотик[1, 3], Сергей Юрьевич Пузанов[1], Александр Анатольевич Козобин[1], Александра Юрьевна Голубева[3]

[1] Елизаветинская больница. 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

[3] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

Контактная информация: Сергей Витальевич Иванов — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета. E-mail: ivanov.sv@mail.ru

Поступила: 25.03.2022 ***Одобрена: 26.04.2022*** ***Принята к печати: 11.05.2022***

РЕЗЮМЕ. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), в частности болезнь Крона, являются одной из наиболее непростых и неизученных проблем в современной гастроэнтерологии. Актуальность данной проблемы обусловлена неспецифичностью клинической картины в дебюте заболевания, поздней диагностикой и несвоевременным началом терапии, что зачастую приводит к развитию тяжелых инвалидизирующих осложнений. В данной публикации представлен клинический случай осложненного течения болезни Крона. В анамнезе у пациентки за период с 2013 по 2022 год было проведено около двадцати оперативных вмешательств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезнь Крона; инфильтрат; операция; осложнения; клинический случай.

CLINICAL CASE OF COMPLICATED CROHN'S DISEASE: DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

© Sergei V. Petrov[1], Yury P. Uspenskiy[2, 3], Yulia A. Fominykh[2, 3], Sergei V. Ivanov[2, 3], Andrei V. Vovk[1, 2], Denis A. Chernyshev[1], Anzhelika V. Shotik[1, 3], Sergei Yu. Puzanov[1], Alexander A. Kozobin[1], Alexandra Yu. Golubeva[3]

[1] City Hospital named after St. Martyr Elizabeth. 195257, Saint-Petersburg, Vavilovykh str., 14

[2] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

[3] First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov. 197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6–8

Contact information: Sergei V. Ivanov — PhD, Associate Professor of Department of Internal Diseases of Dentistry Faculty. E-mail: ivanov.sv@mail.ru

Received: 25.03.2022 ***Revised: 26.04.2022*** ***Accepted: 11.05.2022***

SUMMARY. Inflammatory bowel disease, particularly, Crohn's disease, is one of the most difficult and unexplored problems in modern gastroenterology. The relevance of this problem is due to the non-specificity of the clinical picture in the debut of the disease, late diagnosis and untimely initiation of therapy, which often leads to the development of severe disabling complications. This publication presents a clinical case of a complicated course of Crohn's disease, in the anamnesis morbi for the period from 2013 to 2022, about twenty surgical interventions were performed.

KEY WORDS: Crohn's disease; infiltration; surgery; complications; clinical case.

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта до конца не изученной этиологии, в основе которого лежит сегментарное, асимметричное, трансмуральное, гранулематозное воспаление, способное вовлекать любой участок пищеварительного тракта — от полости рта до ануса (с преимущественным поражением тонкой и толстой кишки, перианальной области) [2, 4, 9].

Значимость данного заболевания обусловлена не только медицинским, но и социальным аспектом [7–9], который связан с постоянно растущей первичной заболеваемостью, достигающей 5,9–10 новых случаев на 100 000 населения в год. При этом крайне важно учитывать, что наибольшая часть впервые заболевших лиц — это люди молодого, трудоспособного возраста (18–40 лет), а данное заболевание резко ухудшает качество их жизни [4, 9].

Медицинский же аспект состоит в том числе в поздней диагностике: от появления первых симптомов БК до постановки диагноза проходит в среднем 44,5 месяца [1]. Среди возможных объективных причин поздней диагностики можно выделить ограниченные клинические проявления, неспецифичность и разнообразие проявлений в дебюте заболевания (в том числе внекишечных проявлений), позднюю обращаемость пациентов, недостаточную настороженность врачей относительно воспалительных заболеваний кишечника [4, 6]. Медицинский аспект также обусловлен отсутствием однозначных представлений об этиологии заболевания, частым рецидивированием, непрогнозируемым течением, инвалидизирующим эффектом радикальных операций [3, 5].

Выделяют три основных клинических варианта течения БК [4, 9]:

1) острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания) — с фульминантным или с постепенным началом;
2) хроническое персистирующее течение (отсутствие ремиссии в течение 6 месяцев от начала обострения на фоне адекватно проводимой терапии);
3) хроническое рецидивирующее течение — редко рецидивирующее (обострения 1 раз в год или реже); часто рецидивирующее (2 обострения в год и более).

Тяжесть текущего обострения («атаки») БК определяется по индексу активности БК (ИАБК), также известному как индекс Беста. Данный индекс базируется на анализе субъективных симптомов пациента и зависит от характеристики жалоб самим пациентом и их корректной интерпретации лечащим врачом [4, 6].

В процессе развития и прогрессирования болезни Крона оперативное лечение может стать необходимостью: до 80% пациентов с болезнью Крона могут подвергнуться оперативному вмешательству в течение своей жизни [5].

Показания к хирургическому лечению при болезни Крона сводятся к следующим основным пунктам:

- Острые осложнения: 1) кишечное кровотечение (резекция пораженного участка кишки с наложением анастомоза или без такового с обязательной интраоперационной энтеро- или колоноскопией); 2) перфорация тонкой кишки в свободную брюшную полость (резекция пораженного отдела с формированием анастомоза или стомы); 3) перфорация толстой кишки (операцией выбора является субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы); 4) токсическая дилатация ободочной кишки (субтотальная резекция ободочной кишки с одноствольной илеостомией).
- Хронические осложнения: 1) стриктуры; 2) инфильтрат брюшной полости; 3) внутренние или наружные кишечные свищи; 4) выявление неоплазии.

Ввиду того что ни терапевтические, ни хирургические методы лечения не позволяют полностью излечить от БК, главной целью лечения являются индукция и поддержание ремиссии, а также улучшение качества жизни пациентов [7, 9].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В марте 2022 г. пациентка N., 38 лет, была консультирована в амбулаторном порядке в городском центре воспалительных заболеваний кишечника СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», обратившись с жалобами на периодически возникающие боли в животе, вздутие живота, наличие вентральной грыжи больших размеров.

Из анамнеза заболевания известно, что появление периодических болей в животе стала отмечать с 2013 г. В первых числах августа 2013 г. возникли острые боли в животе, пациентка была госпитализирована в Клиническую

больницу № 122 им. Л.Г. Соколова с подозрением на острый аппендицит. 9 августа 2013 г. была выполнена лапароскопия с конверсией доступа в средне-срединную лапаротомию. На расстоянии 15 см от илеоцекального угла был определен резко инфильтрированный с налетом фибрина участок подвздошной кишки длиной 20 см. Червеобразный отросток длиной 7 см, утолщен, гиперемирован, вторично изменен. Выполнена резекция подвздошной кишки (удален участок протяженностью 25 см), аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Установлен диагноз: прикрытая перфорация подвздошной кишки, осложненная разлитым перитонитом; вторичный аппендицит. Результаты исследования операционного материала: перфорация тонкой кишки по брыжеечному краю с перифокальной флегмоной кишки, фибринозно-гнойный перитонит, вторичный аппендицит. За время госпитализации получала инфузионную, антибактериальную терапию, анальгетики, спазмолитики, ингибиторы протонной помпы.

После выписки периодически отмечала появление болей в правой подвздошной области, за медицинской помощью не обращалась.

Значительное ухудшение самочувствия отмечено летом 2019 г.: стали возникать боли в животе и появилось болезненное уплотнение в правой подвздошной области, периодически отмечала повышение температуры тела до субфебрильных цифр. В течение лета 2019 г. несколько раз поступала по скорой помощи в стационары, но острая хирургическая патология каждый раз была исключена. 27 августа 2019 г. была выполнена видеоколоноскопия, эндоскоп проведен до купола слепой кишки. Эндоскопическая картина: в области устья аппендикулярного отростка деформация стенки, подтянутая к баугиниевой заслонке, которая также незначительно деформирована, отечная, слизистая оболочка гиперемирована, пройти в подвздошную кишку полностью не удается из-за выраженного отека слизистой оболочки и деформации просвета подвздошной кишки (произведена биопсия), слизистая оболочка плотноэластичная; на осмотренных участках толстой кишки просвет кишки не изменен, тонус сохранен, складки и сфинктеры выражены хорошо; слизистая оболочка на всем протяжении бледно-розовая, гладкая, блестящая, сосудистый рисунок сохранен. Результаты гистологического исследования биоптатов (три фрагмента из илеоцекальной области): кусочки слизистой оболочки кишки с диффузной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией, атрофией желез. В указанный период обращали на себя внимание снижение уровня гемоглобина до 98 г/л, уровня железа сыворотки крови, трансферрина, отмечен лейкоцитоз до $12{,}3 \times 10^9$/л (повышение количества нейтрофилов до $10{,}1 \times 10^9$/л). Пациентка 18 сентября 2019 г. в амбулаторном порядке проконсультирована гастроэнтерологом, предположен диагноз: хронический спаечный колит, воспалительное заболевание кишечника, спаечная болезнь.

10 октября 2019 г. пациентка в экстренном порядке поступила на хирургическое отделение СЗГМУ им. И.И. Мечникова, находилась до 29 октября 2019 г. Диагноз основной: болезнь Крона, впервые выявленная. Осложнение: инфильтрат подвздошной кишки. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, вне обострения; хроническая анемия, легкой степени тяжести.

При обследовании данных за острую хирургическую патологию не получено. За время госпитализации была выполнена видеоилеоколоноскопия (17 октября 2019 г.), эндоскоп был проведен до купола слепой кишки с осмотром дистального отдела подвздошной кишки. По данным эндоскопического обследования, просвет купола слепой кишки был деформирован за счет передне-медиальной стенки, которая уплотнена, с конвергенцией складок, слизистая оболочка мелкобугристая, скусывается при биопсии (биопсия № 2). Инфильтративные изменения купола слепой кишки переходят на нижне-медиальную стенку баугиниевой заслонки. Просвет баугиниевой заслонки сужен, стенки уплотнены, после многократных попыток осмотрено 2–3 см терминального отдела подвздошной кишки в перспективе (слизистая оболочка мелкобугристая, отечная) — биопсия № 4. В просвете толстой кишки содержится умеренное количество промывной жидкости — частично аспирирована. Просвет равномерно расправляется при раздувании. Перистальтика определяется, тонус сохранен. Слизистая оболочка кишки розовая, блестящая, сосудистый рисунок сохранен. Гаустрация типичная. Сигмовидная кишка извитая, подвижная, удлинена. Эндоскопическое заключение: Карциноидилеоцекального угла (?), аппендикулярный инфильтрат (?). Биопсия из устья баугиниевой заслонки. Биопсия из купола слепой кишки.

Гистологическое описание биоптатов было следующим:

- Биоптат № 1 (слепая кишка) — фрагмент слизистой оболочки толстой кишки

сохранной архитектоники с массивной диффузной лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией стромы с обилием нейтрофильных и базофильных гранулоцитов.

- Биоптат № 2 (слепая кишка) — фрагмент слизистой оболочки толстой кишки с резким нарушением архитектоники за счет выраженного фиброза и диффузной лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией с обилием нейтрофильных гранулоцитов, распространяющийся от субэпителиальных отделов с эрозированием поверхности и выходящий за пределы мышечной пластинки, определяется скопление гистиоцитов с примесью эозинофилов в базальных отделах собственной пластинки слизистой оболочки и атрофия крипт, продуктивный васкулит с тромбозом.
- Биоптаты № 3–6 (подвздошная кишка) — фрагмент слизистой оболочки тонкой кишки с нарушением архитектоники за счет выраженного отека и фиброза стромы, укорочением и утолщением ворсинок, лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией с обилием нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов, распространяющийся от субэпителиальных отделов с эрозированием поверхности и очагами эпителизации, выходящей за пределы мышечной пластинки, с явлениями продуктивного васкулита.

Общее гистологическое заключение: хронический илеит умеренной степени активности, без нозологической принадлежности; хронический колит в стадии обострения, выраженной степени активности, без нозологической принадлежности.

Была также выполнена компьютерная томография брюшной полости (14 октября 2019 г.): КТ-картина требует дифференциальной диагностики между терминальным илеитом и аппендикулярным инфильтратом.

За время госпитализации была проведена антибактериальная терапия (метронидазол, амоксиклав, ципрофлоксацин), пациентка получала висмута трикалия дицитрат, лавакол, омепразол. Была выписана в удовлетворительном состоянии, после выписки рекомендован прием пентасы 4 г/сут.

После выписки была направлена на амбулаторную консультацию в СЗГМУ им. И.И. Мечникова (12 ноября 2019 г.). По результатам консультации диагноз основного заболевания: болезнь Крона, впервые выявленная, воспалительная (стриктурирующая?) форма, клиническая ремиссия. Осложнения: гипохромная анемия легкой степени; инфильтрат подвздошной кишки. Сопутствующие заболевания: аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз (?). По результатам амбулаторного обследования специфические инфекции были исключены. Были даны рекомендации: продолжить прием гранул пентасы 4 г/сут, прием метронидазола 500 мг 3 раза в день до 14 дней; препараты железа.

Со слов пациентки, принимала пентасу около трех месяцев, затем данная терапия была прекращена. Состояние оставалось удовлетворительным до сентября 2020 г., когда снова отметила появление болей в правых отделах живота, вздутие живота, в связи с чем 17.09.2020 г. обратилась за медицинской помощью в СПб ГБУЗ «Мариинская больница». Был установлен диагноз: острая кишечная непроходимость. В ходе обследования острая патология органов брюшной полости была исключена, 19 сентября 2020 г. пациентка была выписана.

Через несколько дней, 23 сентября 2020 г., пациентка вновь отметила ухудшение состояния в виде возобновления и усиления вышеуказанных симптомов, по скорой помощи была госпитализирована в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с диагнозом острой кишечной непроходимости, но при оценке пассажа бария по желудочно-кишечному тракту нарушения продвижения суспензии выявлено не было, и 27 сентября 2020 г. пациентка была выписана.

30 сентября 2020 г. пациентка снова по скорой помощи поступила в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова, находилась на стационарном лечении до 11 ноября 2020 г. При поступлении беспокоили постоянные, выраженные боли ноющего и тянущего характера в правых отделах живота, периодические схваткообразные боли в правой подвздошной области, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота желудочным содержимым, не приносящая облегчения, также беспокоили общая слабость, сухость во рту. По итогам данной госпитализации был установлен диагноз основного заболевания: острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Осложнения: распространенный гнойно-фибринозный перитонит; двусторонний малый гидроторакс; перфорация острой язвы терминального отдела подвздошной кишки от 05 октября 2020 г.; несостоятельность швов илеостомы с затеком кишечного содержимого в брюшную полость от 14 октября 2020 г.

За время данной госпитализации с 30 сентября 2020 г. по 9 ноября 2020 г. была проведена серия хирургических вмешательств:

1) устранение острой спаечной тонкокишечной непроходимости;
2) назогастроинтестинальная интубация;
3) релапаротомия;
4) санация и дренирование брюшной полости;
5) лапаростомия;
6) программные санации;
7) вакуумно-аспирационное дренирование брюшной полости.

Выписка из протокола операции: в терминальном отделе подвздошной кишки на расстоянии 6 см от илеоцекального перехода подвздошная кишка сложена в виде двустволки вследствие плотного сращения с брыжеечным краем кишки и непосредственно брыжейки поперечной ободочной кишки в средней ее трети, что явилось причиной острой кишечной непроходимости.

Было принято решение о сохранении лапаростомы и «отключении» терминального отдела подвздошной кишки путем формирования двуствольной илеостомы. 9 ноября 2020 г. лапаростома была устранена.

Пациентка также перенесла коронавирусную инфекцию (инаппаратная форма). В связи с выявлением коронавирусной инфекции пациентка была переведена в дежурный COVID-стационар.

В феврале 2021 г. при обследовании у пациентки был выявлен тромбоз общей бедренной и наружной подвздошной вены слева, по поводу которого она получала консервативную терапию (ривароксабан). При контрольном обследовании в марте 2020 г. — частичная реканализация.

11 мая 2021 г. в плановом порядке поступила в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова, находилась по 27 мая 2021 г. Диагноз основного заболевания: функционирующая илеостома; состояние после устранения острой спаечной тонкокишечной непроходимости от 30 сентября 2020 г., релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости, илеостомии по поводу распространенного фибринозно-гнойного перитонита от 4 октября 2020 г. Сопутствующие заболевания: гигантская послеоперационная вентральная грыжа; бронхиальная астма, среднетяжелое течение, ремиссия; флеботромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента левой нижней конечности, частичная реканализация на фоне антикоагулянтной терапии от 9 марта 2021 г.; рубцовая деформация шейки матки. 13 мая 2021 г. была проведена реконструктивно-пластическая операция по восстановлению непрерывности тонкой кишки с ликвидацией стомы, формированием анастомоза. Послеоперационный период протекал без особенностей. Функция кишечника была восстановлена, перистальтика была отчетливой, был самостоятельный стул.

В августе 2021 г. пациентка отметила повышение температуры тела до 40 °С, проводилась антибактериальная терапия, в дальнейшем появились боли в животе, вздутие живота. 17 сентября 2021 г. была выполнена компьютерная томография брюшной полости. Заключение: КТ-картина инфильтрата в нижнем этаже брюшной полости с признаками наличия тонко-тонкокишечных и подвздошно-слепокишечного свищей и развитием низкой тонкокишечной непроходимости, небольшое количество жидкости в брюшной полости и полости таза, лимфаденопатия брыжеечной, подвздошно-ободочнокишечной и слепокишечной групп, КТ-картина послеоперационной вентральной грыжи, КТ-картина окклюзии устья чревного ствола с наличием анастомозов между бассейном чревного ствола и бассейном верхней брыжеечной артерии. Детализированное описание инфильтрата: в центральных отделах нижнего этажа брюшной полости определяется инфильтрат с неровными, тяжистыми контурами, мелкими точечными кальцинатами в структуре, вовлекающий петли тонкой кишки (преимущественно подвздошной) и купол слепой кишки с признаками наличия многочисленных межкишечных свищей.

В начале ноября 2021 г. пациентка отметила появление болезненного уплотнения в перианальной области справа, вскрылось самостоятельно. Консультирована хирургом, клинический диагноз: вторичный боковой правосторонний парапроктит (прорыв хр. межкишечного абсцесса (?)), самопроизвольное вскрытие от 10 ноября 2021 г. Консультирована колопроктологом 13 декабря 2021 г., диагноз: хронический парапроктит. Рекомендовано выполнение ЭРУЗИ.

С начала 2022 г. стала отмечать периодическое повышение температуры тела до субфебрильных значений, снова появились боли в животе.

2 февраля 2022 г. выполнена компьютерная томография брюшной полости, по сравнению с результатами исследования от 17 сентября

2021 г. отмечено появление отграниченного жидкостного межкишечного скопления в области инфильтрата, более выраженное расширение петель тонкой кишки. КТ-картина воспалительного инфильтрата в нижнем этаже брюшной полости с признаками наличия тонко-тонкокишечных и подвздошно-слепокишечного свищей; межкишечного отграниченного жидкостного скопления (вероятно, межкишечный абсцесс) с развитием низкой тонкокишечной непроходимости.

16 февраля 2022 г. была в плановом порядке госпитализирована на гастроэнтерологическое отделение СЗГМУ им. И.И. Мечникова; находилась на стационарном лечении до 2 марта 2022 г. В рамках госпитализации 21 февраля 2022 г. была обследована, выполнена видеоколоноскопия. Заключение: состояние после резекции подвздошной кишки, болезнь Крона тонкой кишки, стеноз терминального отдела. Детализированное описание: в зоне устья аппендикса определяются бледно-розовые грануляции, терминальный отдел тонкой кишки интубируется с усилием на 2 см, далее — просвет диаметром до 4–5 мм, непроходим для эндоскопа, визуализируются отечные булавовидные гиперемированные ворсины. Заключение МРТ брюшной полости от 18 февраля 2022 г.: МР-картина инфильтрата брюшной полости с вовлечением петель подвздошной и слепой кишки и признаками реактивной лимфаденопатии. Нельзя исключить наличие свищевых ходов. МР-признаки тонкокишечной непроходимости. Детализированное описание: в илеоцекальной области между петлями подвздошной кишки и слепой кишкой отмечается инфильтрат с вовлечением петель подвздошной и слепой кишки. Стенки прилежащих петель подвздошной кишки утолщены до 4–8 мм, перистальтика не снижена. На фоне инфильтрата нельзя исключить наличие свищевых ходов (сложно дифференцировать со стенозированными участками кишки). Илеоцекальный переход на фоне инфильтрата отчетливо не прослеживается, слепая кишка деформирована (вероятно, за счет спаечных изменений), прижата петлей подвздошной кишки к задней стенке. В рамках госпитализации начато лечение азатиоприном 100 мг/сут, был назначен метронидазол внутрь 1500 мг/сут, препараты железа. При выписке даны рекомендации: прием таблеток азатиоприна 100 мг/сут, таблеток метронидазола по 500 мг 3 раза в сутки 30 дней с решением вопроса о продолжении терапии после консультации гастроэнтеролога. По итогам обследования принято решение о необходимости хирургического лечения в специализированном стационаре, проведение генно-инженерной биологической терапии в послеоперационном периоде. Пациентке было сообщено, что планируется одномоментная операция по поводу инфильтрата брюшной полости, межкишечных свищей и гигантской вентральной грыжи. Рекомендована госпитализация в НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих с последующим консервативным лечением и наблюдением в СЗГМУ им. И.И.Мечникова.

9 марта 2022 г. пациентка получила консультацию в ВЗК НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих.

Диагноз: болезнь Крона в форме терминального илеита, осложненная формированием инфильтрата брюшной полости с наличием межкишечных свищей, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая атака (?). Перианальные проявления: задний неполный внутренний свищ прямой кишки (?).

Операции:

1) лапароскопия, лапаротомия, резекция подвздошной кишки (25 см), аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости от 9 августа 2013 г.;
2) лапаротомия, адгезиолизис, устранение спаечной тонкокишечной непроходимости, назоинтестинальной интубации тонкой кишки от 30 сентября 2020 г.;
3) лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости, формирование лапаростомы от 04 октября 2020 г. по поводу фибринозно-гнойного перитонита;
4) программная санация брюшной полости, формирование двуствольной илеостомы от 5 октября 2020 г.;
5) программные санации (13) брюшной полости с 7 октября 2020 г. по 6 ноября 2020 г.;
6) устранение лапаростомы от 9 ноября 2020 г.;
7) реконструктивно-пластическая операция — внутрибрюшное закрытие илеостомы в мае 2021 г;
8) вскрытие острого парапроктита в ноябре 2021 г.

Гигантская послеоперационная вентральная грыжа. Посттромбофлеботический синдром. Флеботромбоз глубоких вен подкожно-бедренного сегмента левой нижней конечности в феврале 2021 г. Частичная реканализация на фоне антикоагулянтной терапии от 9 марта 2021 г.

По итогам консультации рекомендовано дообследование в следующем объеме: колоноскопия под внутривенной седацией; консультация диска МР-энтерографии; УЗИ кишечника; УЗИ органов малого таза; УЗИ ректальным датчиком; консультация сосудистого хирурга по месту жительства; повторная консультация по результатам обследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, пациентка за период с 2013 г. перенесла около двадцати оперативных вмешательств. Ретроспективно рассматривая течение заболевания, следует отметить, что клиническое течение болезни включало в себя ряд патогномоничных для болезни Крона признаков: повторяющиеся перфорации подвздошной кишки, развитие инфильтрата в брюшной полости, формирование межкишечных свищей. Данные проявления были патогенетически обусловлены наличием у пациентки именно болезни Крона, при которой воспалительный процесс проникает через всю толщу стенки кишечника и вызывает соответствующие осложнения. Активная хирургическая тактика позволяла справиться с острыми жизнеугрожающими осложнениями, но назначенная консервативная терапия оказалась недостаточной для того, чтобы остановить или замедлить развитие аутоиммунного воспалительного процесса в кишечнике. Следует отметить и развитие в анамнезе тромботических осложнений, которые также могут рассматриваться как одно из внекишечных проявлений болезни Крона.

Поздняя диагностика заболевания, по всей видимости, была обусловлена значительным временным промежутком между первым оперативным вмешательством по поводу поражения подвздошной кишки в 2013 г., когда диагноз болезни Крона еще не был установлен, и последующей серией атак заболевания с 2019 г., следствием чего явилось развитие ряда жизнеугрожающих осложнений, потребовавших многократных оперативных вмешательств.

Дальнейшая тактика ведения пациентки состоит в купировании воспалительных явлений и предотвращении нагноения воспалительного инфильтрата брюшной полости с последующим назначением адекватной консервативной терапии болезни Крона и регулярным наблюдением у врача-гастроэнтеролога. Решение вопроса о возможном хирургическом вмешательстве целесообразно только после устранения активного воспалительного процесса в брюшной полости.

Таким образом, сомнения в наличии у пациентки болезни Крона с потенциально прогрессирующим течением имели следствием недостаточно активную терапевтическую тактику, что привело к осложненному течению заболевания. Данный клинический случай подтверждает тот факт, что проблема диагностики и лечения болезни Крона стоит остро и не решена до сих пор, что, в свою очередь, ведет к тяжелому течению воспалительного процесса, ухудшает прогноз, приводя к жизнеугрожающим осложнениям и операциям.

Важно учесть, что достичь успеха в лечении болезни Крона путем однократного оперативного вмешательства удается крайне редко, поэтому необходим комплексный мультидисциплинарный подход врачей многих специальностей для правильного подбора консервативной терапии и повышения приверженности пациентов.

Несмотря на значительные успехи в области изучения болезни Крона, диагностика и лечение заболевания по-прежнему представляют собой сложную многогранную проблему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П. и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018; 46(5): 445–63. DOI: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463.
2. Дементьева Е.А., Степанова А.А., Гурина О.П. и др. Лабораторные показатели аутоагрессии при воспалительных заболеваниях кишечника у детей. Медицина: теория и практика. 2018; 3(3 приложен): 9–12.
3. Залетова Н.К., Востокова Л.П., Чухловин А.Б. и др. Генетические факторы, влияющие на эффективность терапии глюкокортикоидами при хронических воспалительных заболеваниях кишечника у детей. Педиатр. 2015; 6(3): 91–7. DOI: 10.17816/PED6391-97
4. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Абдулганиева Д.И. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (проект). Колопроктология. 2020; 19(2): 8–38. DOI: 10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38.
5. Лищинская А.А., Князев О.В., Каграманова А.В. и др. Частота и факторы риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с воспалительными

заболеваниями кишечника. Терапевтический архив. 2022; 94(2): 172–9.
6. Парфенов А.И. Болезнь Крона: к 80-летию описания. Тер арх. 2013; 8: 35–42.
7. Парфенов А.И., Каграманова А.В., Князев О.В. Системные проявления воспалительных заболеваний кишечника. Терапевтический архив. 2020; 92(2): 4–11.
8. Успенский Ю.П., Древаль Р.О., Иванов С.В. Болезнь Крона: фармакоэкономические аспекты ведения пациентов. Университетский терапевтический вестник. 2020; 2(1): 98–9.
9. Щукина О.Б., Иванов С.В., Шотик А.В. Практические рекомендации для терапевтов по диагностике и лечению болезни Крона. University Therapeutic Journal. 2021; 1: 71–85.

REFERENCES

1. Belousova Ye.A., Abdulganiyeva D.I., Alekseyeva O.P. i dr. Sotsial'no-demograficheskaya kharakteristika, osobennosti techeniya i varianty lecheniya vospalitel'nykh zabolevaniy kishechnika v Rossii. [Social-demographic characteristics, current features and treatment options for inflammatory bowel diseases in Russia]. Rezul'taty dvukh mnogotsentrovykh issledovaniy. Al'manakh klinicheskoy meditsiny. 2018; 46(5): 445–63. DOI: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463. (in Russian)
2. Dement'yeva Ye.A., Stepanova A.A., Gurina O.P. i dr. Laboratornyye pokazateli autoagressii pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh kishechnika u detey. [Laboratory indicators of autoaggression in inflammatory bowel diseases in children]. Meditsina: teoriya i praktika. 2018; 3(3 prilozhen): 9–12. (in Russian)
3. Zaletova N.K., Vostokova L.P., Chukhlovin A.B. i dr. Geneticheskiye faktory, vliyayushchiye na effektivnost' terapii glyukokortikoidami pri khronicheskikh vospalitel'nykh zabolevaniyakh kishechnika u detey. [Genetic factors affecting the effectiveness of glucocorticoid therapy in chronic inflammatory bowel diseases in children]. Pediatr. 2015; 6(3): 91–7. DOI: 10.17816/PED6391-97. (in Russian)
4. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Abdulganiyeva D.I. i dr. Klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bolezni Krona u vzroslykh (proyekt). [Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of Crohn's disease in adults (project)]. Koloproktologiya. 2020; 19(2): 8–38. DOI: 10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38. (in Russian)
5. Lishchinskaya A.A., Knyazev O.V., Kagramanova A.V. i dr. Chastota i faktory riska tromboembolicheskikh oslozhneniy u patsiyentov s vospalitel'nymi zabolevaniyami kishechnika. [Frequency and risk factors for thromboembolic complications in patients with inflammatory bowel diseases]. Terapevticheskiy arkhiv. 2022; 94(2): 172–9. (in Russian)
6. Parfenov A.I. Bolezn' Krona: k 80-letiyu opisaniya. [Crohn's disease: to the 80th anniversary of the description]. Ter arkh. 2013; 8: 35–42 (in Russian)
7. Parfenov A.I., Kagramanova A.V., Knyazev O.V. Sistemnyye proyavleniya vospalitel'nykh zabolevaniy kishechnika. [Systemic manifestations of inflammatory bowel disease]. Terapevticheskiy arkhiv. 2020; 92(2): 4–11. (in Russian)
8. Uspenskiy Yu.P., Dreval' R.O., Ivanov S.V. Bolezn' Krona: farmakoekonomicheskiye aspekty vedeniya patsiyentov. [Crohn's disease: pharmacoeconomical aspects of patient management]. Universitetskiy terapevticheskiy vestnik. 2020; 2(1): 98–9. (in Russian)
9. Shchukina O.B., Ivanov S.V., Shotik A.V. Prakticheskiye rekomendatsii dlya terapevtov po diagnostike i lecheniyu bolezni Krona. [Practical recommendations for therapists on the diagnosis and treatment of Crohn's disease]. University Therapeutic Journal. 2021; 1: 71–85. (in Russian)