

АБДОМИНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ (клинические случаи)*

Алиева Э.И.

ABDOMINAL PAIN SYNDROME IN CHILDREN WITH CROHN'S DISEASE (case report)

Aliyeva E.I.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 101 (1):107-109

Ekspperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 101 (1):107-109

* иллюстрации к статье — на цветной вклейке в журнал

Измайловская детская городская клиническая больница филиал Морозовской ДГКБ ДЗ г. Москвы

Алиева Эльмира Ибрагимовна, д.м.н.

Dr. Aliyeva E. I.

E-mail:

el-alieva@yandex.ru

Болезнь Крона является хроническим рецидивирующим заболеванием неизвестной этиологии, характеризующимся сегментарным поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта с развитием трансмурального гранулематозного воспаления, следствием которого является возможное формирование стеноза пораженных участков кишки, образование свищей и стриктур.

Многообразие клинических форм заболевания, связано с вовлечением в воспалительный процесс различных отделов желудочно-кишечного тракта, неоднородностью возрастных групп больных детей (от грудного возраста до старшего подросткового) и наличием внекишечных проявлений и осложнений заболевания. Доказано, что более 16% детей с болезнью Крона на начальном этапе попадают в хирургические отделения, из них более половины подвергаются оперативному вмешательству, что ухудшает прогноз болезни, способствует поздней диагностике заболевания.

Данные о частоте и распространенности тех или иных клинических симптомов при болезни Крона у детей достаточно противоречивы. Большинство авторов на первое место ставят такие симптомы как боли в животе, диарея, снижение массы тела и астенический синдром, причем частота абдоминальных болей в клинической картине болезни Крона у детей занимает первое место и встречается с частотой от 85 до 92%. В ряде случаев интенсивные болевые приступы могут быть единственным симптомом на протяжении длительного времени (иногда ряда лет).

Примером, иллюстрирующим проблемы, возникающие при болевом абдоминальном синдроме у детей с болезнью Крона, могут служить следующие клинические случаи:

Ребенок Т., 6 лет. Из анамнеза известно, что мальчик от первой беременности (ОРВИ в 16 нед.), роды первые, масса при рождении 2160 г, рост 48 см. Грудное вскармливание до 3 мес. Профилактические прививки по возрасту. В ноябре 2009 г. прооперирован по поводу правостороннего варикоцеле.

Анамнез заболевания: заболел остро, когда впервые возникли боли в животе, отмечалось повышение температуры до 37,5 °С без катаральных явлений, однократно кашицеобразный стул без патологических примесей. Ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар, где находился с 01.03.2010 по 10.03.2010 с диагнозом: острый гастроэнтерит.

Через 3 дня после выписки у ребенка вновь развился интенсивный абдоминальный болевой синдром, и по скорой помощи мальчик был доставлен в Измайловскую ДГКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Жалуются на сильные схваткообразные боли в животе. Отмечалась повторная рвота, задержка стула до 3 суток (стул получен после очистительной клизмы). В общем анализе крови — лейкоцитоз до $17 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом до 16%, тромбоцитоз до $620 \times 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови гипопротенемия до 41 г/л, снижение сывороточного железа до 6 мкмоль/л (при норме 9–21 мкмоль/л), повышение уровня острофазных белков (СРБ 54 мг/л). Посевы кала на возбудителей кишечной группы отрицательные. Результаты серологической диагностики на выявление антител к возбудителям кишечной группы (сальмонеллам, шигеллам, иерсиниям), гельминтам — отрицательные.

В связи с сохраняющимся некупируемым болевым синдромом с диагностической целью 18.03.2010 ребенку была выполнена **диагностическая лапароскопия** (рис. 1 а, б), во время которой при ревизии тонкой кишки выявлен участок гиперемии на протяжении 30–40 см. Также отмечено увеличение брыжеечных лимфоузлов до 1,5 см. Была выполнена аппендэктомия.

Послеоперационный диагноз: Острый мезаденит. Вторичный аппендицит.

Гистологические исследования удаленного аппендикса выявлены признаки катарального воспаления.

На 4-й день после оперативного вмешательства (24.03.2010) у ребенка вновь появился интенсивный приступ болей в животе, сопровождающиеся

задержкой стула. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечалось скудное газонаполнение кишечника, единичные мелкие уровни жидкостей (рис. 2).

25.03.2010 ребенку была проведена **рентгеноскопия органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)** (рис. 3 а, б).

Через 2 часа определяется расширенная, деформированная петля тонкой кишки, через 6 часов — конгломерат петель тонкой кишки справа.

Описанные рентгенологические изменения были расценены как признаки БК тонкой кишки.

КТ (компьютерная томография) органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 31.03.2010: признаки пиелоктазии левой почки.

Начата терапия: месалазин в дозе 1,5 г/сутки, на фоне которой отмечено уменьшение болевого синдрома.

13.04.2010 (по истечении послеоперационного периода) ребенку была выполнена **фиброколоноскопия** (рис. 4 а, б): слизистая прямой, сигмовидной, нисходящей, поперечно-ободочной, восходящей, слепой кишки розовая, сосудистый рисунок четкий, виден до третьего порядка. Складки не изменены, просвет сохранен на всем протяжении, в просвете немного прозрачной пристеночной слизи. Илеоцекальный клапан обычной формы, сомкнут, ориентирован в купол слепой кишки. Осмотрено три сегмента подвздошной кишки, слизистая розовая, сосудистый рисунок четкий, умеренно выраженная лимфофолликулярная гиперплазия слизистой. Взята лестничная биопсия, кровотечение из мест взятия умеренно выражено, останавливается самостоятельно.

Заключение: Органической патологии толстой кишки не выявлено. Лимфофолликулярная гиперплазия слизистой подвздошной кишки 2-й степени.

По данным ЭГДС (эзофагогастродуоденоэноскопия) — антральный гастрит (рис. 5 а, б).

14.04.2010 ребенку была проведена **видеокапсульная эндоскопия** (рис. 6 а-в): через 1 час после начала записи в дистальных отделах тощей кишки определяется звездчатый рубец с налетом фибрина, полулунной конвергенцией складок, деформирующей просвет в виде умеренного сужения. Выраженная контактная кровоточивость. На остальных участках тощей кишки слизистая визуально не изменена. В подвздошной кишке слизистая розовая, складки обычной формы, сосудистый рисунок визуализируется, отмечается умеренно выраженная лимфоидная гиперплазия.

Заключение: язвенный еунит.

Окончательный диагноз: болезнь Крона тонкой кишки, острое течение, тяжелая форма.

Была продолжена терапия с аminosалицилатами, добавлен буденофальк и азатиоприн, на фоне которой отмечено значительное улучшение состояния: исчезли симптомы интоксикации, болевой синдром полностью купировался, лабораторные показатели нормализовались.

В декабре 2011 г. при плановом обследовании — состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, прибавка в весе 4 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, безболезненная,

мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул 1–2 раза в сутки, мягко оформленный, без патологических примесей. Лабораторные показатели в пределах нормы.

Рентгеноскопия органов ЖКТ от 14.11.2011:

Через 1 час после введения бариевой взвеси контраст отмечается в тонкой кишке, частично прослеживается в толстой кишке. Через 3 часа контраст выполняет все отделы толстой кишки, частично остается в нижних отделах тонкой кишки.

В настоящее время состояние ребенка стабильное, жалоб не предъявляет, лабораторные показатели в пределах нормы.

В данном клиническом примере сложность при установлении диагноза возникла в связи с локализацией воспалительного процесса в дистальных отделах тощей кишки, недоступных для стандартных эндоскопических методов исследования. Решающим в этом случае явилось проведение видеокапсульной эндоскопии, на основании которой удалось верифицировать диагноз БК со своевременным назначением адекватной терапии, что позволило добиться устойчивой ремиссии заболевания.

Данный клинический пример иллюстрирует сложность проведения дифференциальной диагностики БК тонкой кишки, протекающей под маской «острого живота».

Ребенок Д., 16 лет. Из анамнеза известно, что болеет с октября 2010 г., когда впервые появились боли в животе. Девочка была госпитализирована в хирургическое отделение детской больницы с подозрением на острый аппендицит, где 14.10.2010 выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлено образование в правых отделах брюшной полости, расцененный как аппендикулярный инфильтрат. Проводился курс консервативной терапии с незначительной положительной динамикой. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) от 28.10.2010 — в правой подвздошной области определяется эхо-позитивное образование сложной акустической структуры размерами 5,4 × 2,5,4 мм, представленное аппендикулярным отростком и прядью большого сальника.

В ноябре 2010 г. у девочки вновь развился интенсивный болевой приступ. По экстренным показаниям ребенок доставлен в хирургическое отделение взрослой клиники, где при обследовании вновь выявлен инфильтрат брюшной полости. По данным УЗИ — в правой подвздошной области определяется инфильтрат, состоящий из петель кишечника с утолщенными стенками и большого сальника, размерами 7,0 × 7,0 см. Также впервые было выявлено расширение чашечно-лоханочной системы правой почки. При рентгеноконтрастном исследовании органов брюшной полости от 12.10.2010 — бариевая взвесь определяется в толстой кишке. Положение кишки ниже обычного, расширения просвета нет. Гаустрация неравномерная. По данным **фиброколоноскопии** от 20.11.2010 — на 50 см от ануса на уровне сигмовидной кишки имеется резкий фиксированный перегиб. При попытке провести колоноскоп за перегиб возникла резкая болезненность, исследование было прекращено. На осмотренных участках просвет кишки соответствует уровням осмотра, не сужен. Слизистая

ровная, гладкая. Складки эластичные, легко расправляются воздухом. Проведен повторный курс консервативной терапии по поводу аппендикулярного инфильтрата с положительным эффектом, девочка выписана домой.

25.11.2010 девочка экстренно госпитализирована в хирургическое отделение детской больницы с жалобами на фебрильную лихорадку, боли в животе. По данным УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства определяется — в правой подвздошной области инфильтрат 83,6 × 51,1 × 66,2 мм, состоящий из петель тонкой кишки с утолщенными стенками, правого яичника, прядей большого сальника и червеобразного отростка, чашечно-лоханочная система правой почки расширена до 2,5 см.

По данным КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства от 01.12.2010 — в правой подвздошной области определяется образование с неровными контурами размерами 73,9 × 58,8 × 80,5 мм, состоящее из кишечных петель с неравномерно утолщенными стенками и суженным просветом, прилежащих отделов большого сальника и подпаянного правого яичника. Червеобразный отросток не дифференцируется. Конгломерат вызывает нарушение уродинамики с расширением собирательной системы правой почки и мочеточника.

Учитывая нетипичное течение заболевания, ребенок был консультирован фтизиатром с постановкой туберкулиновых проб, инфекционистом с определением специфических антител к различным инфекциям — получены отрицательные результаты.

23.12.2010 в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии было проведено хирургическое вмешательство — *лапароскопия, лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости*. В послеоперационном периоде на фоне проводимой инфузионной, антибактериальной терапии отмечалась незначительная положительная динамика. Однако после отмены антибиотиков вновь появился субфебрилитет, нарастание размеров инфильтрата в правой подвздошной области с развитием компрессионного обструктивного мегауретера 3-й степени справа, в связи с чем 13.01.2011 выполнено эндохирургическое вмешательство — *уретероскопия с наружным дренированием с/3 мочеточника справа*.

По данным патоморфологического исследования удаленного аппендикса выявлено изъязвление слизистой с хронической воспалительной инфильтрацией всех слоев стенки, распространяющейся на окружающую жировую клетчатку с микроабсцедированием и очаговым фиброзом. 17.01.2011 ребенку повторно выполнена *фиброколоноскопия* — тубус аппарата проведен до купола слепой кишки. Слепая кишка с выраженным отеком и деформацией, слизистая ее очагового гиперемирована, визуализируются множественные эрозии и единичные язвенные дефекты, прикрытые слизью и фибрином. Проведение эндоскопа за баугиниевую заслонку невозможно из-за ее деформации. Слизистая ободочной, сигмовидной, прямой кишки отечна и гиперемирована с множественными эрозиями, контактно кровоточит. Интенсивность

воспалительных изменений нарастает по направлению к слепой кишке.

По данным эндоскопического, морфологического обследования девочке выставлен диагноз «*болезнь Крона*», начата терапия месалазином в дозе 1,5 г/сутки. С 24.01.2011 в области послеоперационного рубца в проекции ранее имевшегося дренажа брюшной полости отмечено образование абсцесса. 27.01.2011 проведена операция — *вскрытие и дренирование абсцесса правой подвздошной области*. После проведения противовоспалительной, антибактериальной терапии ребенок был выписан домой.

Через месяц, 23.02.2011, девочка экстренно госпитализирована в Измайловскую ДГКБ. При поступлении — состояние тяжелое, обусловленное симптомами интоксикации. Отмечались фебрильная лихорадка, выраженные боли в животе, частый жидкий стул с примесью крови. По данным УЗИ от 24.02.2011 — в правой подвздошной области определяется эхо-позитивное образование сложной акустической структуры размерами 80,4 × 34,2 × 66,4 мм со свищевым ходом и уретерогидронефроз справа. При повторной фиброколоноскопии от 28.02.2011 — слизистая прямой, сигмовидной, ободочной кишки не изменена. Слизистая слепой кишки гиперемирована, отечна, с множественными плоскими эрозиями и подслизистыми фолликулами. Визуализируется свищевой ход с гнойным отделяемым и грануляциями. Илеоцекальный клапан сдавлен инфильтратом, пройти не удалось.

При *компьютерной томографии* выявлен инфильтрат правой подвздошной области с вовлечением в процесс терминального отдела подвздошной кишки с сужением ее просвета и свищевым ходом. Гидронефротическая трансформация правой почки.

06.04.2011 девочка была экстренно прооперирована, в связи с развитием клиники острой кишечной непроходимости (выполнено *наложение илеостомы*). После стабилизации общего состояния 27.06.2011 произведена *лапаротомия с резекцией илеоцекального угла, участка тощей кишки с множественными стриктурами. Выполнено наложение асцендостомы, терминальной илеостомы*. Послеоперационный период протекал гладко. В дальнейшем ребенку была назначена комбинированная терапия (пентаса, азатиоприн, антицитокинотерапия — ремикейд по индукционной схеме), на фоне которой удалось достигнуть клинической, а далее эндоскопической ремиссии заболевания.

У данного пациента наличие воспалительного процесса в правой подвздошной области маскировало более распространенное хирургическое заболевание — аппендикулярный инфильтрат. Следствием этого явились множественные инвазивные методы обследования, проводимые в различных стационарах, однако окончательно диагноз болезни Крона был установлен лишь спустя 2 года от манифестации симптомов после проведенной аппендэктомии по поводу «катарального аппендицита».

Таким образом, выраженный абдоминально-болевой синдром у детей с болезнью Крона зачастую является причиной повторных инвазивных обследований и хирургических вмешательств, проводимых ребенку на этапах верификации диагноза.