

УДК 616.344-002-031.84

DOI 10.17816/pmj36398-105

## ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ТРЕБУЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*М.Н. Климентов<sup>1\*</sup>, С.Н. Стяжкина<sup>1</sup>, О.А. Неганова<sup>2</sup>,  
М.С. Любимцева<sup>1</sup>, Е.В. Семибратова<sup>1</sup>, О.Д. Турбин<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Ижевская государственная медицинская академия,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница № 9, г. Ижевск, Россия

## CROHN'S DISEASE COMPLICATIONS, REQUIRING SURGICAL TREATMENT

*M.N. Klimentov<sup>1\*</sup>, S.N. Styazhkina<sup>1</sup>, O.A. Neganova<sup>2</sup>,  
M.S. Lyubimtseva<sup>1</sup>, E.V. Semibratova<sup>1</sup>, O.D. Turbin<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Izhevsk State Medical Academy,

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 9, Izhevsk, Russian Federation

---

Заболеваемость болезнью Крона составляет от 0,3 до 20,2 на 100 тыс. человек, распространенность – 322 на 100 тыс. человек.

До 60–70 % пациентов с болезнью Крона в течение жизни подвергаются тому или иному оперативному вмешательству – от вскрытия парапроктита до обширных резекций кишечника. Непрерывное течение заболевания, вероятность тяжелых рецидивов вынуждают проводить длительную послеоперационную медикаментозную терапию во избежание необходимости повторных операций. Повторные резекции кишки при болезни Крона несут опасность развития синдрома короткой кишки, глубоких нарушений процессов пищеварения.

Целями хирургической помощи при болезни Крона являются борьба с осложнениями и улучшение качества жизни пациентов, когда этого невозможно достичь медикаментозными средствами.

**Ключевые слова.** Болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, оперативное лечение, хирургические осложнения, острый терминальный илеит.

Crohn's disease sickness rate is 0.3–0.2 per 100000 persons, its prevalence is 322 per 100000 persons; Up to 60–70 % of patients with Crohn's disease undergo this or that type of surgical intervention – from opening of paraproctitis to extensive intestinal resections. Uninterrupted course of disease and probability of severe relapses induce application of long postoperative drug therapy to avoid repeated operations. Repeated resections of the bowel in Crohn's disease are dangerous from the position of the development of short bowel syndrome, severe digestive disorders. Surgical treatment in Crohn's disease is aimed at prevention of complications and improvement of patients' quality of life, if drug therapy is useless.

**Key words.** Crohn's disease, inflammatory bowel diseases, surgical treatment, surgical complications, acute terminal ileitis.

---

© Климентов М.Н., Стяжкина С.Н., Неганова О.А., Любимцева М.С., Семибратова Е.В., Турбин О.Д., 2019

тел. +7 906 816 35 74

e-mail: Klimentov52@mail.ru

[Климентов М.Н. (\*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии; Стяжкина С.Н. – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии; Неганова О.А. – главный врач; Любимцева М.С. – студент; Семибратова Е.В. – студент; Турбин О.Д. – ординатор кафедры факультетской хирургии].

## ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [2].

Терминальный илеит был впервые описан польским хирургом Антонио Лесниовски в 1904 г., хотя он не был окончательно отличен от туберкулеза кишечника. В Польше болезнь до сих пор носит название болезнь Крона – Лесниовски [7].

Баррил Бернард Крон описал четырнадцать случаев в 1932 г. и подал их в Американскую медицинскую ассоциацию под названием «терминальный илеит: новая нозологическая единица». Позднее, в этом же году, он совместно с коллегами Леоном Гинзбургом и Гордоном Оппенгеймером опубликовал серию статей, к примеру, «Регионарный илеит: патологическая и нозологическая единица» [6]. Тем не менее в связи с тем, что первая буква в фамилии Крон предшествовала по алфавиту позже заболевание стало известно в мировой литературе как болезнь Крона. Последующие наблюдения показали, что подобные патологические изменения могут локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, а терминальный илеит является лишь одной из форм заболевания [1].

*Цели исследования* – определить целесообразность проведения оперативного лечения, выявить осложнения, проявляющиеся после хирургического вмешательства при болезни Крона.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы случаи заболевания болезнью Крона в проктологическом отделении Первой республиканской клинической больницы, г. Ижевск, с 2008 по май 2018 г., изучена научная литература по данной болезни.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В проктологическом отделении Первой республиканской клинической больницы с 2008 по май 2018 г. находилось на лечении 20 пациентов с болезнью Крона с осложнениями и сочетаниями, потребовавшими оперативного вмешательства: перфорация, перитонит – 3; пенетрация (свищ) – 4; стеноз без непроходимости – 6; стеноз с непроходимостью – 4; кровотечение – 1. Аноректальные осложнения: парапроктит – 3; ректальный свищ – 2; анальная трещина – 2.

Наиболее распространенной формой болезни Крона является *острый терминальный илеит*, который нередко развивается под маской острого аппендицита и довольно часто встречается в практике хирургов экстренной помощи, сопровождается поносами, тошнотой, рвотой, повышением температуры до 38–39 °С [8]. Больного беспокоят сильные боли в правой подвздошной области. В этот период практически невозможно отличить терминальный илеит от аппендицита [3]. Процесс в острой стадии может осложниться перфорацией подвздошной кишки и перитонитом, инфильтратом, абсцедированием, формированием свищей или закончиться

выздоровлением, может перейти в хроническую форму (непрерывное или рецидивирующее течение) [5].

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Больная Ж., родилась в 1988 г., с 1997 г. (в 9 лет) стала отмечать схваткообразные боли в животе, в 1998 г. (в 10 лет) выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу болезни Крона. В 2006 г. (18 лет) операция по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, перфорации тонкой кишки, разлитого серозного перитонита. Во время операции в брюшной полости большое количество экссудата с примесью кишечного содержимого. При ревизии левые отделы толстой кишки и илеотрансверзоанастомоз спаившиеся, без патологии. Обнаружена петля тощей кишки, увеличенная в размерах до 8 см, с утолщенными, отечными, гиперемированными стенками и перфоративным отверстием до 0,7 см. Перфоративное отверстие ушито двухрядным швом. При дальнейшей ревизии в правом фланге обнаружены грубые плоскостные спайки, в которых, по видимому, была ущемлена измененная петля тощей кишки. Спайки рассечены. Брюшная полость промыта до чистых вод. Выполнена назоинтестинальная интубация до уровня ниже измененной тощей кишки и перфоративного отверстия. Установлены дренажи в левое поддиафрагмальное пространство и справа в малый таз. Послойно швы на рану. Выписана в удовлетворительном состоянии.

В 2006 г. (18 лет) стриктурирующая тонкокишечная непроходимость, наложен обходной анастомоз.

В 2012 г. (24 года) по поводу частичной кишечной непроходимости выполнена резекция тонкой кишки. Множественная стриктурирующая форма.

В брюшной полости выраженный спаечный процесс. Участок расширения начинается в 40 см от связки Трейца. Начато выделение с расширенного участка на протяжении до 1 метра до места спаившейся кишки. В расширенной тощей кишке множество участков сужения. В малом тазу из спаек выделена киста левой маточной трубы до 10 см. Киста удалена. Воспалительно измененный и расширенный участок тощей кишки резецирован, наложен анастомоз «конец в конец».

Выполнено исследование препарата: через каждые 10–15 см участки сужения, с трудом пропускающие кончик пальца, между участками сужения слизистая отечная, с расширенными складками.

Гистологическое заключение № 81714-27: хронический язвенный энтерит с неспецифическим гранулематозом. В краях резекции отечные геморрагические изменения. Морфологическая картина соответствует болезни Крона.

В следующем клиническом примере проявляются все формы заболевания. Больная П., 34 г., находилась на лечении в проктологическом отделении Первой республиканской клинической больницы с 23.04.2018 по 11.05.2018 с диагнозом: болезнь Крона ободочной кишки, стеноз нисходящего отдела ободочной кишки, перфорация поперечно-ободочной кишки слева с формированием инфильтрата брюшной полости и абсцесса передней брюшной стенки.

При поступлении жалобы на боли в левом фланге живота, наличие опухолевидного образования в левом подреберье, слабость.

Больной себя считает с 2003 г., когда появился жидкий стул до 10 раз в сутки, периодически с примесью крови. Лечилась в инфекционном отделении с улучшением. В 2015 г., во время беременности, стала отмечать боли в левом подреберье, которые купировались самостоятельно. В ноябре 2017 г. появились боли в левом фланге живота. После проведенного лечения с диагнозом «панкреатит» отмечает уменьшение болей. В январе 2018 г. боли в левом фланге живота вновь усилились. После ирригоскопии (08.01.2018) с заключением «SUSP VI. селезеночного угла ободочной кишки» направлена в Республиканский клинический онкологический диспансер для обследования. Колоноскопия от 10.04.2018 – колоноскоп проведен в проксимальные отделы сигмовидной кишки, где просвет циркулярно конически рубцово деформирован, стенозирован до 0,7 см в диаметре, для аппарата непроходим. Слизистая в зоне стеноза ригидная, визуально без опухолевой инфильтрации, с выраженной контактной кровоточивостью. Дистальнее сигмовидная кишка воздухом расправилась хорошо. Гаустрация сглажена, редкая. Слизистая сигмовидной кишки на всем осмотренном отрезке от ректосигмоидного отдела пятнистая, участками розового цвета, с деформированным сосудистым рисунком, яркой гиперемией и подслизистыми геморрагиями, с участками поверхностных изъязвлений неправильной формы без четких границ. На всем протяжении

имеются множественные псевдополиповидные образования 1–2-го типа от 0,3 до 1,2 в диаметре, визуально без опухолевой инфильтрации. Слизистая ректосигмоидного отдела кишечника, прямой кишки визуально интактна. Гистологическое заключение – фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с изъязвлением на фоне хронического воспаления высокой активности с образованием грануляций. Заключение: болезнь Крона с поражением сигмовидной кишки, умеренной степени активности, с формированием стеноза сигмовидной кишки, множественными псевдополипами 1–2-го типа. SUSP-инфильтративная карцинома проксимального отдела сигмовидной кишки.

Протокол компьютерной томографии от 11.04.2018 – отмечается выраженное циркулярное утолщение стенок практически всех отделов толстого кишечника. По нижней стенке желудка, в нижней его трети, выявляется объемное солидное узловое образование с неровными контурами до 22 мм в поперечнике. Отмечаются инфильтрация, фиброзные изменения парагастральной клетчатки, слияние процесса со стенками поперечно-ободочной кишки, а также со сформированным в передней брюшной стенке абсцессом с неровными контурами, неомогенной структуры, размерами до 30×65×90 мм. В его полости выявляются остатки бариевой взвеси.

После проведенного обследования была направлена в колопроктологическое отделение Первой республиканской клинической больницы с диагнозом «гиперпластический процесс (опухоль, болезнь Крона) в области

селезеночного угла и нисходящего отдела ободочной кишки. Вторичный стеноз нисходящего отдела ободочной кишки».

При поступлении общее состояние удовлетворительное, положение активное. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 77 в мин, АД – 120/80 мм рт. ст.

Живот асимметричный, слева, выше пупка, по ходу прямой мышцы живота, визуально имеется образование, резко болезненное при пальпации, плотное, размерами до 10 см.

Клинические и биохимические показатели в пределах биологических норм.

Операция 24.04.2018 – срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии в селезеночном углу обнаружен инфильтрат из желудка и селезеночного угла поперечно-ободочной кишки, припаянный к передней брюшной стенке. При разъединении инфильтрата обнаружен дефект в стенке поперечно-ободочной кишки диаметром до 1 см и свищевой ход в переднюю стенку брюшной полости, из которого выделяется гной. Для предотвращения контаминации на свищевые отверстия наложены герметизирующие швы и продолжена ревизия брюшной полости. Дефекта в стенке желудка не найдено, стенка желудка без патологии. Обнаружено, что терминальный отдел подвздошной кишки, вся ободочная кишка до верхнеампулярного отдела прямой кишки гиперемированы, с утолщенными стенками, с выраженной инъецией сосудов. Выполнены мобилизация и резекция ободочной кишки и до 20 см терминального отдела подвздошной кишки. Наложены илеоректаль-

ный анастомоз «конец в конец». Отдельным разрезом на передней брюшной стенке над инфильтратом вскрыт гнойник, который локализовался во влагалище прямой мышцы живота. Выделилось до 150 мл гноя с газом. После ревизии полость гнойника промыта, осушена, дренирована. Свищевой ход со стороны брюшной полости ушит.

Для исследования взята: слизистая ободочной кишки с эрозивно-склеротическими деструктивными изменениями. В нисходящем отделе ободочной кишки имеется стеноз просвета до 0,8 см.

Патолого-анатомическое исследование операционного материала: толстая кишка длиной 80 см с куском подвздошной кишки длиной 12 см. Стенки кишки резиноподобной консистенции. Просвет резко сужен, стенки утолщены, на слизистой множественные красные бляшки («бульжная мостовая»), на разрезе стенка плотная. На расстоянии 30 см от дистального края резекции в стенке кишки перфоративное отверстие, кишка в этом месте плотно спаяна с жиром, в котором вскрыта полость абсцесса.

Заключение: хронический гранулематозный колит с изъязвлением. Серозно-гнойный перитонит. В состав гранул входят единичные гигантские многоядерные клетки. Резекция в пределах здоровых тканей. Больше данных, свидетельствующих о наличии болезни Крона. В червеобразном отростке гранулематозного процесса не обнаружено.

Посев гноя из абсцесса передней брюшной стенки – I ст. *Klebsiella pneumoniae*.

Выписана на 17-й день после операции в удовлетворительном состоянии, стул до 2–4 раз в сутки, кашицеобразный. Операционная рана по средней линии живота зажила первичным натяжением. На рану передней брюшной стенки после вскрытия абсцесса и очищения от гноя наложены вторичные швы.

Следующее клиническое наблюдение связано с болезнью Крона и развитием у пациента самой загадочной болезни в истории человечества – порфирии.

Больной Г., 1973 года рождения, страдает болезнью Крона с 1999 г., когда стал отмечать боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 38 °С, жидкий стул до 10 раз в сутки, снижение веса до 18 кг. В 2000 г. в МОНИКИ установлен диагноз «болезнь Крона, терминальный илеит». В дальнейшем проводилось лечение в ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Противорецидивное лечение весной и осенью, азотиоприн, 50 мг 2 раза в день, последние 5 лет принимает постоянно. С 2011 г. поддерживающая терапия ремикейдом, 400 мг через каждые 2 месяца, с перерывом в 2012–2013 гг.

В центральной районной больнице 30.08.2013 выполнена операция по поводу деструктивного аппендицита, санационная лапаротомия. С диагнозом «разлитой серозно-фибринозный перитонит, болезнь Крона подвздошной кишки, перфорация подвздошной кишки, межкишечный свищ» переведен в колопроктологическое отделение Первой республиканской клинической больницы. Операция 04.09.2013 – санаци-

онная релапаротомия, резекция подвздошной кишки, несущей свищ, с формированием одноствольной илеостомы и ушиванием культи подвздошной кишки в 10 см от илеоцекального угла, ушивание свища сигмовидной кишки, санация и дренирование брюшной полости. Гистология № 72863-75 – в препарате кишечника наличие хронических язв с обострением, гранулематозное воспаление с единичными многоядерными клетками. Данная картина соответствует болезни Крона. Санационная релапаротомия от 11.09.2013. Послеоперационный период протекал тяжело, 21 день находился в палате интенсивной терапии. Выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано соблюдение диеты, азатиоприн, 1 табл. (50 мг) 3 раза, очистительные клизмы 1 раз в неделю.

В ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии» (г. Москва) 10.02.2015 проведена реконструктивно-восстановительная операция. Выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. В послеоперационном периоде отмечал выраженный болевой синдром в брюшной полости. Поступил в проктологическое отделение Первой республиканской клинической больницы. При поступлении предъявляет жалобы на боли в правой и левой подвздошных областях, постоянные, ноющие, не снимающиеся анальгетиками, спазмолитиками, нестероидными противовоспалительными средствами, паранефральная блокада с временным кратковременным эффектом. Ведет себя беспокойно. Из-за болей в животе не может заснуть, принимает вынужденное колено-

локтевое положение. АД – 110/90 мм рт. ст. Пульс – 100 в мин, ритмичный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, стома функционирует, мочится свободно, моча красного цвета. Для снятия болевого синдрома установлена продленная перидуральная анестезия. Болевой синдром купирован.

Спиральная компьютерная томография от 16.02.2015 – картина ограниченного перитонита слева в области колостомы. Ограниченное скопление жидкости по ходу брыжейки. Спаечный процесс в брюшной полости. Умеренные диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы.

Ультразвуковое исследование от 16.02.2015 – признаки ограниченных скоплений и умеренного скопления жидкости в брюшной полости.

Общий анализ крови от 24.02.2015: эритроциты –  $4,07 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 122 г/л, лейкоциты –  $6,3 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 17.02.2015: общий белок – 78 г/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л, мочевина – 3,7 ммоль.

Общий анализ мочи от 20.02.2015: удельный вес – 1016, белок – 0,7, лейкоциты – 5–8–10, в скоплениях до 20, эритроциты – 1–3 в поле зрения, соли оксалаты – в значительном количестве, слизь +++.

Учитывая красный цвет мочи и отсутствие эритроцитов в общем анализе мочи (1–3 в поле зрения) 19.02.2015 был сделан анализ на порфибилиноген. Порфибилиноген (качественная реакция) – положительная.

С диагнозом «острая перемежающаяся порфирия» переведен в гематологическое

отделение. За время лечения в гематологическом отделении получал 20%-ный раствор глюкозы, фолиевую кислоту, азатиоприн, атропин. Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

## Выводы

Хирургическое вмешательство при болезни Крона лечением назвать сложно, представляет особенно трудную и нестандартную задачу. Целью операции является не излечение заболевания, а устранение проблем, связанных с этой болезнью. Операции часто проводятся многоэтапно, хотя после вмешательства может наступить затяжной период ремиссии. Следует согласиться с мнением Tarkunde и Patankar (1969), утверждающих, что до тех пор, пока этиология и патогенез болезни Крона не будут выяснены, лечение этого заболевания будет оставаться, по существу, сугубо эмпирическим [4].

Болезнь Крона – заболевание-загадка с непредсказуемым течением.

## Библиографический список

1. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. М.: Миклош 2008; 248–251.
2. Головенко А.О., Халиф И.Л., Головенко О.В. Профилактика послеоперационных рецидивов болезни Крона. Колопроктология 2012; 42 (4): 40–48.
3. Гольшиева С.В. Качество жизни больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона до и после операции: авто-

реф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Первый МГМУ им. Сеченова 2007: 24.

4. Щукина О.Б., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В. Влияние фенотипа болезни Крона и других прогностических факторов на течение заболевания. Колопроктология 2014; 49 (3): 102–103.

5. Cosnes J., Gower-Rousseau C., Seksik P., Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2011; 140: 1785–1794.

6. Ng S.C., Kamm M.A. Management of postoperative Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2008; 103 (4): 1029–1035.

7. Sachar D.B., Andrew H.A., Farmer R.G. Proposed classification of patient subgroups in Crohn's disease. *GastroenterolIntern* 1992; 5: 141–154.

8. Yamamoto T. Strategies for prevention of postoperative recurrence of Crohn's disease. *Colorectal Disease* 2013; 15 (12): 1471–1480.

Материал поступил в редакцию 30.04.2019