

Тонкая кишка



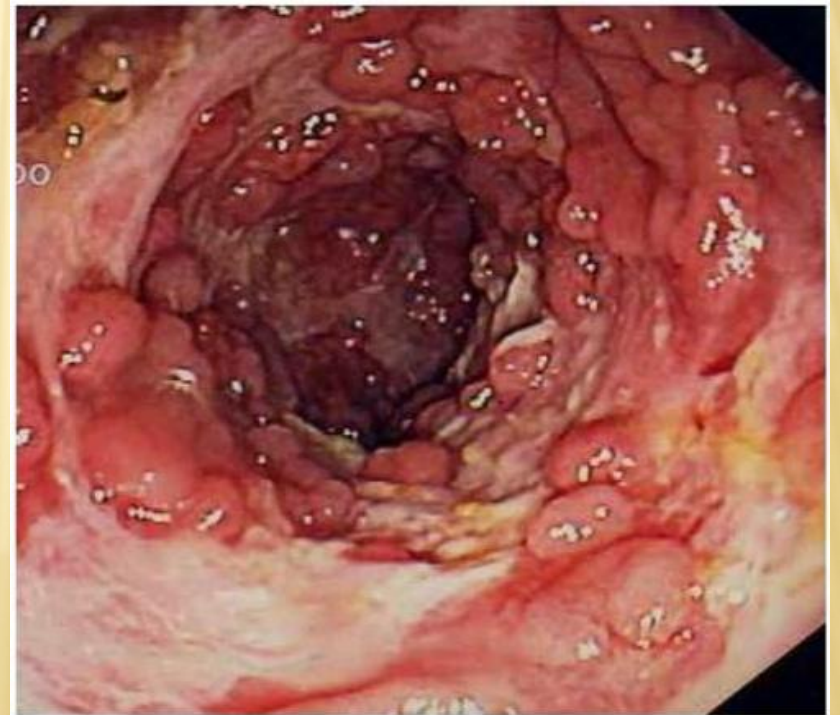
Норма



Болезнь Крона

Болезнь Крона - хроническое воспалительное заболевание кишечника аутоиммунной природы, имеющее трансмуральный характер (затрагивающее все слои кишечника).

Наиболее частыми осложнениями являются необратимые изменения кишечника (стеноз кишечных сегментов, стриктуры, свищи); также для этого заболевания характерны многочисленные внекишечные поражения.





Симптомы болезни Крона:

Неврологический аппарат

Головокружение
Головные боли
Обмороки

Дыхательная система

Кашель и бронхоспазм
Течь из носа
Затруднение дыхания

Рот и глотка

Отёк губ
Сухость во рту и горле
Хриплый голос

Циркуляторная система

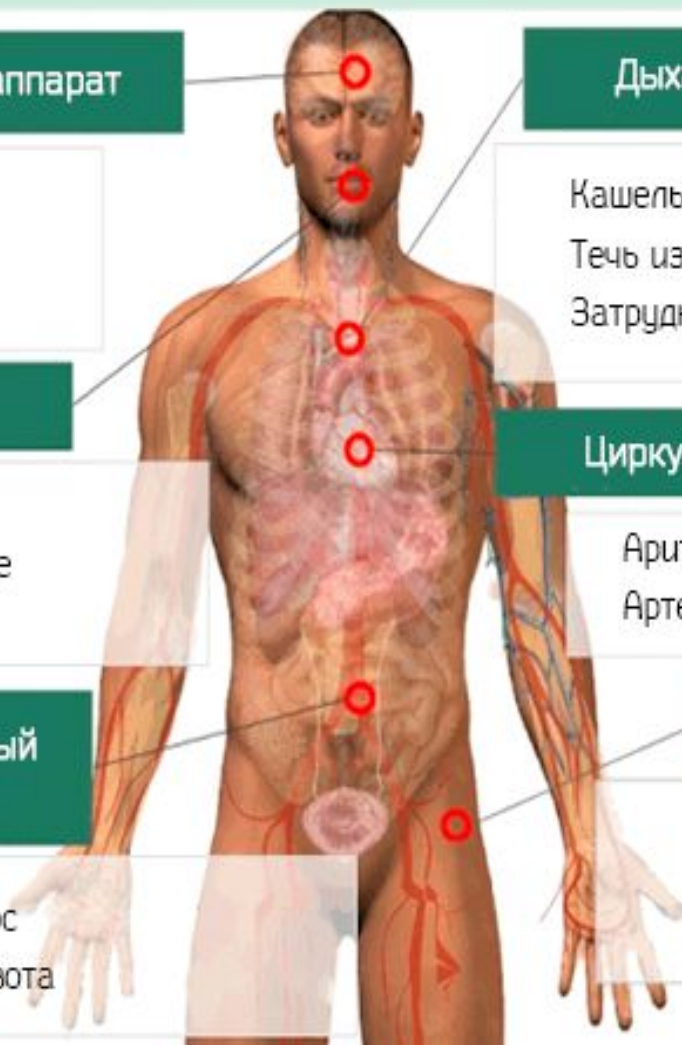
Аритмия
Артериальная гипотензия

Желудочно-кишечный тракт

Тошнота, рвота и понос
Спазмы и вздутие живота

Кожа

Отёк Квинке
Крапивница
Дерматит, экзема



□ **Физикальное обследование:**

- осмотр кожных покровов: сухость кожи, ломкость ногтей, сниженный тургор за счет мальабсорбции (нарушение всасываемости микроэлементов), наличие признаков узловатой эритемы
- измерение температуры (повышение до 38-39 С, признак высокой активности заболевания и/или осложнений)
- подсчет ЧСС (тахикардия, как признак активности заболевания, сопутствующей анемии или осложнений)
- осмотр ротовой полости (на предмет наличия или отсутствия язв-афт),
- напряжение мышц брюшной стенки, пальпируемый инфильтрат брюшной полости,
- обязательный осмотр перианальной области и половых органов
- пальцевое исследование прямой кишки,
- измерение индекса массы тела (ИМТ): чаще всего снижение массы тела.
- осмотр глаз (признаки увеита или конъюнктивита)

Лабораторные исследования [1-6,8,9]:

Основные:

- ОАК с обязательным подсчетом тромбоцитов и лейкоформулой;
- ОАМ;
- в биохимическом анализе крови: исследование электролитов, показателя острофазового воспаления – количественного СРБ, а также определение функциональных проб печени (АЛТ, АСТ) и почек (креатинин, мочевины), обмена железа (ферритин, сывороточное железо, ОЖСС) и витамина Д, общего белка и альбумина, маркера холестаза и остеопороза: щелочная фосфатаза;
- копрограмма;
- определение ВИЧ (дифференциальная диагностика диарейного синдрома)

Биологическими маркерами воспаления являются протеины – продукты распада нейтрофилов – лизоцим, лактоферрин и, наиболее чувствительный – фекальный кальпротектин [EL5]. В качестве скринингового метода, укоряющего уточнение диагноза ВЗК, а также для мониторинга терапии может быть рекомендован экспресс тест на фекальный кальпротектин, являющийся альтернативой ИФА методике [1]. Уровень фекального кальпротектина значительно выше при толстокишечном воспалении [6].

Таблица 6. Диагностика локализации воспаления при болезни Крона [14]

Локализация БК	Верхняя эндоскопия	Илеоколоноскопия	МР-энтерография	МРТ малого таза	КТ энтерография
Верхние отделы ЖКТ	+	-	+	-	+
Тонкая кишка	-	-	+	-	+
Толстая/прямая кишка	-	+	+	-	+
Перианальная область	-	-	+	+	+

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Николаева Н.Н., Грищенко Е.Г., Николаева Л.В., Байкова О.А., Топольская Н.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» (КрасГМУ); 660022, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, Российская Федерация

В статье представлено клиническое наблюдение болезни Крона с изолированным поражением тощей кишки, демонстрирующее трудности диагностики этого состояния. В клинической картине заболевания отсутствовали типичные симптомы, на первый план выступали железодефицитная анемия и гипопропротеинемия. Поздняя диагностика и отсроченное назначение патогенетической терапии способствовали развитию у больной множественных стриктур тощей кишки с явлениями частичной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: болезнь Крона, анемия, тощая кишка, стриктуры.

DIFFICULT DIAGNOSIS OF CROHN'S DISEASE: A CLINICAL CASE

Nikolaeva N.N., Grishchenko E.G., Nikolaeva L.V., Baykova O.A., Topol'skaya N.V.

Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky; 1 Partizana Zheleznyaka ul., Krasnoyarsk, Krasnoyarskiy kray, 660022, Russian Federation

The paper presents a case of Crohn's disease with isolated jejunum involvement, which exemplifies the difficulty in diagnosing this condition. The clinical picture was characterized by iron-deficiency anemia and hypoproteinemia, while other typical symptoms were absent. The late diagnosis, delayed pathogenetic therapy administration led to multiple jejunum stenosis, complicated by partial small bowel obstruction.

Key words: Crohn's disease, anemia, jejunum, stenosis.

Болезнь Крона является одной из наиболее сложных и неизученных проблем в современной гастроэнтерологии. Это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов пищеварительного тракта. По локализации воспалительного процесса выделяют болезнь Крона с поражением подвздошной кишки (терминальный илеит – 30-35%), илеоцекального отдела кишечника (40%), толстой кишки, включая аноректальную зону (20%), высоких отделов тонкой кишки (5-10%). Локализация воспаления в верхних отделах пищеварительного тракта (пищевод, желудок) и сочетанные локализации встречаются в 5% наблюдений [1, 2].

Болезнь Крона отличается значительным морфологическим и клиническим разнообразием. Клинические симптомы широко варьируют в зависимости от места и протяженности поражения,

стадии заболевания, наличия или отсутствия осложнений.

При болезни Крона с поражением кишечника обычно присутствуют четыре основных синдрома: кишечный, эндотоксемия, внекишечные проявления и синдром мальабсорбции. В активную фазу заболевания кишечные симптомы включают диарею и боль в животе [2, 3, 4]. Наиболее типичный симптом – диарея – встречается в 70-80% случаев болезни Крона с поражением тонкой, подвздошной или толстой кишки. При этом выделение крови вместе с калом появляется только при дистальной локализации воспалительного процесса в толстой кишке.

Несмотря на отсутствие видимой примеси крови в стуле, для болезни Крона характерна прогрессирующая железодефицитная анемия. В период атаки заболевания отмечаются лихорадка, изменение показателей периферической крови (лейкоцитоз, возрастание скорости оседания эри-

троцитов (СОЭ), токсигенная зернистость нейтрофилов), увеличение в крови С-реактивного белка, серомукоида и фибриногена, свидетельствующие об остром воспалении и наличии синдрома эндотоксемии. Возможны эпизоды лихорадки без абдоминальной боли на протяжении нескольких лет до появления первых кишечных симптомов [2].

Упорная диарея, воспалительный процесс с экссудацией белка в просвет кишки и повышенный катаболизм белков приводят к значительной потере веса, метаболическим расстройствам (обезвоживанию, гипокалиемии, гипонатриемии, гипопроteinемии и др.) и развитию синдрома мальабсорбции.

Наряду с типичной симптоматикой встречаются малосимптомные формы заболевания, для которых характерно длительное латентное течение, причем болезнь может проявляться только внекишечными симптомами: прогрессирующей слабостью, субфебрилитетом, анемией, у детей – отставанием в физическом развитии. В этих случаях диагностика болезни Крона представляет определенные трудности [5, 6].

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка А. 20 лет. Первые признаки заболевания появились 1,5 года назад и выражались быстро нарастающей слабостью, умеренной, периодически возникающей диареей (частота стула – до 2-4 раз в день), отеками нижних конечностей после физического напряжения. При амбулаторном обследовании обнаружена гипопроteinемия (общий белок – 37,8 г/л; альбумины – 25,7 г/л), железодефицитная анемия (гемоглобин – 63-72 г/л; цветной показатель крови – 0,76; сывороточное железо – 5,1-3,7 мкмоль/л; общая железосвязывающая способность сыворотки – 37,2), протеинурия (0,138 г/л), эритроцитурия (35-40 в поле зрения). С подозрением на патологию почек пациентка обследовалась в нефрологическом отделении.

При обследовании: суммарная функция почек сохранена, патология сердца исключена. По результатам миелограммы данные, свидетельствующие о наличии

патологии системы крови, отсутствуют. При рентгенографическом исследовании (ирригография) органической патологии в толстой кишке не найдено. Был поставлен диагноз: железодефицитная анемия неуточненной этиологии, назначены препараты железа. Через 2 месяца после начала лечения появилась интенсивная боль в эпигастральной области. При проведении фиброфагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) в амбулаторных условиях была обнаружена язва привратника 0,6-0,8 см в диаметре. Биопсию язвенного дефекта и диагностики *Helicobacter pylori* не проводили. На фоне терапии ингибиторами протонной помпы язва зарубцевалась. Однако общее состояние оставалось прежним: слабость, головокружение, выраженные отеки нижних конечностей. В течение года пациентка неоднократно лечилась в гематологическом отделении по поводу хронической железодефицитной анемии, причина которой оставалась неясной. Со временем к начальным симптомам заболевания присоединились нелокализованная абдоминальная боль, не связанная с приемом пищи, метеоризм, ослабление стула сменилось склонностью к запорам.

Впервые больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение, где при осмотре регистрировались бледность кожных покровов, пастозность лица, отеки голеней и стоп, болезненность при palpation живота в эпигастральной области, по ходу толстой кишки и вокруг пупка. В анализах крови была отмечена железодефицитная анемия (эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 81 г/л; цветной показатель – 0,81; сывороточное железо – 5,1 мкмоль/л; ретикулоциты – 8%), гипопроteinемия и гипоальбуминемия (общий белок – 40 г/л; альбумин – 25,7 г/л), СОЭ – 14 мм/ч. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости, эхокардиографии и ФЭГДС патологии не выявлено. От проведения фиброколоноскопии больная категорически отказалась. Учитывая длительную железодефицитную анемию «неясного генеза», выраженную гипопроteinемию, появление абдоминальной боли без четкой локализации, склонность к запорам, отсутствие патологии толстой кишки, по данным ирригографии был заподозрен малосимптомный вариант болезни

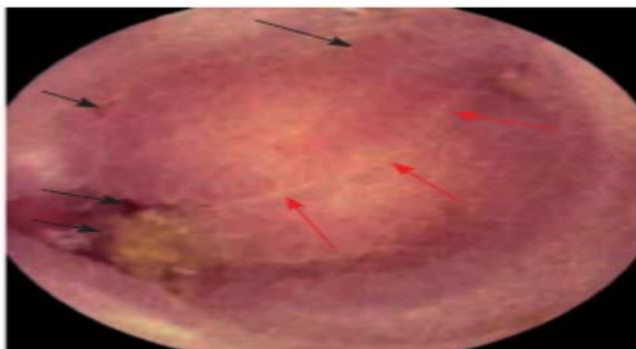


Рис. 1. Капсульная эндоскопия: болезнь Крона. Язвы тощей кишки (черные стрелки). Длинный линейный рубец (красные стрелки)

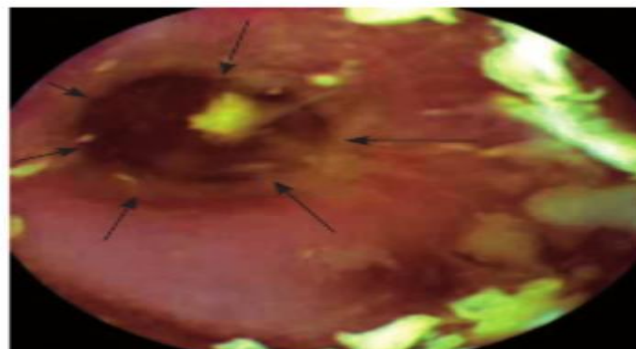


Рис. 2. Капсульная эндоскопия: болезнь Крона. Фиброзная стриктура тощей кишки

Крона с поражением тонкой кишки. Рекомендовано проведение видеокапсульной эндоскопии.

По результатам капсульной эндоскопии в пилорическом канале желудка определялся рубец, в тощей кишке – язвы (рис. 1), в проксимальных отделах тощей кишки – фиброзные стриктуры (рис. 2). Обнаружены также субкомпенсированный стеноз, выраженные моторно-эвакуаторные нарушения тонкой кишки. К моменту окончания осмотра видеокапсула не прошла стенозирующее сужение, которое находилось в тощей кишке.

Больная была повторно госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение. При обзорной рентгенографии брюшной полости определялись горизонтальные уровни в тонкой кишке, в малом тазу справа, в области подвздошной кишки обнаружено инородное тело.

Диагноз: болезнь Крона тощей кишки, стенозирующая форма, осложненная частичной кишечной непроходимостью, активная фаза, тяжелое течение. Хроническая железодефицитная анемия тяжелой степени.

Назначен прием преднизолона 30 мг (учитывая значительное похудание, менее 1 мг/кг), азатиоприна 2 мг/кг, метронидазола, фторхинолонов и препаратов железа внутривенно. Динамический рентгенологический контроль в течение 2 недель не зарегистрировал продвижение видеокапсулы по кишке, в связи с чем рекомендовано оперативное извлечение инородного тела.

Проведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии тонкой кишки на расстоянии 120 см от илеоцекального угла обнаружен пораженный участок, представленный множеством циркулярных перетяжек фиброзной плотности, не пропускающий кончик пальца. На расстоянии 100 см в проксимальном направлении определялся еще один изолированный участок циркулярной перетяжки. Выше, на расстоянии 220 см

и до связки Трейтца, кишка не изменена. В корне брыжейки определялось множество (до 10) воспалительно-измененных увеличенных в размерах лимфоузлов размером от 1 до 5 см, мягкоэластичной консистенции. Выполнена резекция измененных участков тонкой кишки – 120 см и 5 см с наложением межкишечных анастомозов «конец в конец».

Макропрепарат: представлены два участка тощей кишки размером 120 и 5 см. В первом участке имеется 12 циркулярных сужений фиброзной плотности белого цвета. Внутренний диаметр не превышает 3-4 мм, складчатость на неизмененных участках сохранена, язв и эрозий не обнаружено. На разрезе второго участка кишки выявлено единичное циркулярное сужение, внутренний диаметр которого не превышал 4 мм.

Микропрепарат: стенка кишки – с наличием множественных язвенных дефектов щелевидной формы, имеется выраженный отек всех слоев кишки, умеренное полнокровие сосудов. Трансмуральная воспалительная инфильтрация представлена лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофильными лейкоцитами, местами формируются лимфоидные узелки. В краях язв – грануляционная ткань, саркоидоподобные гранулемы, состоящие из гигантских эпителиоидных клеток. Заключение: выявленные изменения – щелевидные язвы, инфильтрат, гранулемы – укладываются в морфологическую картину болезни Крона.

После операции больная продолжала прием преднизолона в дозе 30 мг/сут, азатиоприна 100 мг/сут. Состояние пациентки значительно улучшилось, уровень гемоглобина повысился до 112 г/л, общий белок – до 58 г/л, альбумин – до 36,4 г/л. Выписана на амбулаторное долечивание с рекомендациями продолжить прием преднизолона с постепенным снижением дозы до полной отмены, терапию азатиоприном 2 мг/кг в сутки не менее 2 лет.

Через 2 месяца пациентка была осмотрена в гастроцентре: состояние и самочувствие удовлетворительные, активна, аппетит хороший, гемоглобин 132 г/л. Ожидаемый прогноз относительно благоприятный при условии проведения адекватной противорецидивной терапии (длительный прием азатиоприна).

В приведенном клиническом примере стенозирующая форма болезни Крона тощей кишки, осложненная кишечной непроходимостью, была выявлена спустя 1,5 года после появления первых симптомов заболевания. Причинами поздней

диагностики явились особенности клинического варианта заболевания (отсутствие типичной симптоматики обострения болезни Крона, преобладание внекишечных симптомов), а также трудности инструментальной диагностики патологических изменений в проксимальных отделах кишечника.

Описанное наблюдение служит иллюстрацией атипичного и латентного течения болезни Крона, когда на первый план выступают железодефицитная анемия и гипопропротеинемия. Это необходимо учитывать в клинической практике.