



О. А. Повч¹, С. О. Ребенков³,
О. В. Ковальчук²,
О. Б. Біляков-Бельський¹,
В. М. Сидоренко¹,
Р. О. Марценюк²,
А. В. Азаренков²

¹Національний медичний
університет імені
О. О. Богомольця,

²КНП КМКЛ№12

³Національна дитяча
спеціалізована лікарня
«Охмадит» МОЗ України

© Колектив авторів

РІДКІСНЕ УСКЛАДНЕННЯ ХВОРОБИ КРОНА ІЗ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ В ЗДУХВИННІЙ КИШЦІ У ВИГЛЯДІ ПОШИРЕННЯ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПЕРЕДНЮ ЧЕРЕВНУ СТІНКУ З ФОРМУВАННЯМ АБСЦЕСУ ТА РОЗКРИТТЯМ ЙОГО В ПУПОК

Реферат. *Мета дослідження.* Показати рідкісний варіант клінічного перебігу ускладнення хвороби Крона (ХК). Провести аналіз анамнестичних даних, симптомів, клінічних проявів, передопераційної діагностики, особливостей виконання оперативного втручання, ведення післяопераційного періоду та результатів гістологічного дослідження у пацієнта з ХК, що мав ускладнення у вигляді переходу запалення із стінки здухвинної кишки на передню черевну стінку з формуванням абсцесу, розкриттям його в пупок та утворенням нориці.

Матеріал і методи. Проведений аналіз випадку ускладненого перебігу ХК, що проявився переходом запалення із здухвинної кишки на передню черевну стінку, формуванням абсцесу, проривом його в пупок і утворенням нориці в пупковій ділянці. Дане ускладнення виявлене тільки після виконання ургентної комп'ютерної томографії органів черевної порожнини та малої миски (КТОЧПММ).

Результати. Хворий, не дивлячись на скарги в анамнезі, виконання апендектомії, при якій видалений відросток не зовсім відповідав клінічним проявам та даним КТОЧП, при якій підозрювали ХК, не завершив обстеження, не був консультований гастроентерологами й хірургами-проктологами. Госпіталізований ургентно із клінікою, схожою на гострий гнійний омфаліт. Тільки ретельний збір анамнезу та виконання невідкладної КТОЧПММ дозволили запідозрити наявність у пацієнта ускладненого перебігу ХК. Це дозволило спрогнозувати хід оперативного втручання, виконати правобічну геміколектомію із висіченням змінених тканин передньої черевної стінки та ушиванням рани у вигляді лапаростоми. Стан хворого покращився, він був виписаний із стаціонару.

Висновки. Пацієнти, із підозрою на ХК, повинні знаходитися під наглядом й лікуватись у гастроентерологів та хірургів-проктологів. Ретельний збір анамнезу у хворих даної групи та виконання екстреної КТОЧПММ дозволило встановити вірний діагноз у передопераційному періоді.

Ключові слова: хвороба Крона з абдомінальним ускладненням, абсцедування в пупок, нориця в пупковій ділянці, лапаростома, ургентна комп'ютерна томографія органів черевної порожнини та малої миски.

Вступ

Хвороба Крона (ХК) — це запальне захворювання, яке може уражати різні відділи шлунково-кишкового тракту і зустрічається в 0,1 % хворих. Хірургічних втручань потребують приблизно 70 % пацієнтів із ХК [1]. За характером перебігу ХК протікає у вигляді запалення стінки кишківника, стриктури просвіту чи формування нориці. Кожна із цих форм, може переходити одна в одну [2]. У всьому світі на момент

постановки діагнозу ХК 19–38 % пацієнтів мають ускладнення.

Через 10 років ускладнення виникають у 56–65 % хворих, через 20 років ці цифри складають 61–88 % [3]. 55 % пацієнтів із ХК — чоловіки, а у 36,8–50 % хворих — спостерігається ілеоколічна локалізація патологічного процесу. Хірургічне втручання при ХК — нестандартне завдання, направлене не на лікування, а на ліквідацію проблем, спричинених патологією. ХК — за-



хворювання-загадка з непередбачуваним перебігом [4].

У доступній літературі ми не знайшли інформації про клінічні випадки ускладнення ХК у вигляді переходу запалення із стінки здухвинної кишки на передню черевну стінку з формуванням абсцесу, розкриттям його в пупок та утворенням нориці.

Таким чином, ХК є дуже складною патологією у хірургічній гастроентерології, а питання тактики лікування гострих абдомінальних ускладнень даної патології далекі від повноцінного вирішення.

Мета досліджень

Показати рідкісний варіант клінічного перебігу ускладнення ХК у загально хірургічному стаціонарі. Провести аналіз анамнестичних даних, симптомів, клінічних проявів, передопераційної діагностики, особливостей виконання оперативного втручання, ведення післяопераційного періоду та результатів гістологічного дослідження у пацієнта з ХК, що мав ускладнення у вигляді переходу запалення із стінки здухвинної кишки на передню черевну стінку з формуванням абсцесу, розкриттям його в пупок та утворенням нориці.

Матеріали та методи досліджень

Представлений клінічний випадок спостереження ускладненого перебігу ХК у пацієнта Г., 30 років. У процесі перебування хворого з ускладненим перебігом ХК у Київському міському центрі з надання невідкладної допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами використовувались загальноклінічні (загальний аналіз крові з формулою (ЗАКФ), загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, дослідження коагулограми, визначення цукру крові, посів вмісту гнійника черевної порожнини на визначення виду бактеріальної флори та чутливості її до антибіотиків, електрокардіографія) та спеціальні інструментальні методи досліджень (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗДОЧП), мультиспіральна комп'ютерна томографія органів черевної порожнини та малої миски (МСКТ ОЧПММ)).

Ургентна спіральна комп'ютерна томографія з товщиною зрізу 2 мм виконувалась на 4-зрізовому комп'ютерному томографі «Asteion super 4» фірми Toshiba (Японія).

Клінічні і патогенетичні особливості перебігу хвороби Крона оцінювали за Монреальською класифікацією (Монреаль, 2005) [5].

Результати досліджень та їх обговорення

Хворий госпіталізований ургентно зі скаргами на наявність значного ущільнення, вира-

женої болісності, гіперемії у пупковій області, підвищення температури тіла до 38,0 °С.

Хворіє приблизно 5–6 днів, за медичною допомогою не звертався. Перші дні відмічав підвищення температури тіла до 39,0 °С. При первинному огляді – у пупковій області болісний інфільтрат 8,0×8,0 см, шкіра – різко гіперемована, набрякла. У центрі пупка – вихідний отвір гнійника, без перфорації шкіри. В інших ділянках – живіт без особливостей.

Клінічний аналіз крові: гемоглобін 127 г/л, лейкоцити – 12×10^9 /л (паличкоядерні нейтрофіли – 14). Попередній діагноз: гострий гнійний омфаліт?

При ретельному збиранні анамнезу вдалось з'ясувати, що 1,5 роки тому хворому виконана лапароскопічна апендектомія із дренажуванням черевної порожнини з приводу нібито деструктивного апендициту (виписок немає). Хворий перебував у лікарні більше тижня, отримував протягом всього часу антибіотики.

Однак, оперуючий хірург запідозрив запальне захворювання кишківника і направив пацієнта для виконання МСКТ органів черевної порожнини. Під час цього дослідження запідозрено ХК. Дотепер хворий більше не обстежувався й не лікувався. Іноді відмічав гурчання в череві, періодичні послаблення стула (до 4–5 разів на добу), які пов'язував із порушенням дієти.

Зважаючи на анамнестичні та клінічні дані, у хворого запідозрено ускладнений перебіг ХК. Виконання УЗД органів черевної порожнини для встановлення переконливого кінцевого діагнозу повноцінних даних не дало. Вночі абсцес у пупковій області розкрився, виділилось до 50,0 мл гною, при цьому температура тіла знизилася до 37,3 °С.

Наступного ранку виконано ургентне КТ дослідження, яке виявило розповсюджені набряково-запальні зміни здухвинної кишки, стінка якої залучена в запальний інфільтрат з рідинним скупченням та формуванням нориці на шкіру пупкової ділянки.

Мають місце набрякові/тяжисті зміни оточуючої клітковини та інфільтративні зміни передньої черевної стінки. Простежуються поодинокі реактивно збільшені до 5–7 мм мезентеріальні лімфатичні вузли (рис. 1–3).

Заключення: КТ-картина термінального ілеїту, інфільтративні зміни жирової клітковини на рівні пупка з абсцедуванням та формуванням нориці пупкової ділянки, дані свідчать про хворобу Крона.

Оперативне втручання під ЕТН: серединно-нижньо-серединна лапаротомія із висіченням інфільтрованої і гіперемованої шкіри у пупковій ділянці. У черевній порожнині виявлено конгломерат петель тонкого кишківника і сліпої кишки, які щільно підпаяні до парієтальної

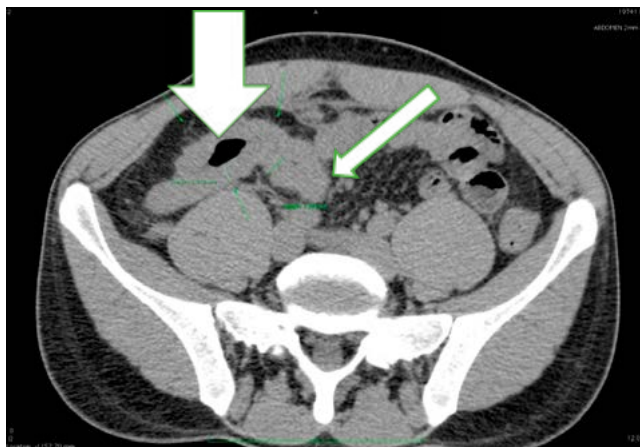


Рис. 1. МСКТ ОЧПММ (ургентне). Потовщення стінок здухвинної кишки, тяжистість/гіперемія білякишкового жиру — симптом «гребінця» (товста стрілка). Ущільнення очеревини та заочеревинного жиру в пупковій області (тонка стрілка)



Рис. 2 МСКТ ОЧПММ (ургентне). Інфільтрат, пов'язаний зі стінкою ураженої здухвинної кишки з наявністю рідинного скупчення та включеннями газу, що прямує в напрямку пупка, проникаючи через шари черевної стінки (стрілка)



Рис. 3 МСКТ ОЧПММ (ургентне). Формування норичі на шкіру пупкової ділянки (стрілка)

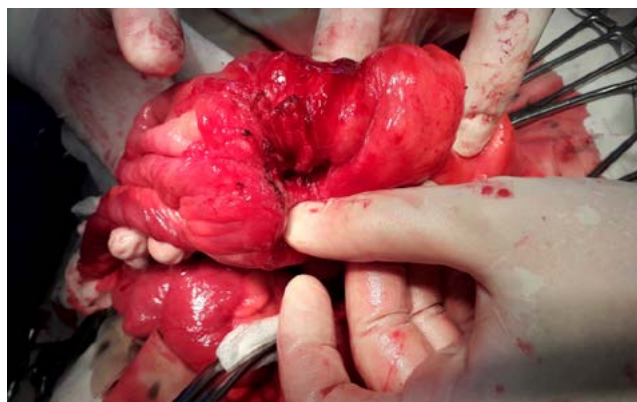


Рис. 4 Оперативне втручання. Місце роз'єднання запального конгломерату термінального відділу тонкого кишківника та передньої черевної стінки в пупковій області

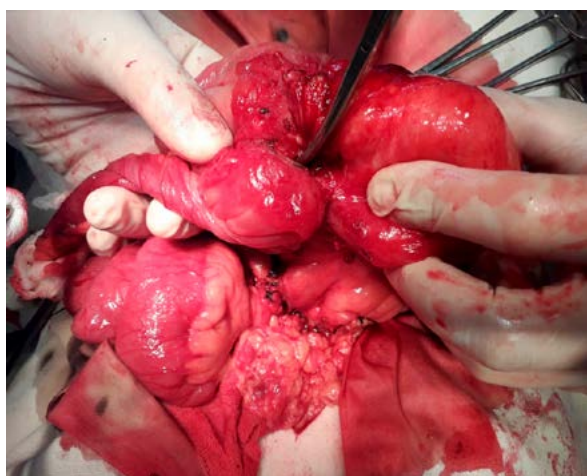


Рис 5. Оперативне втручання. Ділянка сліпої та термінального відділу тонкої кишки уражена патологічним процесом

очеревини. Поетапно петлі кишківника відділені від черевної стінки.

Виявлено кратероподібне утворення стінки термінального відділу тонкої кишки 5,0×4,0 см із вираженим стенозуванням просвіту, значною інфільтрацією стінки та брижі, що поширюється від сліпої і на 20–25 см вздовж тонкого кишківника (рис. 4–5).

В даних умовах виконано правобічну геміколектомію із накладанням ілеотрансверзоанастомозу «бік» у «бік».

Виконано висічення змінених (інфільтрованих тканин) парієтальної очеревини, листків піхви та волокон прямого м'язу черева, ураженого патологічним процесом. Черевна порожнина ушита у вигляді лапаростоми (рис. 6).



Рис. 6. Завершення оперативного втручання. Ушивання післяопераційної рани у вигляді накладання лапаростоми

Післяопераційний період протікав без особливостей. Отримував стандартне лікування (антибіотики, знеболюючі, спазмолітики). Виписаний із стаціонару через 6 дів. Через 14 днів зняті лапаростомічні шви, рана загоїлась первинним натягненням.

Гістологічне дослідження тканини тонкої та сліпої кишки): у стінці тонкої кишки та товстої кишки спостерігаються ділянки з щілеподібними виразками, запальною інфільтрацією слизової та підслизової оболонки, місцями – всіх шарів стінки кишки, виражена гіперплазія лімфоїдної тканини. Краї резекції тонкої та товстої кишок мають нормальну будову. У регіонарних лімфатичних вузлах фолікулярна гіперплазія.

Заключення: морфологічні дані, характерні для хвороби Крона з ураженням тонкої та товстої кишок.

Протягом спостереження впродовж 3 місяців стан хворого задовільний. Почуває себе добре. Проносів нема. Знаходиться під наглядом гастроентерологів, однак від детального обстеження і можливого призначення прийому спеціальних препаратів відмовився.

Висновки

1. Перехід запального процесу із стінки здувниної кишки на передню черевну стінку із формуванням абсцесу, розкриттям його в пупок і утворенням нориці при ХК – дуже рідке ускладнення даної патології, що може нагадувати гострий гнійний омфаліт і спричиняти помилки в діагностуванні та вирішенні питання про характер оперативного втручання.

2. Хворі з подібними клінічними проявами потребують ретельного збору анамнезу та виконання додаткових передопераційних методів дослідження для вчасної і правильної діагностики та виконання адекватного оперативного втручання.

3. Пацієнти, що перенесли апендектомію, при невідповідності клінічних та інтраопераційних даних, повинні бути ретельно обстежені і при виявленні ХК перебувати під наглядом гастроентерологів та хірургів-проктологів із відповідними сучасними схемами лікування.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Shaffer VO, Wexner SD. Surgical management of Crohn's disease. *Langenbecks Arch Surg.* 2013;398(1):13-27.
2. Louis E. Epidemiology of the transition from early to late Crohn's disease. *Dig Dis* 2012;30(4):376-9.
3. Sakurai KC, Scanavini NA, Queiroz NS, Horvat N, Camargo MG, Borba MR, et al. Abdominal Surgery in Crohn's Disease: Risk Factors for Complications. *Inflammatory Intestinal Diseases*;2021.6:18–24. DOI: 0.1159/000510999.
4. Радченко ОМ. Сучасні підходи до діагностики та лікування запальних хвороб товстої кишки в практиці лікаря загальної практики. Газета «Здоров'я України». Квітень, 2021;8(501):54-57.
5. Lichtenstein GR, Shahabi A, Seabury SA, Lakdawalla D, Espinosa OD, Green SB, Brauer MB, Baldassano RN. Complications of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Understanding the Lifetime Risks. *The American Journal of Gastroenterology.* 2017;112:395-96.

REFERENCE

1. Shaffer VO, Wexner SD. Surgical management of Crohn's disease. *Langenbecks Arch Surg.* 2013;398(1):13-27.
2. Louis E. Epidemiology of the transition from early to late Crohn's disease. *Dig Dis* 2012;30(4):376-9.
3. Sakurai KC, Scanavini NA, Queiroz NS, Horvat N, Camargo MG, Borba MR, et al. Abdominal Surgery in Crohn's Disease: Risk Factors for Complications. *Inflammatory Intestinal Diseases*;2021.6:18–24. DOI: 0.1159/000510999.
4. Radchenko OM. Suchasni pidkhody do diahnostryky ta likuvannya zapalnykh khvorob товстої кышкы v praktytsi likaria zahalnoi praktyky. Hazeta «Zdorovia Ukrainy». Kvitenn, 2021;8(501):54-57 (In Ukr.).
5. Lichtenstein GR, Shahabi A, Seabury SA, Lakdawalla D, Espinosa OD, Green SB, Brauer MB, Baldassano RN. Complications of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Understanding the Lifetime Risks. *The American Journal of Gastroenterology.* 2017;112:395-96.



RARE COMPLICATION
OF CROHN'S DISEASE
WITH LOCALIZATION IN
THE INFLAMMATORY
INTESTINE IN THE
FORM OF THE SPREAD
OF INFLAMMATORY OF
THE PROCESS ON THE
ANTERIOR ABDOMINAL
WALL WITH FORMATION
ABSCCESS AND ITS
DISCLOSURE IN THE
NAVEL

*O. A. Povch, S. O. Rebenkov,
A. V. Kovalchuk,
A. B. Bilyakov-Belskiy,
V. M. Sidorenko,
R. O. Martsenyuk,
A. V. Azarenkov*

Summary. *The purpose of the study.* Show a rare variant of the clinical course of complications of Crohn's disease (CD). To analyze the anamnestic data, symptoms, clinical manifestations, preoperative diagnosis, features of surgery, postoperative period and the results of histological examination in a patient with CD who had complications in the form of transition of inflammation from the ileal wall to the anterior abdominal wall with abscess formation, opening it in the navel and the formation of a fistula.

Material and methods. An analysis of the case of a complicated course of CD, manifested by the transition of inflammation from the ileum to the anterior abdominal wall, the formation of an abscess, its breakthrough into the navel and the formation of a fistula in the umbilical region. This complication was detected only after urgent computed tomography of the abdominal cavity and small pelvis (CTACSP).

Results. The patient, despite the history of complaints, performed appendectomy, in which the removed appendix did not fully correspond to the clinical manifestations and data of CTACSP, in which CD was suspected, did not complete the examination, was not consulted by gastroenterologists and proctologists. He was urgently hospitalized with a clinic similar to acute purulent omphalitis. Only careful collection of the anamnesis and performance of urgent CTACSP allowed to suspect existence at the patient of the complicated course of CD. This allowed us to predict the course of surgery, perform a right hemicolectomy with excision of the altered tissues of the anterior abdominal wall and suturing the wound in the form of a laparostomy. The patient's condition improved, he was discharged from the hospital.

Conclusions. Patients with suspected CD should be monitored and treated by gastroenterologists and proctologists. Careful collection of anamnesis in patients of this group and the implementation of emergency CTACSP allowed to establish a correct diagnosis in the preoperative period.

Key words: *Crohn's disease with abdominal complication, abscess in the umbilicus, fistula in the umbilical region, laparostomy, urgent computed tomography of the abdominal cavity and small pelvis.*