



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»; гиперваскуляризация 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».

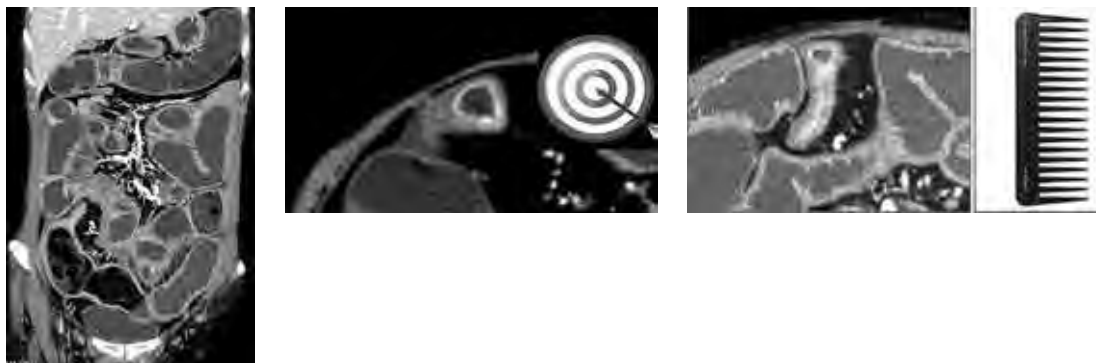
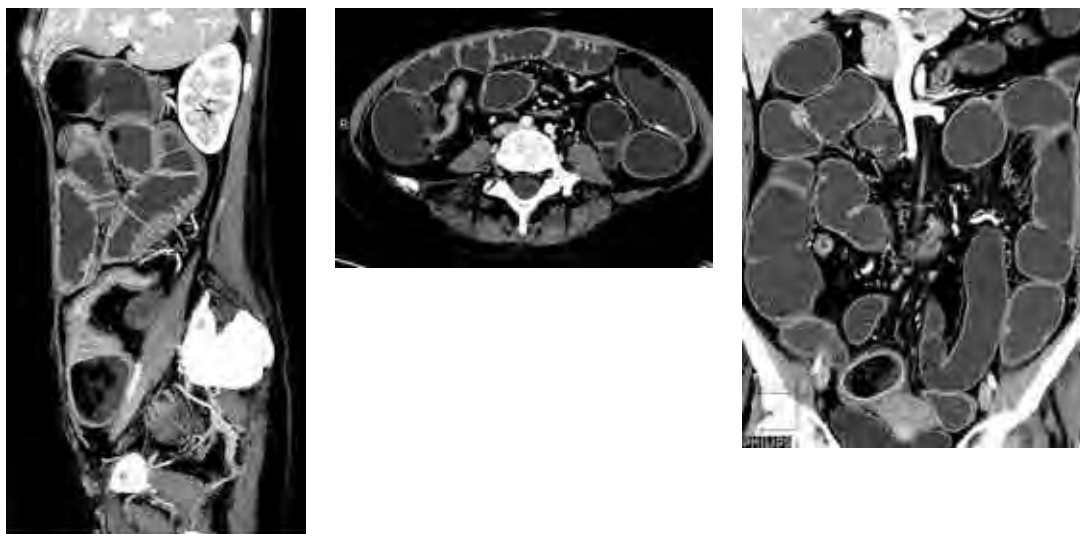


Рис. 5.
КТ стеноз терминального
отдела подвздошной кишки.
а. — реконструкция в сагит-
тальной плоскости;
б. — аксиальный срез;
в. — реконструкция
во фронтальной плоскости;



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, 6th 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

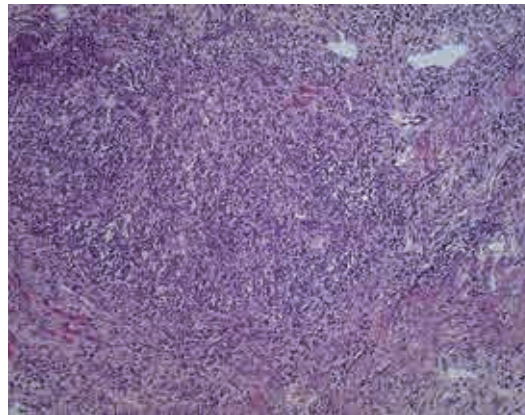
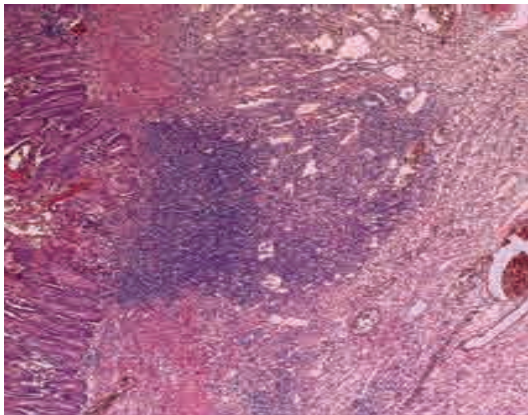


Рис. 7.
Микропрепарат, степень увеличения.
а. — эпителиоидно-клеточная гранулема, окраска гематоксилин-эозином, ув. $\times 400$;
б. — щелевидная язва, окраска гематоксилин-эозином, увеличение 100.