



## БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ

Дуброва С. Э., Сташук Г. А., Горбачева Ю. В.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского

## CROHN'S DISEASE OF THE SMALL BOWEL. CLINICAL CASE

Dubrova S. E., Stashuk G. A., Gorbacheva Yu. V.

Moscow Regional Scientific Research Hospital named after M. F. Vladimirovsky

### Резюме

Болезнь Крона по тяжести течения, частоте осложнений и летальности занимает одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта. В статье приводится описание клинического случая гистологически верифицированной Болезни Крона, с поражением терминального отдела подвздошной кишки. Дана четкая КТ семиотика.

**Ключевые слова:** Болезнь Крона, КТ

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 104 (4):60-62

### Summary

Crohn's disease takes one of the leading position in the structure of gastrointestinal tract illnesses because of the severity, frequency of complications and mortality. This article describes a clinical case of Crohn's disease, with lesions of the terminal ileum. Given a clear CT semiotics, histological verification.

**Keywords:** Crohn's disease, CT

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 104 (4):60-62

Болезнь Крона — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным (прерывистым), гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1].

Первые описания этого заболевания были посвящены поражению терминального отдела тонкой кишки [2]. Заболевание приобрело нозологическую очерченность и известность после работы В. Crohn

и соавторов, которые в 1932 году детально описали клиническую картину 14 случаев терминального илеита.

Страдают в основном люди молодого возраста, с пиком заболеваемости в 20-30 летнем возрасте [3]. Распространенность БК как в России в целом, так и в отдельных ее регионах неизвестна [4].

Могут поражаться любые участки желудочно-кишечного тракта — от полости рта до ануса [5]: изолированное поражение тонкой кишки



**Рис. 1.**  
Обзорная рентгенография брюшной полости.



**Рис. 2.**  
УЗИ. Расширение просвета тонкой кишки.



**Рис. 3.**  
КТ нативная фаза.  
Участки сужения подвздошной кишки.  
а. — реконструкция во фронтальной плоскости;  
б. — аксиальный срез

встречается в 25-30%, илеоколит в 40-50%, изолированное поражение толстой кишки в 15-25%. При поражениях тонкой кишки в 90% вовлекается в процесс терминальный отдел подвздошной кишки.

При остром начале проявлений заболевания больных часто оперируют по поводу ошибочно диагностированного острого аппендицита [6]. Изменения, выявленные в органах брюшной полости при лучевом исследовании неправильно расценивают и трактуют, недооценивают осложнения заболевания [7].

Приводим описание клинического случая, диагностированного в ГБУЗ МО МОНКИ им. М. Ф. Владимирского в 2013 г., с демонстрацией и характеристикой изменений в желудочно-кишечном тракте при болезни Крона по данным компьютерной томографии.

**Пациентка Я.,** 39 лет. Предъявляла жалобы на боли в нижних отделах живота, периодически схваткообразного характера, преимущественно в правой подвздошной области, запоры, снижение массы тела на 20 кг за 5 месяцев.

**Anamnes morbi:** Считает себя больной в течение 9 лет. Состояние после аппендэктомии, осложнившейся перитонитом, с формированием свища со слепой кишкой, реконструктивной операции с наложением илео-илеоанастомоза.

Неоднократно лечилась по поводу тонко-толстокишечной непроходимости.

**Проведено обследование:** Рентгенография брюшной полости (обзорная), при которой выявлена

динамическая кишечная непроходимость, с перераспределением горизонтальных уровней по тонкой и толстой кишке (Рис.1).

Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором отмечалось расширение просвета петель кишки в левой подвздошной области до 5 см, с выраженной перистальтикой, с неоднородным содержимым (Рис. 2).

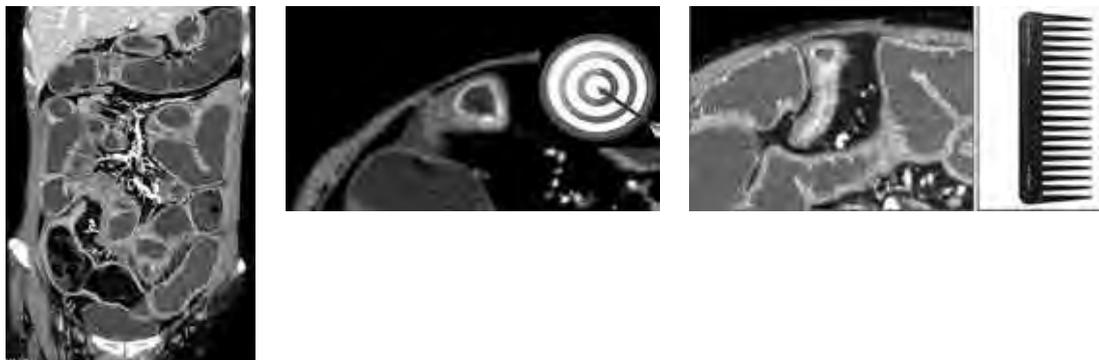
**По данным компьютерной томографии (КТ):** при нативном исследовании определялось выраженное сужение просвета подвздошной кишки на уровне терминального отдела и вблизи зоны анастомоза. Просвет подвздошной кишки проксимальнее и между участками сужения резко расширен, заполнен водой. (Рис. 3 а, б).

Для определения васкуляризации и характера контрастирования стенки кишки, лимфатических узлов было выполнено болюсное введение контрастного вещества и последующее мультифазное сканирование.

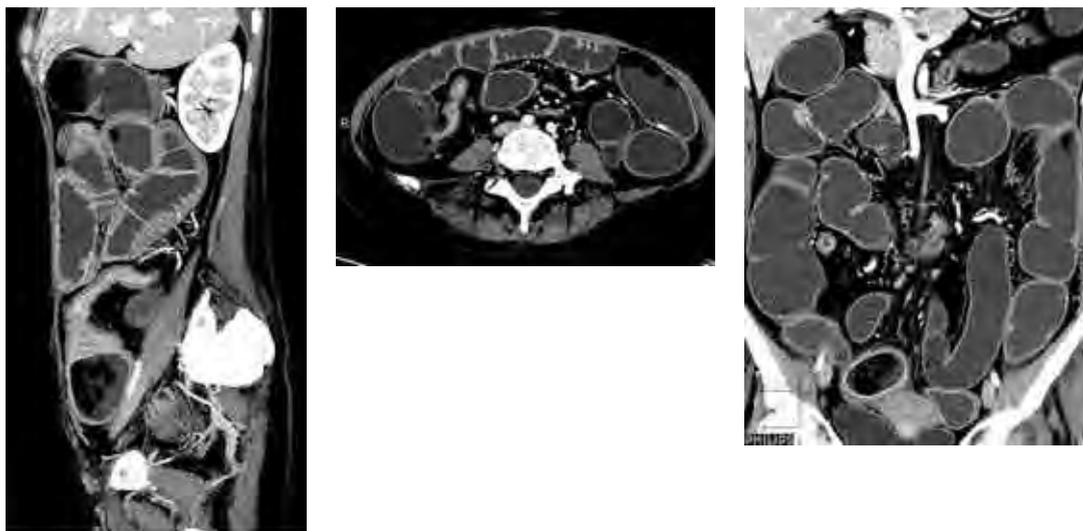
**Протокол исследования:** внутривенное болюсное введение Омнипак 350 mg 100 ml, скорость 4.3 мл\сек. Bolus triggering. ROI брюшная аорта. Threshold 100 HU. Минимальная задержка. Постконтрастное сканирование: две фазы — поздняя артериальная (задержка 18-23 сек.) и кишечная (задержка 50-55 сек.).

**КТ признаки:** сужение просвета кишки; отек подслизистого слоя; накопление контрастного вещества слизистым слоем по типу симптома «мишени»; гипervasкуляризация брыжеечного края кишки по типу симптома «расчески». (Рис. 4 а, б, в)

**Рис. 4.**  
КТ артериальная фаза.  
а. — реконструкция во фронтальной плоскости;  
б. — симптом «мишени»;  
в. — симптом «расчески».



**Рис. 5.**  
КТ стеноз терминального отдела подвздошной кишки.  
а. — реконструкция в сагиттальной плоскости;  
б. — аксиальный срез;  
в. — реконструкция во фронтальной плоскости;



На основании выявленных изменений кишечной стенки при КТ было дано заключение: Болезнь Крона, с преимущественным поражением подвздошной кишки. Стенотическая фаза. Обострение процесса на уровне дистальных отделов подвздошной кишки. Хроническая тонкокишечная непроходимость. (Рис. 5 а, б, в).

*Была выполнена операция:* Резекция тонкой кишки. Макропрепарат: стеноз терминального отдела подвздошной кишки (просвет кишки 0,5 см), резкое расширение проксимальных отделов и истончение стенки кишки. (Рис. 6 на цветной вклейке в журнал)

## Заключение

На примере клинического случая и полученного гистологического материала, продемонстрирован КТ-комплекс патологических процессов

*Гистологическое исследование:* обнаружены эпителиоидно-клеточные гранулемы, гигантские клетки Пирогова, щелевидные язвы, глубокая лимфоидная инфильтрация кишечной стенки, острая и трансмуральная воспалительная инфильтрация. Заключение: Болезнь Крона, с формированием стеноза на уровне терминального отдела подвздошной кишки. (Рис 7 а, б, на цветной вклейке).

*Дальнейшая судьба пациентки:* послеоперационный период без осложнений. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана под амбулаторное наблюдение по месту жительства.

при Болезни Крона, особенности контрастирования различных его составляющих элементов, позволяющих оценить степень активности процесса.

## Литература

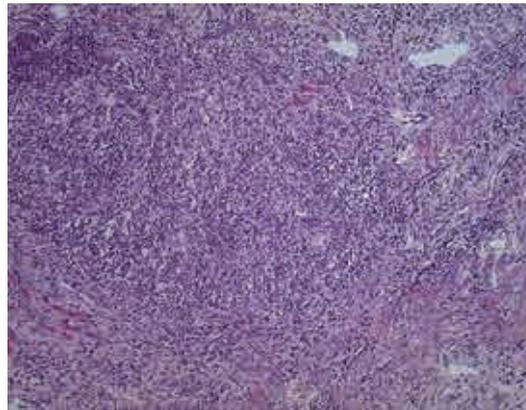
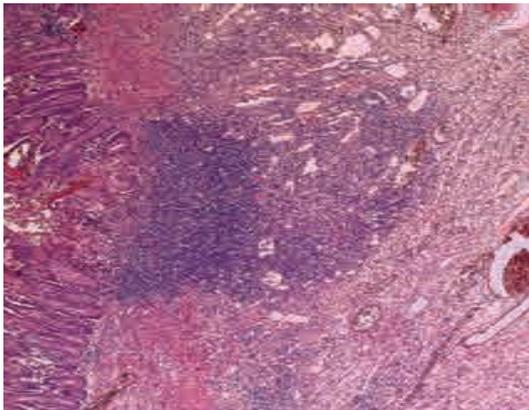
1. Воробьев Г. И., Халиф И. Л./под ред. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. — М.: Миклош, 2008. — 400 с.
2. Rokitansky K. F. Handbuch der pathologischen Anatomie. // Wien. Braumuller und Leidel-p. 1842-1846.
3. Bernstein C. N., Rawsthorn J. P., Cheang M., et al: A population-based case control study of potential risk factors for IBD. Am J Gastroenterology 101:993-1002, 2006.
4. Никулина И. В., Златкина А. Р., Белоусова Е. А., Румянцев В. Г., Юрков М. Ю. Оценка клинико-эпидемиологических показателей воспалительных заболеваний кишечника в Московской области // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — №2. — с. 67-71.
5. Munkholm P., Binder V: Clinical features and natural history of Grohn's disease. In Sartor RB, Sandborn WJ (eds): Kirsner's Inflammatory Bowel Diseases, 6<sup>th</sup> ed. Edinburgh, Saunders, 2004, p. 289-300.
6. Mucoz P. S., Ugidos A. F., Montiel P. M. et al. Atypical pyoderma gangresosum in inflammatory bowel disease. A severe diagnostic challenge // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2009. — Vol.101, №8. — P. 585-587.
7. Воробьев Г. И. «Основы колопроктологии». М-2001. — с. 420.

К статье

*Болезнь Крона тонкой кишки, стр. 60–62.*



**Рис. 6.**  
Макропрепарат: стеноз терминального отдела подвздошной кишки



**Рис. 7.**  
Микропрепарат, степень увеличения.  
а. — эпителиоидно-клеточная гранулема, окраска гематоксилин-эозином, ув.  $\times 400$ ;  
б. — щелевидная язва, окраска гематоксилин-эозином, увеличение 100.