



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-220-12-189-193>

Клиническое наблюдение редкого осложнения болезни Крона

Маркова А. А., Кашкина Е. И., Апаркина А. В., Дорогойкина К. Д.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет» им. В. И. Разумовского Минздрава России, (ул. Большая Казачья, 112, г. Саратов, 410012, Россия)

Для цитирования: Маркова А. А., Кашкина Е. И., Апаркина А. В., Дорогойкина К. Д. Клиническое наблюдение редкого осложнения болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;220(12): 189–193. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-220-12-189-193

✉ Для переписки:

Маркова

Анна

Александровна

markova-ann

@yandex.ru

Маркова Анна Александровна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии

Кашкина Елена Игоревна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии

Апаркина Алена Васильевна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии

Дорогойкина Ксения Дмитриевна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии

Резюме

Актуальность изучения различных аспектов болезни Крона обусловлена высокой распространенностью заболевания, недостаточным пониманием этиопатогенеза, часто возникающей необходимостью оперативных вмешательств, тяжелым течением с развитием осложнений.

В статье представлен клинический случай поздней диагностики болезни Крона с развитием редко встречающихся урологических осложнений заболевания. Разнообразие осложнений болезни Крона с вовлечением различных органов и систем диктует необходимость мультидисциплинарного подхода к таким пациентам, привлечения специалистов разного профиля с целью более быстрого установления диагноза и назначения эффективного лечения.

Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, пиелэктазия, гидроцеле

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical observation of a rare complication of Crohn's disease

A. A. Markova, E. I. Kashkina, A. V. Aparkina, K. D. Dorogoykina

Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, (Saratov, 410012, Russia)

For citation: Markova A. A., Kashkina E. I., Aparkina A. V., Dorogoykina K. D. Clinical observation of a rare complication of Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;220(12): 189–193. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-220-12-189-193

✉ Corresponding author:

Anna A. Markova

markova-ann

@yandex.ru

Markova Anna A., Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of the Internal Medicine Department;

ORCID: 0000-0001-8561-2214

Elena I. Kashkina, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Internal Medicine Department; ORCID: 0000-0003-4347-9974

Alena V. Aparkina, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of the Internal Medicine Department;

ORCID: 0000-0001-8463-2379

Kseniya D. Dorogoykina, Candidate of Medical Sciences, Assistant Lecturer of the Internal Medicine Department;

ORCID: 0000-0003-1765-2737

Summary

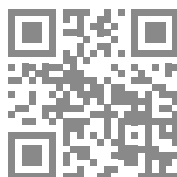
The relevance of studying various aspects of Crohn's disease is due to the high prevalence of the disease, insufficient understanding of etiopathogenesis, the frequent need for surgical interventions, severe course with the development of complications. The article presents a clinical case of late diagnosis of Crohn's disease with the development of rare urological complications of the disease.

The variety of complications of Crohn's disease involving various organs and systems dictates the need for a multidisciplinary approach to such patients, involving specialists of various profiles in order to more quickly establish a diagnosis and prescribe effective treatment.

Keywords: Crohn's disease, inflammatory bowel diseases, pyelectasia, hydrocele

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

EDN: ETMPLW



Введение

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

Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек. Данные о распространенности БК в Российской Федерации ограничены. Распространенность БК выше в северных широтах и на Западе. Пик заболеваемости отмечается в возрасте 20–30 лет. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин [1].

БК характеризуется поражением любого отдела ЖКТ и не имеет способов полного излечения.

Большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ. По данным мировой литературы, около 50% пациентов с БК нуждаются в хирургическом лечении в течение первых десяти лет от дебюта заболевания. Самыми частыми показаниями к срочной операции служат такие осложнения, как кишечная непроходимость или наличие инфильтрата в брюшной полости. Даже при полном удалении всех макроскопически измененных отделов кишечника хирургическое вмешательство не приводит к полному выздоровлению: в течение пяти лет клинически значимый рецидив отмечается у 28–45% пациентов, а в течение десяти лет – у 36–61%, что диктует необходимость назначения или продолжения противорецидивной терапии после операций по поводу БК [2].

Клиническое наблюдение

Пациент К. 23 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение ГУЗ

«Областная клиническая больница» (г. Саратов) в феврале 2022 г. с жалобами на жидкий стул до 2 раз в день без патологических примесей, ощущаемое уплотнение и дискомфорт в правой подвздошной области, общую слабость.

Из анамнеза известно, что с 17 лет (2016 г.) беспокоили запоры, дискомфорт в нижних отделах живота. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал спазмолитики с временным эффектом.

В 2019 г. по поводу болей в правой подвздошной области выполнена аппендэктомия, после которой чувствовал себя удовлетворительно, за медицинской помощью не обращался.

В июне 2021 г. вне связи с чем-либо стала беспокоить боль в области прямой кишки, выделение из нее гноя, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Обратился в стационар по месту жительства, диагностирован парапроктит, выполнено хирургическое лечение. После операции чувствовал себя удовлетворительно, боли в прямой кишке и животе не беспокоили.

В сентябре 2021 г. вновь появилась ноющая, периодическая – спастического характера боль в левой половине живота, повысилась температура тела до 37,3°C. Обратился к терапевту по месту жительства. От колоноскопии отказался. Врачом выставлен диагноз хронического недифференцированного колита, назначено лечение сульфасалазином в суточной дозе 1,5 г/сут. К октябрю боль распространилась на правую половину живота, отмечалось периодическое повышение температуры тела до 37,7°C, появилось и стало прогрессировать уменьшение количества мочи, увеличение мошонки.

В конце сентября 2021 г. пациент обратился в урологическое отделение 8 ГKB (г. Саратов). Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, при котором выявлены признаки каликопиелоза справа (расширение чашечек правой почки до 10 мм, лоханки до 19 мм). Остальные

показатели – в пределах нормы. Был госпитализирован с диагнозом: Мочекаменная болезнь. Камень правого мочеточника. По результатам обследования: в общем анализе крови – незначительный лейкоцитоз (лейкоциты $9 \times 10^9/\text{л}$); анемия легкой степени (гемоглобин 110 г/л, MCV 80 фл, MCH 324 г/л, MCHC 25 пг/мл); ускорение СОЭ 20 мм/ч. Биохимические показатели крови: альбумин 36 г/л, АЛТ 72 ед/л; остальные показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи, проба Нечипоренко – результаты в пределах референсных значений. УЗИ почек в динамике – сдавление в нижней трети правого мочеточника, нарушение оттока мочи из правой почки. УЗИ мочевого пузыря: объем 80 мл, стенка мочевого пузыря 4 мм, нормальной плотности, просвет анэхогенный, устья мочеточников свободны. При УЗИ предстательной железы патологии не выявлено. УЗИ мошонки: признаки гидроцеле справа, умеренные диффузные изменения в правом придатке. Внутривенная урография: контуры почек четкие, ровные; выделительная функция почек сохранена; умеренное расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) справа и стаз в нижней трети правого мочеточника. ЧЛС слева и левый мочеточник не расширены. Заключение: конкремент нижней трети правого мочеточника. Пиелокаликозэкстазия справа.

На фоне терапии спазмолитиками (дротаверин), анальгетиками (кеторол), антибактериальными препаратами (амикацин 2 гр в сутки 5 дней) самочувствие пациента несколько улучшилось, снизилась температура тела до нормальных значений, однако продолжали беспокоить боли в правой подвздошной области.

Выполнено УЗИ органов брюшной полости: в подвздошной области справа неоднородное гипоехогенное образование 59*47 мм без наличия кровотока с гиперэхогенным участком по периферии толщиной 10 мм. Заподозрена болезнь Крона, осложненная инфильтратом брюшной полости со сдавлением правого мочеточника, яичковых сосудов. Пациент переведен в проктологическое

отделение. Выполнена ректороманоскопия: геморроидальные узлы с гиперемированной слизистой до 6 мм, по задней стенке анального канала дефект слизистой до 6 мм с плотными краями; биопсия слизистой оболочки сигмовидной кишки – воспалительная инфильтрация гиперплазированными лимфоидными фолликулами с эрозированной слизистой над фолликулами. Выполнена КТ органов брюшной полости: справа в подвздошной области инфильтрация жировой клетчатки, на протяжении 40 мм в данной области тонкая кишка с утолщением стенки до 7 мм, ЧЛС правой почки расширена, лоханка 13 мм, конкрементов в мочевыводящей системе нет. Кишечные петли на остальном протяжении не расширены, стенка не изменена. Параректально справа в жировой клетчатке на протяжении 5 см фиброзный тяж. Свободной жидкости, увеличения лимфатических узлов в брюшной полости не выявлено. Выставлен диагноз: Болезнь Крона слепой кишки. Инфильтрат правой подвздошной области. Хроническая анальная трещина. Свищ анального канала. Начато лечение месалазином 1,5 г/сут per os, свечами с месалазином утром и вечером, спазмолитиками. На фоне лечения в отделении отмечалась положительная динамика в виде купирования острой задержки мочи, разрешения водянки яичка. При КТ органов брюшной полости в динамике отмечалось уменьшение объема инфильтрата, тенденция к его разрешению. Пациент выписан на амбулаторный этап с рекомендациями применения месалазина per os и per rectum. Однако на фоне лечения сохранялось уплотнение в правой половине живота, жидкий стул до 2 раз в сутки, общая слабость. В феврале 2022 г. пациент госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГУЗ «Областная клиническая больница» с вышеописанными жалобами для дообследования и лечения.

При объективном обследовании состояние пациента средней степени тяжести. Рост 170 см, вес 60 кг, ИМТ 21 кг/м². Температура тела 36,8°C. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые оболочки обычного цвета. Периферические лимфоузлы, щитовидная железа не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Границы сердца в пределах нормы, при аускультации тоны ясные, ритмичные. Пульс 80 уд. в минуту, артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. Грудная клетка правильной конфигурации. Над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Перкуторно ясный легочный звук. Язык обложен у корня белым налетом, влажный. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется инфильтрат до 6–7 см в диаметре. Рубец после аппендэктомии без признаков воспаления, наружных свищей нет. Печень и селезенка не пальпировались. При перкуссии их размеры в пределах нормы. Стул до 2–3 раз в сутки, кашицеобразный (Тип 6 по Бристольской шкале), с небольшим количеством слизи. Тенезмы отсутствовали. Моча желтая, прозрачная, мочеиспускание безболезненное. Мошонка справа обычных размеров.

При обследовании в общем анализе крови патологических изменений не выявлено: эритроциты $5,3 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 129 г/л; тромбоциты $315 \cdot 10^9/л$; гематокрит 41%; лейкоциты $5,3 \cdot 10^9/л$, СОЭ 5 мм/ч. В биохимическом анализе крови: СРБ 6,9 мг/л; общий белок 75,2 г/л; альбумин 44,6 г/л; мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин 102,8 мкмоль/л; глюкоза 4,9 ммоль/л; холестерин 2,2 ммоль/л; билирубин общий 10,3 мкмоль/л; прямой билирубин 1,6 мкмоль/л; АСТ 14,0 Е/л; АЛТ 18,9 Е/л; ГГТП 13,5 Е/л; липаза 29,0 Е/л; щелочная фосфатаза 93,1 Е/л; панкреатическая амилаза 39,3 Е/л; железо 2,8 мкмоль/л. Коагулограмма, электролитный состав – без патологии. Комплекс серологических реакций на сифилис – отрицательный. Иммунологические исследования крови: antiВИЧ, HBs-Ag, anti-HCV – не обнаружены. Общий анализ мочи без патологии. В копрограмме – до 20 лейкоцитов в п/з, остальные показатели в пределах нормы. Фекальный кальпротектин – 800 мкг/гр. УЗИ органов брюшной полости: печень: ПЗР ПД 100 мм, ЛД 67 мм; структура: однородная; эхогенность: обычная; состояние сосудистой системы: в норме; состояние желчных протоков: не расширены, стенки не изменены, контуры ровные, углы сохранены. Желчный пузырь: 90x21 мм; форма: овальная; стенка: 2 мм; в просвете: без патологических включений; холедох: не расширен. Поджелудочная железа: размеры: головка 20 мм, тело 9 мм, хвост 17 мм; структура: однородная; эхогенность: не изменена; контуры: четкие; вирсунгов проток: не визуализируется. Селезенка: 108x42x68 мм; структура: однородная. Заключение: в правой подвздошной области визуализируется участок кишки протяженностью 72 мм, толщина стенки 5–8 мм (воспалительные изменения?).

Пассажи бариевой взвеси по тонкому кишечнику: во все этапы исследования равномерно заполнены контрастом двенадцатиперстная кишка, все петли тощей и подвздошной кишок. Положение петель всех отделов обычное. До дистального отдела подвздошной кишки стенки эластичные, ригидных суженных и расширенных участков, а также патологических уровней с бариевой взвесью не выявлено. На сократившихся участках остаются вкрапления бариевой взвеси. Дистальная петля подвздошной кишки на протяжении 12 см деформирована, контуры неровные, бахромчатые. Складки слизистой оболочки деформированы, прослеживается картина «булыжной мостовой». Терминальный отдел дистальной петли сужен на протяжении 2 см с диаметром 0,2 см. Непосредственно перед сужением в дистальной петле подвздошной кишки определяются радиально отходящие короткие свищевые ходы длиной до 0,9 см максимально. В толстую кишку контраст начал поступать через 5 часов от начала исследования. В слепой и восходящей отделах толстой кишки определяется суженный участок с неровными контурами на протяжении 5 см, диаметром 0,3 см. Заключение: Болезнь Крона с поражением дистального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей петель толстой кишки, стриктурирующая, свищевая форма.

Илеоколоноскопия: аппарат заведен до купола слепой кишки. Баугиниева заслонка деформирована, плотная, участки с наложением фибрина,

не смыкается, ориентирована в просвет купола слепой кишки. Аппарат завести в тонкую кишку не удалось. Биопсийные щипцы заведены в подвздошную кишку. Биопсия (цитология + гистология). Устье червеобразного отростка «выбухает» в просвет слепой кишки в виде полиповидного образования. Биопсия (гистология). Просвет слепой, восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей ободочной, сигмовидной, прямой кишки: несколько сужен, равномерный. Сигмовидная кишка делает дополнительное петлеобразование. Качество подготовки кишки: 7 баллов (3–2–2) по Бостонской шкале. В просвете осмотренных отделов толстой кишки содержится повышенное количество мутной остаточной жидкости; стенки кишки чистые. Складки всех отделов толстой кишки рельефны, расправляемы, невысокие; расстояние между ними обычное. Перистальтика в норме. Слизистая правых отделов ярко – розовая. Слизистая левых отделов гиперемирована, мелкие единичные эрозии в виде звездочек 0,3 x 0,3 см с налетом фибрина, гиперемией и точечными кровоизлияниями вокруг. Биопсия (гистология). Сосудистый рисунок сохранен. Патологических образований в толстой кишке нет. Заключение: Болезнь Крона? Язвенный колит? Долихосигма.

Цитологическое исследование со слизистой оболочки подвздошной кишки: пласты цилиндрических клеток с реактивными изменениями, выраженная лимфоидная инфильтрация, нейтрофильные лейкоциты 0–5 в п/зр. Гистологическое исследование слизистой подвздошной кишки: в слизистой поверхностные эрозии, фиброз. Гранулемы не выявлены. Гистологическое исследование устья червеобразного отростка: слизистая толстой кишки с очагами некроза, выраженной лимфоцитарной и плазмоцитарной инфильтрацией, гранулем нет. Гистологическое исследование слизистой поперечного отдела толстой кишки: структура железистого эпителия не изменена. В строме лимфоцитарная инфильтрация. Гранулем нет.

При КТ органов брюшной полости: инфильтративные изменения в правой подвздошной области с вовлечением терминального отдела подвздошной кишки, слепой кишки и распространением на восходящую ободочную кишку.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований выставлен диагноз:

Обсуждение и заключение

В данном случае имеет место поздняя диагностика БК (диагноз установлен спустя шесть лет от начала появления первых клинических симптомов) на стадии развития осложнений. Ведущим осложнением, по поводу которого пациент попадает в урологический стационар, явилось формирование инфильтрата брюшной полости со сдавлением мочеточника, яичковых сосудов с развитием пиелозектазии и гидроцеле справа.

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (2020 г.), к наиболее частым осложнениям

Основное заболевание: Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей, сигмовидной, прямой кишки, стриктурирующая, пенетрирующая форма, непрерывно рецидивирующее течение, средней активности (индекс Беста 346) с перианальными поражениями (свищ анального канала, анальная трещина). Долихосигма. Геморрой 1 ст. Анемия легкой степени.

Осложнения: Инфильтрат брюшной полости со сдавлением мочеточника справа. Водянка правого яичка.

Пациенту назначены: преднизолон 40 мг/сут с последующим снижением дозы до полной отмены по схеме; азатиоприн 100 мг/сутки, месалазин 3 г в сутки per os, свечи с месалазином 1 г/сут per rectum, метронидазол 1,5 г/сут 10 дней. На амбулаторном этапе рекомендовано пройти ряд обследований, необходимых для индукционной терапии биологическими препаратами. Несмотря на проводимую терапию, заболевание прогрессировало, последовал ряд хирургических вмешательств: вскрытие и дренирование гнойника правой подвздошной области в мае 2022; чрескожная лечебно-диагностическая пункция абсцесса в брыжейке подвздошной кишки под УЗ-контролем в августе 2022; ревизия анального канала, иссечение свища, вскрытие и дренирование затека, проведение дренирующей латексной лигатуры (1 этап лечения) в сентябре 2022; создание сфинктера из поперечно-полосатых мышц с реконструкцией запирающего аппарата прямой кишки, иссечение свища с ликвидацией внутреннего свищевого отверстия латеральным лоскутом (2 этап лечения) в апреле 2023 года; лапароскопически-ассистированная резекция илеоцекального отдела кишечника с формированием илео-асцендо анастомоза в мае 2023 года.

С февраля 2023 года начато лечение ведолизумабом 300 мг в/в каждые 8 недель, азатиоприн продолжен в дозе 100 мг в сутки. По настоящее время пациент находится под наблюдением гастроэнтеролога кабинета воспалительных заболеваний кишечника, самочувствие удовлетворительное, показатели общего анализа крови, биохимических показателей, СРБ, коагулограммы, копрограммы в пределах нормы, снизился уровень фекального кальпротектина до 300 мкг/г.

БК относят: наружные свищи (кишечно-кожные), внутренние свищи (межкишечные, кишечно-пузырные, ректо-вагинальные), инфильтрат брюшной полости, межкишечные или интраабдоминальные абсцессы, стриктуры ЖКТ (с нарушением кишечной проходимости и без таковой), анальные трещины, парапроктит (при аноректальном поражении), кишечное кровотечение (редко) [1]. Урологические осложнения не относятся к часто встречающимся при БК. При анализе литературы встретились статьи, освещающие урологические проявления и осложнения БК [3, 4], в том числе

клинический случай осложненного течения с формированием инфильтрата брюшной полости со сдавлением правого мочеточника и развитием пиелозктазии справа [2]. Обструкция мочевыводящих путей при БК по данным публикаций встречается в 1,9–6% случаев [5, 6].

Частоту развития гидроцеле при БК в доступной литературе нам найти не удалось. По-видимому, сдавление инфильтратом правого мочеточника встречается в клинической практике чаще, чем сдавление яичковых сосудов с развитием гидроцеле.

Учитывая неблагоприятный фенотип заболевания в представленном клиническом наблюдении, отсутствие эффекта от цитостатической, противовоспалительной терапии, осложненное течение,

многочисленные хирургические вмешательства, наличие высокого риска послеоперационного рецидива заболевания, была начата биологическая терапия, что позволило избежать дальнейшего прогрессирования заболевания.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует осложненное течение БК с развитием инфильтрата брюшной полости, сдавлением правого мочеточника и правых яичковых сосудов, что послужило причиной госпитализации пациента в урологический стационар. Урологические осложнения БК являются достаточно редкими в клинической практике и требуют мультидисциплинарного подхода к таким пациентам с целью скорейшего установления диагноза и назначения эффективной современной терапии.

Литература | References

1. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Abdulganieva D.I. et al. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of Crohn's disease in adults (project). *Coloproctology*. 2020; (2): 8–38. (In Russ.) doi: 10.33878/2073–7556–2020–19–2–8–38.
Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Абдулганиева Д.И. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (проект). *Колопроктология*. 2020; (2): 8–38. doi: 10.33878/2073–7556–2020–19–2–8–38.
2. Fadeeva N.A., Knyazev O.V., Danilov M.A. et al. A clinical case of a complicated course of Crohn's disease. *Effective pharmacotherapy*. 2021; (16): 62–68. (In Russ.) doi: 10.33978/2307–3586–2021–17–16–62–68
Фадеева Н.А., Князев О.В., Данилов М.А. и др. Клинический случай осложненного течения болезни Крона. *Эффективная фармакотерапия*. 2021; (16): 62–68. doi: 10.33978/2307–3586–2021–17–16–62–68
3. Taoufik Elabbassi, amine Bachar, Aziz Moufakkir et al. Particularities of urological complications in Crohn's disease: Report of two cases. *Annals of Medicine & Surgery*. 2022; Jun6;79:103903. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103903.
4. Marcus Harbord, Vito Annese, Stephan R. Vavricka et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2016; 239–254. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv213.
5. Massimo Tonolini, Chiara Villa, Alessandro Campari et al. Common and unusual urogenital Crohn's disease complications: spectrum of cross-sectional imaging findings. *Abdom Imaging*. 2013; Feb;38(1):32–41. doi: 10.1007/s00261–012–9876–4.
6. Sato S., Sasaki I., Naito H. et al. Management of urinary complications in Crohn's disease. *Surg Today*. 1999; 29(8):713–7. doi: 10.1007/BF02482314.