БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

KROHN`S DISEASE IN THE ELDERLY

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевская Государственная Медицинская Академия, г.Ижевск

Мухамадиева Анастасия Романовна, студент 4 крса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской академии, г. Ижевск

Николаева Юлия Николаевна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г.Ижевск

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Mukhamadieva Anastasia Romanovna, 4th year student of pediatric faculty of Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Nikolaeva Yulia Nikolaevna, 4th year student of pediatric faculty of Izhevsk StateMedical Academy, Izhevsk

Аннотация

Статья посвящена изучению вопросов, связанных с лечением пациентов пожилого возраста, страдающих болезнью Крона. В данной работе представвлена информация по болезни Крона, а также рассмотрены клинические случаи, в которых подтвердилось выше упомянутое заболевание, у пожилых людей.

Annotation

The article is devoted to the study of issues related to the treatment of elderly patients with Krohn`s disease. This work provides information on Krohn`s disease,

and also considers clinical cases in which the above-mentioned disease was confirmed in the elderly.

Ключевые слова: болезнь Крона, пожилые люди, аутоиммунный механизм, хроническое заболевание, клинический случай.

Keywords: Krohn`s disease, elderly people, autoimmune mechanism, chronic illness, clinical case.

Болезнь Крона (син. региональный, стенозирующий, сегментарный энтерит, треминальный илеит) – это хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных поражений. [1]

В настоящее время проблема Болезни Крона (БК) имеет актуальность, т.к. каждый год заболеваемость увеличивается. Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек. [2]

Причина болезни Крона до конца так и не выяснена, есть мнение, что это полиэтиологическое заболевание с монопатогенетическим механизмом развития. [3]

Выделяют предполагаемые этиологические факторы:

— Инфекционный (вирус кори, палочка Коха и др.)

— Курение (увеличивает вероятность заболевания в 4 раза)

— Аллергический (гидратированные жиры, вкусовые добавки и др.)

— Генетический (дефект в 16-й хромосоме)

В патогенезе болезни Крона реализуется аутоиммунный механизм. Генетичсекая предрасположенность, а также вторичные эффекторные механизмы приводят к развитию неспецифического трансмурального иммуного воспаления в слизистой оболочке кишки. Происходит селективная активизация Т-клеточного иммунитета и изменения функций макрофагов, следовательно, это все приводит к выделению медиаторов воспаление

(интерлейкинов) и образованию иммунных комплексов. Эти факторы вновь повреждают эпителий, и образуются антигены уже эпителиального происхождения. Снова миграция в очаг воспаления мононуклеарных клеток и нейтрофилов, дальнейший выброс интерлейкинов и медиаторов воспаления. В итоге образуется порочный круг в патогенезе болезни Крона.

Материалы и методы. Исследовательская работа была проведена на базе хирургического отделения БУ УР «Первая республиканская больница МЗ УР» г. Ижевска. Проведен анализ течения, лечения и исхода у пациента пожилого возраста, страдающего Болезнью Крона.

Результаты и их обсуждения. Пациент Л, 78 лет, пенсионер, самостоятельно обратился в приемное отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с жалобами на схваткообразные боли в мезогастрии, слабость, тошноту, позывы на рвоту, отсутствие стула в течение недели.

Раннее перенесенные заболевания пациента Л.: ОРЗ, грипп, вирусный гепатит, общий атеросклероз, симпатэктомия справа, аппендэктомия в молодости, оперирован по поводу спаечной непроходимости в 2015 году, неоднократно выполнялись балонные дилатации сосудов нижних конечностей, рак простаты, химиотерапия (последний курс в марте 2020 года).

При поступлении у больного отметили состояние средней тяжести, кожные покровы бледноваты с серым оттенком, язык сухой, обложен серым налетом. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, АД – 110/70 мм. Рт. Ст., пульс – 80 в мин. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует, при пальпации мягкий, болезненный и напряженный в мезогастрии, шумы перистальтики вялые. Перкуторно печеночная тупость сохранена, притупления по фланкам нет, тимпанит в мезогастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

На основании анамнеза, объективных данных и данных лабораторно-инструментальных методов обследования были выставлены

предварительные диагнозы: кишечные сращения (спайки) с непроходимостью, острая спаечная кишечная непроходимость, синдром мезентериальной ишемии.

Во время нахождения в стационаре пациенту Л. Были проведены следующие исследования: эндоскопическая диагностика, видеоколоноскопия, рентгенконтроль прохождения контраста по желудку, тонкой и ободочной кишкам, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная томография органов грудной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Полученные данные:

1. Видеоколоноскопия. Обнаружена на уровне 20 см прямой кишки опухоль деревянистой консистенции, обтурирующая просвет кишки до 0,4 см.
2. Ренгенконтроль прохождения контраста по желудку, тонкой и ободочной кишкам. Замедленный пассаж контраста по толстой кишке.
3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Нельзя исключить частичную пищевую непроходимость.
4. Компьютерная томография органов грудной полости. Данных за пневмонию не получено. Эмфизема легких. Смешанный застой в легких. Двухсторонний апикальный плевропневмофиброз. Умеренное увеличение лимфоузлов средостения. Дегенеративные изменения грудного отдела позвоночника.
5. Обзорная рентгенография органов брюшной полости. R- признаки тонкокишечной непроходимости.

Пациенту Л. Провели операцию. Предоперационный эпикриз. Показания к операции: наличие клиники опухоли дистальных отделов толстой кишки является показанием к оперативному лечению, предполагается лапаротомия под наркозом, объем будет установлен по находке. Протокол операции.

Диагноз:

1. Рак среднеампулярного отдела прямой кишкис распадом и перфорацией.
2. Болезнь Крона. Некроз верхнеампулярного отдела прямой кишки.
3. Ишемический некроз верхнеампулярного отдела прямой кишки

Спаечная болезнь брюшной полости

Операция: Лапаротомия, Адгезиолизис. Обструктивная резекция прямой кишки и сигмовидной кишки. Концевая сигмостомия, санация, дренирование брюшной полости.

Под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости грубый спаечный процесс, выполнен парциальный адгеолизис для осуществления доступа и создания операционного пространства. Брюшина блестящая, экссудата нет. Печень не увеличена. Вишневого цвета, в доступных осмотру и пальпации отделах депозиты не найдены. Отделы тонкой кишки не расширены, образуют несколько спаечных конгломератов. Толстая кишка умеренно дилатирована до 5 см. В области малого таза определяется инфильтрат, образованный сальником, петлями тонкой кишки, сигмовидной кишки. При разделении инфильтрата обнаружен некроз верхнеампулярного отдела прямой кишки, уходящий под тазовую брюшину, некроз распространяется на тазовую клетчатку, достоверно опухоль не определяется. По ходу брыжейки лимфоузлы не найдены. Парагортальные лимфоузлы не увеличены. Решено выполнить низкую резекцию прямой кишки с зоной некроза и формированием сигмостомы. Тазовая брюшина иссечена, выполнена мобилизация прямой кишки. Дистальнее зоны некроза на уровне среднеампулярного отдела прямая кишка пересечена аппаратом Эшелон, проксимальнее некроза на 30 см пересечена сигмовидная кишка. Приводящая культя сигмовидной кишки выведена в левой боковой области живота в сформированную стому. Контроль гемостаза – сухо, учет салфеток – верен. Брюшная полость санирована, дренирована ПХВ-трубкой (малый таз). Операционная рана ушита, спирт, асептическая повязка.

Отрезок прямой и сигмовидной кишки с зоной некроза взят на гистологическое исследование, так как под вопросом опухоль, болезнь Крона, ишемический проктит.

Гистологическое исследование подтвердило предполагаемый диагноз – болезнь Крона.

Дальнейшее ведение пациента и его лечение было выполнено в соответствии с клиническими рекомендациями.

Заключение. На сегодняшний день пациент чувствует себя хорошо, несмотря на тяжелое заболевание и свой возраст (80 лет). Болезнь Крона, как показывает практика, заболевание не только молодых людей, часто им страдают уже люди пожилого возраста. Однако диагностировать его можно и, начав своевременное лечение, жизнь пациентов продолжается.

Литература

1. Клинические рекомендации РФ 2013-2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://diseases.medelement.com/disease/болезнь-крона-рекомендации-рф/15324
2. Cosnes J., Gower-Rousseau C., Seksik P., Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. - 2011;140:1785-94.
3. Учебник хирургические болезни под редакцией Кузина.
4. Г.А.Григорьева. Язвенный колит и болезнь Крона – проблема XXI века [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/yazvennyy-kolit-i-bolezn-krona-problema-xxi-veka

Literature

1. Clinical recommendations of the Russian Federation [Electronic resource]. – Access mode: https://diseases.medelement.com/disease/болезнь-крона-рекомендации-рф/15324

2. Cosnes J., Gower-Rousseau C., Seksik P., Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. - 2011;140:1785-94.
3. A textbook of surgical disease, edited by Cousin
4. G.A. Grigoryeva. Ulcerative colitis and Kronh`s disease – XXI centuryproblem. [Electronic resourse]. – Access mode: https://cyberleninka.ru/article/n/yazvennyy-kolit-i-bolezn-krona-problema-xxi-veka