

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-113-116

## Необычное осложнение при болезни Крона

Ташян О.В., Погромов А.П., Мнацаканян М.Г., Колосова К.Ю., Попова М.Е.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва, ул. Б. Пироговская, д.6, стр.1., Россия

## An unusual complication in Crohn's disease

O. V. Tashchyan, A. P. Pogromov, M. G. Mnatsakanyan, K. Yu. Kolosova, M. E. Popova

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation (Sechenovskiy University), 119991, Moscow, Russia

**Для цитирования:** Ташян О.В., Погромов А.П., Мнацаканян М.Г., Колосова К.Ю., Попова М.Е. Необычное осложнение при болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;169(9): 113–116. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-113-116

**For citation:** Tashchyan O.V., Pogromov A.P., Mnatsakanyan M.G., Kolosova K.Yu., Popova M.E. An unusual complication in Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;169(9): 113–116. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-113-116

**Ташян Ольга Валерьевна**, к.м.н., врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии УКБ № 1

**Погромов Александр Павлович**, д.м.н., профессор, ассистент кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета

**Мнацаканян Марина Генриковна**, к.м.н., врач-гастроэнтеролог, заведующая отделением гастроэнтерологии УКБ № 1

**Колосова Ксения Юрьевна**, к.м.н., врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии УКБ № 1

**Попова Мария Егоровна**, клинический ординатор кафедры Госпитальной терапии № 1 Лечебного факультета

Olga V. Tashchyan, MD, gastroenterologist gastroenterology department, University clinical hospital № 1

Alexander P. Pogromov, MD, PhD, Present Position (or Activity): professor of chair of hospital therapy № 1, medical faculty

Marina G. Mnatsakanyan, MD, head of gastroenterology department, University clinical hospital № 1

Ksenia Yu. Kolosova, MD, gastroenterologist gastroenterology department, University clinical hospital № 1

Mariya E. Popova, Clinical ordinator Department of Hospital Therapy, Faculty of Medicine № 1

✉ **Corresponding author:**

**Ташян Ольга Валерьевна**

Olga V. Tashchyan

Olgatash1@rambler.ru

## Резюме

В статье описано клиническое наблюдение необычного случая болезни Крона в сочетании с перфорацией илеоцекального угла толстой кишки куриной костью с формированием инфильтрата и абсцесса брюшной полости у больного 23 лет. Приводится краткий обзор литературы.

**Ключевые слова:** Болезнь Крона, перфорация кишки, инородное тело

## Summary

The article provides the clinical observation of an unusual case of Crohn's disease in combination with perforation of the ileocecal angle by a chicken bone complicated by a formation of infiltrate and abscess of the abdominal cavity in a 23-year-old patient. A brief overview of literature is present in the paper.

**Keywords:** Crohn's disease, colonic perforation, foreign body of gastrointestinal tract

Большинство авторов считают, что ежегодно от попадания инородных тел в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) умирают от 1500 до 3000 человек. Но лишь 10–20% пациентов с выявленными инородными телами требуется какое-либо лечение, в остальных случаях инородные тела беспрепятственно проходят через весь желудочно-кишечный тракт [1].

В литературе было описано более 300 случаев перфорации кишечника, вызванных инородными телами, наиболее распространенными объектами являются рыбные кости, куриные кости и протезы,

а также зубочистки и коктейльные палочки [2]. Перфорация, связанная с инородными предметами, обычно встречается в точке острого угла и сужения, и наиболее распространенным местом перфорации в этом случае является терминальный отдел подвздошной кишки и слепая кишка [3,4].

Чаще всего перфорировались костями подвздошная кишка (40% наблюдений) и дивертикул Меккеля (18%), реже прободные отверстия располагались в сигмовидной кишке, желудке, тощей и слепой кишках [5].

Помимо анатомических и физиологических «препятствий» имеют значение в патологические, приобретенные сужения – например стриктуры при болезни Крона, рубцовые стриктуры ЖКТ, экзофитные или эндофитные опухоли ЖКТ.

Определенный интерес представляет описанный случай перфорации толстой кишки куриной костью, при хирургическом лечении которого у больного была выявлена ранее недиагностированный рак (аденокарцинома) толстой кишки. Этот случай, по-видимому, является пятым описанным примером перфорации толстой кишки инородным телом у больных с ранее не выявленным опухолевым поражением толстой кишки [6–9]. У четверых пациентов описана перфорация куриной костью, у одного больного – металлической скрепкой.

В связи с этим интересным может показаться следующее клиническое наблюдение.

**Пациент Г., 23 лет,** был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение № 1 УКБ № 1 Сеченовского Университета в сентябре 2018г с диагнозом болезнь Крона. При поступлении больной предъявлял жалобы на слабость, вздутие и периодические боли в животе, повышение температуры тела до фебрильных цифр (максимально до 39°C).

Из анамнеза известно, что пациент болен с января 2018г, когда после погрешности в диете (жирная, обильная пища, алкоголь) достаточно резко появились выраженные боли в животе без четкой локализации и диарея. Лихорадки не было. Примесей крови и/или слизи в кале не отмечал. К врачам по этому поводу не обращался.

Дискомфорт и боли в животе постепенно нарастали, к клинической картине присоединилась субфебрильная лихорадка в вечерние часы, и через 5 месяцев после дебюта заболевания больной был госпитализирован в районную больницу для обследования. При колоноскопии были выявлены эрозивно-язвенные изменения толстой и терминального отдела тонкой кишки, расцененные как проявления болезни Крона. Была назначена терапия буденофальком (9 мг в сутки), сульфасалазином (3000 мг в сутки). На фоне лечения отмечено уменьшение частоты жидкого стула.

Через 2 месяца больному была повторно проведена колоноскопия, при которой был эндоскопически подтвержден диагноз болезни Крона с поражением тонкой (терминальный илеит) и толстой (слепой восходящей ободочной) кишки. Продолжена терапия месаколом (4000 мг в сутки с последующим снижением дозы до 3000 мг в сутки), буденофальком (9 мг в сутки). Уровень фекального кальпротектина составлял 532 мкг/г кала.

Через месяц пациент отметил усиление болей и затруднение отхождения газов.

#### *При лабораторном обследовании 31.08.18*

*Общий анализ крови:* гемоглобин 87 г/л, эритроциты 3.62 млн, тромбоциты 843 тыс., лейкоциты 13.8 тыс., цв.п. 0,72 (нейтр.76.1%, лимф. 35,0%, мон. 8.3%, эоз.0.1%, баз. 0%, п 2, с 85), СОЭ 35 мм/ч. *Биохимический анализ крови:* общий белок 56.9 г/л (57–82), глюкоза 3.2 ммоль/л (4,1–5,9), железо 3,2 ммоль/л (9,0–30,4), амилаза 20.9 ед/л (28–100), ферритин 352.19, трансферрин 0.60. Фибриноген

В середине августа 2018г состояние больного значительно ухудшилось, боли усилились, появилась лихорадка до 38,5 °С с ознобом, выросла общая слабость, больной был вновь госпитализирован. По данным рентгенологического исследования тонкой кишки с досмотром толстой кишки выявлен инфильтрат брюшной полости и межкишечные свищи толстой кишки. В анализах крови отмечалась анемия (Hb 90 г/л), нейтрофильный лейкоцитоз максимально до 12,5 тыс лейкоцитов/мкл, СОЭ 18 мм/ч, гипоальбуминемия. При УЗИ органов брюшной полости отмечалось наличие небольшого количества жидкости в брюшной полости. По данным МСКТ выявлена умеренная гепатоспленомегалия, конкремент правой почки. Больному была вновь увеличена доза месалазина (до 4000 мг в сутки), продолжался прием буденофалька (9 мг в сутки), к терапии был добавлен азатиоприн (100 мг в сутки) и трихопол (1500 мг в сутки). На фоне этой терапии боли в животе, слабость, лихорадка сохранялись. Суммарно за 6 месяцев потеря веса у больного составила более 15 кг.

В сентябре 2018г больной направлен в гастроэнтерологическое отделение № 1 УКБ № 1 Сеченовского Университета.

При поступлении в стационар состояние было расценено как среднетяжелое за счет абдоминального болевого синдрома, интоксикации, снижения веса, проявлений синдрома нарушенного всасывания. При осмотре: пациент астенического телосложения, пониженного питания. Вес 62 кг, при росте 188 см. ИМТ 17,54 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела при поступлении 39,5°C. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 100 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области и в правом подреберье. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 7x10 см, плотное, болезненное при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

На основании анамнеза жизни и заболевания, а так же объективных данных клинического осмотра был выставлен предварительный диагноз: *Болезнь Крона с поражением тонкой (терминальный илеит) и толстой (слепой, восходящей ободочной) кишки свищевая форма с формированием абсцесса брюшной полости, первая тяжелая атака. Синдром нарушенного всасывания (гипоальбуминемия, сидеропения). Анемия средней степени тяжести. Мочекаменная болезнь. Конкремент правой почки.*

7,14 г/л (1,8–4,0). В остальных показателях в пределах нормальных значений. *Общий анализ мочи:* в пределах нормы.

*При колоноскопии:* Просвет проксимальной части восходящей кишки грубо деформирован, стенозирован, для аппарата не проходим. Слизистая инфильтрирована, отечна с конгломератом хаотично расположенных гиперемированных складок

с щелевидными язвенными дефектами с фибрином. Биопсия. Просвет поперечно-ободочной нисходящей и сигмовидной кишок свободно проходимо протяжен. Складки высокие, слизистая ее равномерно окрашена, блестящая, эластичная. Гаустрация выражена во всех отделах. Сосудистый рисунок не деформирован. Ректосигмоидный отдел свободно проходимо. **Заключение:** Болезнь Крона тонкой кишки? По данным гистологического исследования биоптатов толстой кишки слизистая восходящей части толстой кишки с очаговой деформацией крипт и скоплениями слизи и лейкоцитарного экссудата на поверхности.

**МСКТ органов брюшной полости:** КТ-картина болезни Крона с поражением подвздошной, слепой кишки, осложненная межпетельными инфильтратом. Не исключаются внутренние тонкокишечные свищи и начало формирования наружного свища справа. Асцит. Мочекаменная болезнь. Конкремент правой почки.

В клинике больному начата терапия: метронидазолом 200 мг/сут в/в капельно, ципрофлоксацином 400 мг/сут в/в капельно, преднизолоном 120 мг/сут в/в в иде непрерывной 12-часовой инфузии (с постепенным снижением дозы 90 мг – 60 мг – 30 мг) с последующим переходом на пероральный прием метипреда 20 мг в сутки, азатиоприном 150 мг в сутки, салофальком в гранулах 3000 мг в сутки, заместительная терапия препаратами железа (венофер), 10% раствором альбумина. На фоне терапии отмечалась положительная динамика в виде нормализации стула, нормализации температуры тела, практически элиминации болей в животе, уменьшения слабости.

Однако, через 10 дней без видимой причины у больного вновь появился субфебрилитет, возобновились интенсивные боли в животе. **При повторном МСКТ органов брюшной полости** – выявлена отрицательная динамика, в виде формирования абсцесса в правой подвздошной области.

Больной был консультирован хирургом-колопроктологом: Ухудшение самочувствия у больного на фоне в/в введения преднизолона с учетом данных МСКТ расценено как формирование абсцесса у больного со свищевой формой болезни Крона с поражением толстой и тонкой кишки. Показан перевод больного в клинику колопроктологии для последующего оперативного лечения.

Для дальнейшего хирургического лечения больной был переведен в клинику колопроктологии УКБ № 2 Сеченовского Университета, где была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложе-

**При обследовании в анализах крови от 13.12.18:**

**Общий анализ крови:** гемоглобин 160 г/л (117–180), эритроциты 5.9 млн (3.8–6.1), тромбоциты 363 тыс. (150–450), лейкоциты 5.4 тыс. (4–11), формула крови не изменена, СОЭ 2 мм/ч (1–20). **Биохимический анализ крови** – все показатели в пределах нормальных значений. **При колоноскопии:** Фиброскоп проведен за анастомоз в тонкую кишку. Просвет ее ровный, слизистая бархатистая. Эрозий, язв нет. Биопсия. Складки илео-трансверзоанастомоза эластичные, равномерно окрашены, складчатый рисунок четкий. Просвет кишки проходимо

нием илеотрансверзоанастомоза. **Гистологическое исследование операционного материала:** При исследовании в препаратах толстой кишки слизистая с выраженной деформацией и убылью крипт, с воспалительной инфильтрацией, образованием крипт-абсцессов и формированием лимфоидных фолликулов, обнаруживаются поверхностные эрозии, отдельные плоские и множественные щелевидные язвенные дефекты с фибриноидно-некротическими наслоениями на поверхности, проникающие в подслизистый и мышечный слой. В стенке толстой кишки отмечается свищевой дефект, в просвете которого определяется фрагмент пластинчатой кости, заканчивающийся в полости хронического абсцесса в прилежащей жировой клетчатке, с перифокальным гнойным в сочетании с хроническим гранулематозным воспалением и наличием в лимфоцитарно-гистиоцитарном инфильтрате гигантских многоядерных клеток. Перифокальный фиброз в прилежащей к абсцессу жировой клетчатке с толстостенными сосудами. Очагов дисплазии и опухолевого роста в исследованном материале не обнаружено. **Заключение:** описанные морфологические изменения в слепой кишке могут укладываться в диагноз болезни Крона. Перфорация стенки слепой кишки с хроническим абсцессом в прилежащей жировой клетчатке, перитифлитом. Комментарий: в данном случае имеет место перфорация стенки слепой кишки пластинчатой костью (возможно, куриной). И описанные выше изменения в слепой кишке не исключено могут иметь вторичный характер при развившемся хроническом абсцессе, но нельзя исключить, что перфорация костью произошла в уже измененной болезнью Крона слизистой слепой кишки.

Состояние больного после проведенного оперативного лечения прогрессивно улучшалось, больной прибавил в весе за 2 месяца более 15 кг, восстановив свою массу тела до болезни. Нарушений стула и болей в животе не отмечал. Продолжал терапию азатиоприном (150 мг в сутки) и салофальком (2000 мг в сутки).

В декабре 2018 года больной был повторно госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение № 1 УКБ № 1 Сеченовского Университета для контрольного обследования и решения вопроса о необходимости начала индукционного курса биологической терапии. При поступлении предъявлял жалобы на вздутие живота и периодические кратковременные боли спастического характера перед дефекацией.

на всем осмотренном протяжении. Складки высокие, слизистая ее равномерно окрашена, эластичная. Гаустрация выражена во всех отделах. Сосудистый рисунок не деформирован, четкий. Ректосигмоидный отдел свободно проходимо, без особенностей. **Заключение:** Состояние после правосторонней гемиколэктомии по поводу болезни Крона. Данных за активность процесса нет. **При гистологическом исследовании биоптата толстой кишки:** данных за наличие у больного воспалительного заболевания кишечника на момент осмотра

в присланном материале биоптата толстой кишки не выявлено.

*Выполнено МСКТ органов брюшной полости:* Состояние после правосторонней гемиколэктомии с резекцией терминального отдела подвздошной кишки. МКБ. Конкремент правой почки.

При контрольном обследовании, на фоне проводимой в течение нескольких месяцев иммуносупрессивной и противовоспалительной терапии, эндоскопических и морфологических данных за воспалительное поражение толстой кишки не получено.

Таким образом, с учетом анамнестических данных и результатов, полученных при настоящем обследовании, однозначно высказаться в пользу наличия у больного болезни Крона затруднительно. Найденная при исследовании операционного материала (кишечного инфильтрата, полученного в результате оперативного вмешательства), плоская кость (вероятнее куриная), по мнению морфолога, возможно, могла быть причиной развившихся впоследствии воспалительных изменений тонкой

и толстой кишки, приведших к перфорации толстой кишки и формированию абсцесса брюшной полости.

Однако, более вероятным представляется все же, что перфорация кишки произошла вследствие имеющегося эрозивно-язвенного глубокого поражения кишечной стенки и стенозирования просвета измененной кишки в программе болезни Крона, а кость попала в инфильтрат через ранее перфорированную кишку (кишечный свищ). Это подтверждается наличием характерных щелевидных глубоких язв в стенке кишки с фибриноидно-некротическими наслоениями на поверхности, проникающие в подслизистый и мышечный слой, а также наличием в лимфоцитарно-гистиоцитарном инфильтрате гигантских многоядерных клеток.

Пациенту продолжена терапия азатиоприном в дозе 100 мг в сутки и рекомендовано динамическое наблюдение с ежегодным эндоскопическим контролем и последующим решением вопроса о целесообразности продолжения поддерживающей иммуносупрессивной терапии.

## Литература | References

1. Панкратов П. А. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Успехи современного естествознания, 2003, № 6, с 28–31.  
*Pankratov P. A. Foreign bodies of the gastrointestinal tract. The successes of modern science, 2003, no.6, pp. 28–31.*
2. Akhtar S, McElvanna N, Gardiner KR, Irwin ST. Bowel perforation caused by swallowed chicken bones – a case series. *Ulster Med J.* 2007;76:37–38.
3. Rasheed AA, Deshpande V, Slanetz PJ. Colonic perforation by ingested chicken bone. *Am J Roentgenol.* 2001;176:152.
4. Mohanty AK, Flannery MT, Johnson BL, Brady PG. Clinical problem-solving. A sharp turn right. *N Eng J Med.* 2006;355:500–5. doi: 10.1056/NEJMcps052000.
5. Субботин В.М. Российский медицинский журнал, 2000, N3.-С.42–45.  
*Subbotin V.M. Russian medical journal, 2000, no. 3, pp.42–45.*
6. Osler T, Stackhouse CL, Dietz PA, Guiney WB. Perforation of the colon by ingested chicken bone leading to diagnosis of carcinoma of the sigmoid. *Dis Colon Rectum.* 1985;28:177–9.
7. Wunsch M, Nagy GC, Merkle N. Detection of an asymptomatic sigmoid carcinoma after extramural foreign body perforation. *Chirurg.* 1996;67:766.
8. Stiefel D, Muff B, Neff U. Intestinal foreign body with sigmoid perforation in an area of carcinomatous stenosis: incidental finding or etiology. *Swiss Surg.* 1997;3:100–3.
9. Vardaki E, Maniatis V, Chrisikopoulos H, et al. Sigmoid carcinoma incidentally discovered after perforation caused by an ingested chicken bone. *Am J Roentgenol.* 2001;176:153–4.