© CC BY Коллектив авторов, 2021
 УДК 616.344-002-031.84-06:616.344-008.45-007.253
 DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-3-72-75

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОСЛОЖНЕННОЙ СТРИКТУРОЙ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ С ПЕНЕТРАЦИЕЙ И ОБРАЗОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНО-МОЧЕПУЗЫРНОГО СВИЩА

З. Х. Османов¹, О. Б. Щукина², В. П. Морозов¹, А. А. Каманин¹, П. И. Богданов¹,
 А. Ю. Корольков¹, А. А. Виниченко^{1*}, В. Г. Позднякова¹, М. И. Зайцева¹,
 А. Н. Демин¹, Е. Г. Ганич²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 31», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 05.12.2020 г.; принята к печати 12.07.2021 г.

Наблюдение из практики посвящено опыту междисциплинарного подхода в диагностике и варианту хирургического лечения пациента с осложненным течением болезни Крона на фоне формирования стриктуры терминального отдела подвздошной кишки, мочепузырно-тонкокишечного свища, пенетрации в брыжейку сигмовидной кишки.

Ключевые слова: болезнь Крона, хирургическое лечение, стриктура, диагностика

Для цитирования: Османов З. Х., Щукина О. Б., Морозов В. П., Каманин А. А., Богданов П. И., Корольков А. Ю., Виниченко А. А., Позднякова В. Г., Зайцева М. И., Демин А. Н., Ганич Е. Г. Междисциплинарный подход и этапность лечения пациента с болезнью Крона, осложненной стриктурой подвздошной кишки с пенетрацией и образованием тонкокишечно-мочепузырного свища. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2021;180(3):72–75. DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-3-72-75.

* **Автор для связи:** Анастасия Анатольевна Виниченко, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: Anastasia_30@live.ru.

INTERDISCIPLINARY APPROACH AND STAGED TREATMENT OF A PATIENT WITH CROHN'S DISEASE COMPLICATED BY STRICTURE OF THE ILEUM WITH PENETRATION AND THE FORMATION OF ENTEROVESICAL FISTULA

Zeinur Kh. Osmanov¹, Oksana B. Shchukina², Victor P. Morozov¹, Alexey A. Kamanin¹,
 Petr I. Bogdanov¹, Andrey Yu. Korol'kov¹, Anastasiia A. Vinichenko^{1*},
 Victorya G. Pozdnyakova¹, Margarita I. Zaytseva¹, Andrey N. Demin¹, Ekaterina G. Ganich²

¹ Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

² City Clinical Hospital № 31, Saint Petersburg, Russia

Received 05.12.2020; accepted 12.07.2021

An observation from practice was devoted to the experience of an interdisciplinary approach in the diagnosis and surgical treatment of a patient with complicated course of Crohn's disease against the background of the formation of a stricture of the terminal ileum, an enterovesical fistula, the penetration into the mesentery of the sigmoid colon.

Keywords: Crohn's disease, surgical treatment, stricture, diagnostics

For citation: Osmanov Z. Kh., Shchukina O. B., Morozov V. P., Kamanin A. A., Bogdanov P. I., Korol'kov A. Yu., Vinichenko A. A., Pozdnyakova V. G., Zaytseva M. I., Demin A. N., Ganich E. G. Interdisciplinary approach and staged treatment of a patient with Crohn's disease complicated by stricture of the ileum with penetration and the formation of enterovesical fistula. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2021;180(3):72–75. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-3-72-75.

* **Corresponding author:** Anastasiia A. Vinichenko, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: Anastasia_30@live.ru.

Введение. Болезнь Крона (БК) представляет одну из наиболее серьезных и нерешенных проблем в современной гастроэнтерологии, требующей постоянной дорогостоящей и не лишенной побочных эффектов терапии. Наряду с ростом осложненных форм течения данного заболевания, увеличивается и хирургическая активность. Хирурги экстренных и плановых стационаров вынуждены сталкиваться с такими осложнениями БК, как стриктуры тонкой и толстой кишки, пенетрации с образованием кишечных свищей в различные анатомические структуры [1]. Невозможность радикального излечения пациентов с БК, а также несовершенство методов хирургического лечения увеличивают риск развития послеоперационных осложнений, требующих в дальнейшем повторных хирургических вмешательств, приводящих к инвалидизации населения наиболее трудоспособного возраста [1, 2]. Таким образом, анализ литературы показывает, что выбор окончательного метода хирургического лечения той или иной формы осложнений БК требует дальнейшего его изучения. Остается пока ясным одно: подход к лечению данных больных должен быть мультидисциплинарным, с привлечением гастроэнтеролога, колопроктолога, анестезиолога, психотерапевта и врачей других специальностей для адекватного терапевтического ответа тем вызовам, которые ставит перед нами данное заболевание [3].

Остаются неизученными закономерности развития заболевания в зависимости от пенетрирующего и стриктурирующего типов воспаления, риск и прогноз развития осложнений, показания для одноэтапных и многоэтапных хирургических вмешательств [4, 5].

Цель исследования заключается в демонстрации междисциплинарного подхода в диагностике и варианте хирургического лечения пациента с осложненным течением болезни Крона.

Клиническое наблюдение. В клинику поступил пациент А., 19 лет, с жалобами на частое, болезненное, малыми порциями мочеиспускание до 25 раз в сутки с примесью кала, жидкий стул, боль над лоном. Индекс массы тела (ИМТ)=15,2. По результатам лабораторных исследований: антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА) класса IgG от 10.09.2018 г. 1:40 не обнаружено. Антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) класса IgA от 11.09.2018 г. 10,00 RU/ml (<20,00). Кальпротектин в кале от 11.09.2018 г. >2000,00>мкг/г.

Ирригоскопия – объемных образований, свищевых ходов толстой кишки нет. Имеются признаки рубцовой деформации слепой кишки. Фиброколоноскопия (ФКС) – купол слепой кишки деформирован за счет рубцово-язвенных изменений. Устье червеобразного отростка не визуализируется. Баугиниева заслонка рубцово изменена, сужена до 3–4 мм. Аппарат провести в подвздошную кишку не удалось. Слизистая в описанной области отечная, гиперемированная, рыхлая, с множественными сливными эрозивно-язвенными дефектами под фибрином. Определяются множественные «слепые» ходы.

На момент перевода на хирургическое отделение при цистоскопии и цистографии мочепузырно-тонкокишечный

свищ не функционирует. Консультирован урологом, у пациента анамнестически имелся пузырно-прямокишечный свищ, который на момент осмотра «закрылся».

По результатам гистологического исследования биоптата из толстой кишки, признаки воспалительного колита толстой кишки. Пациент был обследован по протоколу воспалительных заболеваний кишечника.

При магнитно-резонансной энтерографии (МРЭ) обнаружены воспалительные изменения, соответствующие болезни Крона (отек, инфильтрация, утолщенная стенка подвздошной кишки, подпаянная к правой стенке мочевого пузыря, которая также изменена). Длина пораженной подвздошной кишки – до 70 см от илеоцекального угла в проксимальном направлении. Данных за свищ между подвздошной и сигмовидной кишкой не получено.

После ряда лабораторно-инструментальных исследований установлен окончательный диагноз: «Болезнь Крона, илеоколит, пенетрирующая форма, прогрессирующее течение. Осложнение: стриктура терминального отдела подвздошной кишки, воспалительный инфильтрат (регрессировавший на фоне антибактериальной терапии), рецидивирующий энтеропузырный свищ. Внутренний неполный тонко-толстокишечный свищ».

Пациент обсужден на консилиуме с участием колопроктолога, гастроэнтеролога, специалистов ультразвуковой диагностики (УЗДГ), эндоскопии, МРЭ, уролога, анестезиолога-реаниматолога, нутрициолога. Ввиду осложненного течения болезни Крона на фоне проводимой консервативной терапии, были поставлены показания к оперативному лечению. Учитывая низкий ИМТ, нарушения белкового-энергетического обмена, дооперационная подготовка проведена в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (2 суток) под контролем нутрициолога. Согласно данным МРЭ о протяженности поражения тонкой кишки до 70 см, запланирована интраоперационная энтероскопия для оценки объема резекции и возможности формирования первичного анастомоза.

Оперирован 10.10.2018 г., выполнена лапароскопическая обструктивная илеоцекальная резекция, разобщение тонкокишечно-мочепузырного свища, интраоперационная илеоскопия, илеостомия. Во время операции, с техническими трудностями из-за воспаления, инфильтрации и спаечного процесса, был выделен свищевой ход между подвздошной кишкой и мочевым пузырем. Ход пересечен ультразвуковым скальпелем. Интраоперационно водной пробой проверена герметичность мочевого пузыря.

Также интраоперационно установлено, что инфильтрат прилежит к брыжейке сигмовидной кишки, инфильтрируя последнюю. Свищевой хода в сигмовидную кишку нет. Показаний к резекции сигмовидной кишки не получено. При этом во время интраоперационной энтероскопии установлено, что воспалительные изменения слизистой подвздошной кишки вне свищевого хода не выражены. Данные интраоперационной энтероскопии и междисциплинарное решение о возможности инициации биологической терапии в послеоперационном периоде позволили отказаться от резекции данного участка тонкой кишки полностью, но воздержаться от наложения первичного анастомоза. Таким образом, резекция тонкой кишки составила 20 см, вопреки данным МРТ о поражении тонкой кишки протяженностью 70 см от илеоцекального угла.

Далее пациент получал базисную терапию системными стероидами, питание корригировано нутрициологом и гастроэнтерологом.

Дальнейшее лечение получал под контролем лечащего гастроэнтеролога. С учетом пенетрирующей формы заболевания, большой протяженности поражения, молодого возраста, ранней

потребности в хирургическом лечении – высокий риск послеоперационного рецидива, по жизненным показаниям назначена биологическая терапия (препарат Хумира) 1 раз в 2 недели.

В период с октября 2018 г. по апрель 2019 г. пациент набрал в весе 4 кг, качество жизни по шкале SF36 +14 баллов к «Физическому здоровью», +22 балла к «Психическому здоровью».

Больной находился под постоянным контролем лечащего гастроэнтеролога и колопроктолога.

В апреле 2019 г. повторная госпитализация в ХО № 3. При контрольном обследовании признаков рецидива в неоилеум не обнаружено, уровни воспалительных маркеров в норме. По данным ФКС, выявлена зона гиперемии в ректосигмоидном отделе ободочной кишки, которая расценена как диверсионный проктосигмоидит. Колостомированная тонкая кишка без воспалительных изменений от края стомы до 50 см в проксимальном направлении. Уровни воспалительных маркеров в норме: С-реактивный белок=3, лейкоцитоза нет. 25.04.2019 г. выполнена ликвидация илеостомы, формирование илеоасцендоанастомоза. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан на амбулаторное лечение на 11-е сутки послеоперационного периода. Инъекция Хумиры на 12-е сутки.

Выводы. 1. Мультидисциплинарный подход позволяет осуществлять преемственное лечение больного гастроэнтерологами, нутрициологами, хирургами, сохраняя важные аспекты информации на стыке специальностей. Опыт лечения больных с ВЗК учит, что мелких, неважных деталей в лечении данной группы больных нет и быть не может.

2. Этапное лечение у больных с болезнью Крона может быть методом выбора, учитывая тяжелые нарушения белкового-энергетического баланса у данной категории больных. Особенно это проявляется при осложнениях БК и длительном течении заболевания.

3. Междисциплинарный подход позволяет в ряде случаев ограничить хирургическую агрессию при условии преемственной передачи больного лечащему гастроэнтерологу для инициации биологической терапии.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Халиф И. Л. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона // Колопроктология. 2017. Т. 2, № 60. С. 7–29.
2. Мамиева З. А., Полуэктова Е. А., Шифрин О. С. Новые возможности терапии болезни Крона // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019. Т. 29, № 5. С. 13–20. Doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-5-13-20.
3. Щукина О. Б., Собко В. Ю., Горбачева Д. Ш. и др. Прогнозирование хирургического лечения болезни Крона // Колопроктология. 2015. Т. 4, № 54. С. 33–40.
4. Mege D., Michelassi F. Laparoscopy in Crohn Disease : Learning Curve and Current Practice. // Ann. Surg. 2020. Vol. 271. P. 317.
5. Mege D., Panis Y. Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease // Колопроктология. 2018. Vol. 2, № 64. 3. 14–24.

REFERENCES

1. Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Khalif I. L. et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia on the diagnosis and treatment of Crohn's disease // Coloproctology. 2017;2(60):7–29. (In Rus.).
2. Mamieva Z. A., Poluektova E. A., Shifrin O. S. New Possibilities for the Treatment of Crohn's Disease. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2019; 29(5):13–20. (In Russ.). Doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-5-13-20.
3. Shchukina O. B., Sobko V. Yu., Gorbacheva D. Sh., Grigoryan V. V. et al. Prognosis of surgical treatment of Crohn's disease // Coloproctology. 2015;4(54):33–40.
4. Mege D., Michelassi F. laparoscopy in Crohn's disease: learning curve and modern practice. // Ann Surg 2020;(271):317.
5. Mege D., Panis Yu. laparoscopic surgery for inflammatory bowel diseases // Coloproctology. 2018;2(64):14–24.

Информация об авторах:

Османов Зейнур Худдусович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-9671-0394; **Щукина Оксана Борисовна**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель, Городской Центр диагностики и лечения ВЗК, Городская клиническая больница № 31 (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-8402-0743; **Морозов Виктор Петрович**, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургии общей с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7395-7020; **Каманин Алексей Александрович**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии с клиникой, врач хирургического отделения № 3 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-8432-9182; **Богданов Пётр Иванович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии общей с клиникой, зав. хирургическим отделением № 3 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7824-7036; **Корольков Андрей Юрьевич**, доктор медицинских наук, руководитель отдела НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Виниченко Анастасия Анатольевна**, врач хирургического отделения № 3 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-8344-0156; **Позднякова Виктория Геннадьевна**, врач хирургического отделения № 3 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-9874-5155; **Ганич Екатерина Георгиевна**, врач-гастроэнтеролог, Городской Центр диагностики и лечения ВЗК, Городская клиническая больница № 31 (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-1376-4651.

Information about authors:

Osmanov Zeinur Kh., Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-9671-0394; **Shchukina Oksana B.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Director, City Center for Diagnosis and Treatment of IBD, City Clinical Hospital № 31 (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-8402-0743; **Morozov Victor P.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7395-7020; **Kamanin Alexey A.**, Cand. of Sci. (Med.), Assistant of the Department of General Surgery with Clinic, Doctor of the Surgical Department № 3 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-8432-9182; **Bogdanov Petr I.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of General Surgery with Clinic, Head of the Surgical Department № 3 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7824-7036; **Korol'kov Andrey Yu.**, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Vinichenko Anastasiia A.**, Doctor of the Surgical Department № 3 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-8344-0156; **Pozdnyakova Victorya G.**, Doctor of the Surgical Department № 3 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-5464-0407; **Zaytseva Margarita I.**, Doctor of the Outpatient Surgical Department of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-4304-3644; **Demin Andrey N.**, Doctor of the Surgical Department № 3 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-9874-5155; **Ganich Ekaterina G.**, Gastroenterologist, City Center for Diagnosis and Treatment of IBD, City Clinical Hospital № 31 (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-1376-4651.