

# ЭТА НЕСКУЧНАЯ...ПОДВЗДОШНАЯ КИШКА: СИНДРОМ РЕМНЯ БЕЗОПАСНОСТИ, КАК ПРИЧИНА СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРИТА

**Иванова Е. В.<sup>1,2</sup>, Тихомирова Е. В.<sup>1,3,4</sup>, Михалева Л. М.<sup>3,5</sup>,**  
**Хомерики С. Г.<sup>6</sup>, Юдин О. И.<sup>7</sup>, Федоров Е. Д.<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

<sup>2</sup>Медицинский центр Петровские Ворота (гл.врач – Б. Т. Чурадзе).

<sup>3</sup>ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ» (гл.врач – Н. М. Ефремова), г. Москва.

<sup>4</sup>«КДФ ПРО», госпиталь на Мичуринском, Москва.

<sup>5</sup>ФГБНУ "Научно-исследовательский институт морфологии человека",

<sup>6</sup>Московского клинического научного центра (МКНЦ), Москва

<sup>7</sup>АО «Клиника К+31»

## ЦЕЛЬ

Представление возможностей современных методов энтероскопии в диагностике редкого заболевания, возникшего после ДТП с последующим остеосинтезом костей малого таза, – язвенного стенозирующего энтерита, как проявления «синдрома притяжного ремня» (“seat belt syndrome”).

Пациент Г., 40 лет, обратился к нам в клинику для выполнения видеокапсулной энтероскопии с целью обследования тонкой кишки, с жалобами на болевой синдром, периодически – рвоту, снижение массы тела на 15 кг за последние 3 месяца. В анамнезе: ДТП с последующим остеосинтезом костей малого таза и приемом стероидов. Патологических изменений, по данным многочисленных обследований, выявлено не было, пациенту даже назначались транквилизаторы. Выполнение видеокапсулной и баллонно-ассистированной энтероскопии позволило нам четко определить и описать структуру с изъязвлением в подвздошной кишке. По данным биопсии были выявлены признаки хронического воспаления, однако нельзя было исключить болезнь Крона, осложненной развитием стриктуры. Пациенту было выполнено успешное хирургическое вмешательство – резекция участка подвздошной кишки, протяженностью 10 см, с утолщенной, инфильтрированной стенкой. По данным морфологического исследования, были выявлены характерные признаки язвенного стенозирующего энтерита. Таким образом, диагноз болезни Крона был исключен. Постоперационный период протекал благоприятно. Через 1 месяц самочувствие пациента улучшилось, жалоб не предъявлял; через 4 года, по данным контрольного капсульного исследования патологических изменений выявлено не было.

**Ключевые слова:** язвенный стенозирующий энтерит, «синдром притяжного ремня», резекция тонкой кишки, капсулная эндоскопия, баллонная энтероскопия.

## ВВЕДЕНИЕ

Сложность диагностики и лечения эрозивно-язвенных энтеропатий заключается в их многообразии при схожей эндоскопической картине, благодаря чему чаще всего предполагается наиболее известный в клинической практике диагноз – болезнь Крона [1]. Результат морфологического исследования разнообразного спектра энтеропатий чаще всего представлен признаками хронического воспаления: лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией и отеком; а к окончательному диагнозу врача часто приводит длительное сопоставление данных анамнеза, клинической, эндоскопической и морфологической картины [1]. К примеру, отличием язвенных энтеритов различной этиологии от болезни Крона будет являться отсутствие клинических и лабораторных признаков воспалительного синдрома; отсутствие патогистологических признаков трансмурального воспалительного процесса; отсутствие гигантских клеток гранулематозного воспалительного процесса; отсутствие поражения других отделов желудочно-кишечного тракта (желудок, толстая кишка); отсутствие перianальной патологии; отсутствие внекишечных признаков, характерных для болезни Крона (например, кожных высыпаний) [2,4].

Развитие структур считается осложнением некоторых эрозивно-язвенных энтеропатий: криптогенного мультифокального язвенного стенозирующего энтерита; тяжелой формы целиакии (язвенный негранулематозный юноналейт); инфекционных заболеваний (вызванных кампилобактером, иерсинией,

шигеллой, микобактерией и др.); энтеритов, ассоциированных с воздействием лекарственных препаратов (НПВП, калий- и золотосодержащие препараты, биологические агенты и др.); травматических повреждений тонкой кишки (вызванных, к примеру, тупой травмой от ремня безопасности («синдром притяжного ремня»)); болезни Крона [1,2,4]. Клиническими проявлениями данных заболеваний при развитии структур считается болевой синдром и анемия [4]. Понять причину возникновения данных жалоб и поставить диагноз на протяжении долгого времени было сложно, что обуславливало многочисленные консультации пациентов непрофильными специалистами и неэффективность лечения [3,5]. Однако развитие и широкое применение в клинической практике методик энтероскопии в последнее время все чаще позволяет верифицировать диагноз и определиться с лечебной тактикой [3,5,6].

В связи с редкостью и недостаточной изученностью энтеропатий, осложненных структурами тонкой кишки, приводим клиническое наблюдение, целью которого служит демонстрация возможностей современных методов энтероскопии в диагностике редкого заболевания – язвенного стенозирующего энтерита.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент Г., 40 лет, обратился в нашу клинику в плановом порядке по направлению гастроэнтеролога для проведения видеокапсулной энтероскопии (ВКЭ). При поступлении его беспокоили боли в животе сдавливающего характера, усиливающиеся после еды, вздутие, урчание в животе, периодически – рвота съеденной пищей, снижение массы тела на 15 кг за последние 3 месяца.

Из анамнеза стало известно, что за 5,5 месяцев до обращения в клинику пациент перенёс серьёзное

дорожно-транспортное происшествие (ДТП), находясь за рулём автомобиля. Привязной ремень и подушки безопасности спасли ему жизнь, но не уберегли от множественных переломов костей таза. В ходе последующей госпитализации в неотложном порядке был выполнен множественный остеосинтез. В послеоперационном периоде на протяжении 2 месяцев пациенту был назначен прием стероидов, при этом длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) пациент не отмечал. Вышеописанные жалобы появились через 2,5 месяца после перенесенного ДТП и к моменту обращения в клинику длились в течение 3 месяцев.

За эти месяцы пациент по месту своего жительства в другом городе РФ был осмотрен терапевтом, гастроэнтерологом и хирургом. Клинической картины сопутствовала анемия легкой степени (гемоглобин – 110 г/л, эритроциты –  $4.18 \times 10^{12}/\text{л}$ ). Результаты других лабораторных анализов, в том числе, уровень кальпротектина, были в пределах референсных значений. При проведении УЗИ брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, ирригоскопии, колоноскопии патологических изменений выявлено не было. Хирург при осмотре пациента констатировал наличие спаечного процесса в брюшной полости и направил пациента к психотерапевту, который, в свою очередь, рекомендовал прием транквилизаторов, не приносящих пациенту облегчения. Во время повторной консультации, с учётом достаточно устойчивых, «сформировавшихся» жалоб, гастроэнтеролог рекомендовал пациенту оценить состояние тонкой кишки с помощью видеокапсулной энтероскопии.

ВКЭ выполнялась с применением видеокапсулной системы Olympus EC-1 (Япония), состоящей из видеокапсулы и комплекта воспринимающего оборудования. ВКЭ проводилась натощак, после адекватной подготовки тонкой кишки, включающей соблюде-

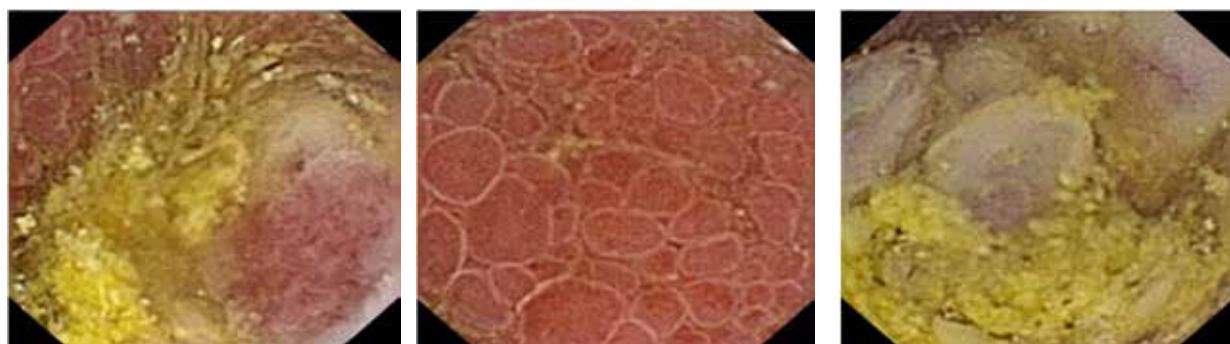


Рис. 1-3. Результат ВКЭ: сужение просвета с изъязвлением (эндофото);



Рис. 4-5. БАЭ: сужение просвета тонкой кишки (эндофото)



Рис. 6. БАЭ: изъязвление тонкой кишки проксимальнее зоны сужения (эндофото)

ние бесщаковой диеты за 3 дня до исследования и переход на прозрачные жидкости в день накануне исследования. Для непосредственного очищения тонкой кишки пациенту был рекомендован прием слабительного препарата ПЭГ 4000 («Фортранс») в объеме 2 л вечером накануне исследования в комбинации с пеногасителем – симетиконом («Саб Симплекс» в дозе 30 мл вечером накануне исследования и в той же дозе утром в день исследования). Баллонно-ассистированная энтероскопия (БАЭ) была выполнена однобаллонным энтероскопом SIF-Q180 с шинирующей трубкой ST-SB1, Olympus (Япония) трансаналльным доступом для макроскопической оценки выявленных при ВКЭ патологических изменений, уточнения их локализации и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенной ВКЭ было отмечено нарушение транзита капсулы и отсутствие ее выхода

в толстую кишку из-за наличия рубцового «кольца», зарегистрированного на 4 ч 14 мин от начала ее работы. В данной зоне отмечались ярко-гиперемированные отечные ткани, набухшие ворсинки, с сужением просвета и изъязвлением, в дне которого имелись сосудистые структуры и фибрин (Рис. 1-3).

С целью оценки выявленных изменений в тонкой кишке в плановом порядке, на 3-и сутки была выполнена однобаллонная трансаналльная БАЭ, в ходе которой в подвздошной кишке, расстоянии 80-90 см от ileocecalного перехода было обнаружено сужение просвета до 3-4 мм и утолщенные, отёчные, ярко-гиперемированные ворсинки. После аппаратного бужирования стеноза энтероскопом, диаметром 9,2 мм, и извлечения капсулы проксимальнее стеноза было выявлено циркулярное изъязвление с налетом фибрина и бугристым дном, протяженностью 8-10 см (Рис. 4-6). Дифференциальный диагноз проводился между стенозирующей просвет подвздошной кишки опухолью (лимфомой?); болезнью Крона



Рис. 7-8. Результат компьютерной томографии: расширение дистальных сегментов подвздошной кишки, с циркулярным утолщением



с наличием стриктуры; дивертикулитом Меккеля со стенозом просвета подвздошной кишки.

Результатом патоморфологического исследования стала грануляционная ткань и обильная воспалительная инфильтрация с признаками дисплазии 1 степени, без опухолевых клеток. Последующее иммуногистохимическое исследование (с использованием антител CD3, CD20, CD34, Кappa, Lambda, Ki-67, Pancytokeratin, Bcl-2, CD45, CDX2) показало резко-выраженное неспецифическое хроническое воспаление умеренной степени активности и выраженный фибропластический процесс, без признаков лимфопролиферативного процесса.

Результатом мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости с контрастным усилением стало наличие инфильтративных изменений стенки дистальных сегментов подвздошной кишки с циркулярным утолщением до 9 мм, нечеткими, неровными контурами и уплотнением тканей брыжейки кишки. При этом вышележащие сегменты подвздошной кишки были расширены до 40 мм (Рис. 7-8). Таким образом, нельзя было исключить наличие органического стеноза просвета подвздошной кишки. В связи с этим было принято решение о выполнении планового оперативного лечения.

В ходе лапароскопии, на расстоянии 40 см проксимальнее ileoceкального угла, был выявлен участок кишки протяженностью 10 см, с утолщенной, инфильтрированной стенкой, выше которого кишка была расширена диаметром до 4-5 см, с гипертрофированной стенкой, ниже кишка была спавшейся. Была выполнена лапароскопическая резекция 40 см участка подвздошной кишки с формированием интракорпорального анастомоза «бок-в-бок» (Рис. 9). Несмотря на отсутствие в биопсийном материале типичных для болезни Крона клеток Пирогова-Лангханса, мы не могли полностью исключить данное заболевание. Поэтому операционный диагноз соответствовал болезни Крона с поражением подвздошной кишки и стенозом.

По результатам гистологического исследования было выявлено полное замещение слизистой оболочки тонкой кишки грануляционной тканью, утолщение и выраженный фиброз подслизистого слоя, увеличение концентрации коллагена в строме кишечных ворсин за счет выраженной гиперплазии миофибробластов и отсутствия нейтрофилов в строме кишечных ворсин. Также было отмечено, что щелевидные язвы не достигали мышечного слоя. Вышеописанные признаки не характерны для



Рис. 9. Операционный макропрепарат: резецированный участок подвздошной кишки

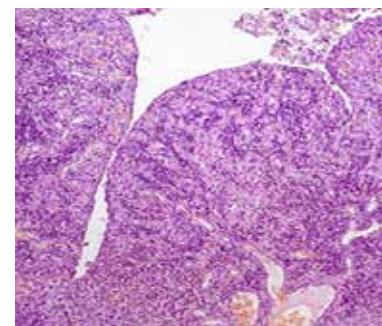


Рис. 10. Гистологическое исследование операционного материала (гематоксилин-эозин, x 90): полное замещение слизистой оболочки грануляционной тканью

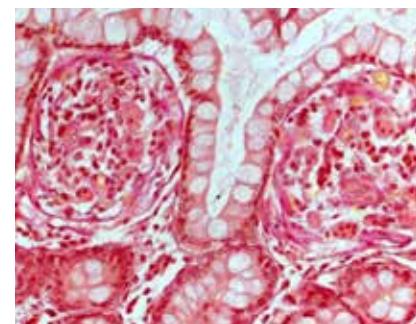


Рис. 11. Гистологическое исследование операционного материала (Ван Гизон, x 500): выраженная гиперплазия миофибробластов в строме кишечных ворсин

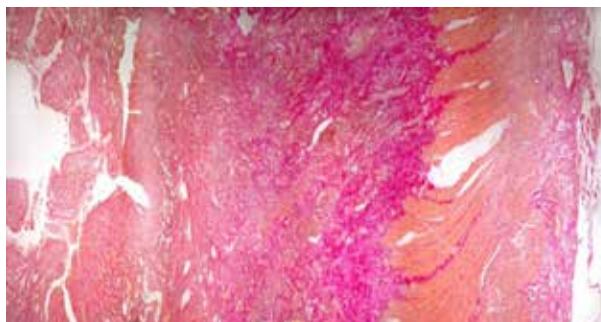


Рис. 12. Гистологическое исследование операционного материала (гематоксилин-эозин, х 10): разрастание коллагена в подслизистом слое

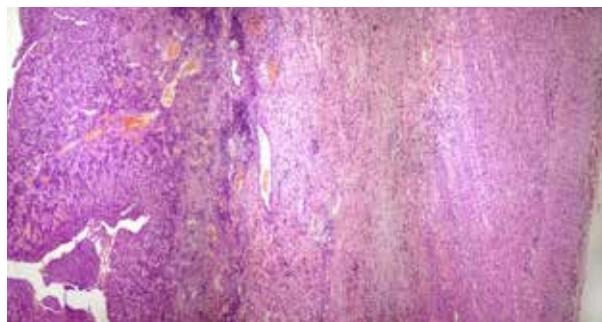


Рис. 13. Гистологическое исследование операционного материала (гематоксилин-эозин, х 10): утолщение и фиброз подслизистого слоя, отсутствие щелевидных язв в мышечном слое

болезни Крона, зато данная гистологическая картина характерна для язвенного стенозирующего энтерита (Рис. 10-13).

Послеоперационный период протекал гладко, пациент был выписан на 4-е сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии. Через 1 месяц после операции пациент был консультирован хирургом: жалоб не предъявлял, масса тела увеличилась на 11 кг. При контрольном пассаже бария нарушения транзита по желудочно-кишечному тракту отмечено не было. Через 4 года после оперативного лечения пациенту была выполнена контрольная ВКЭ, по результатам которой патологических изменений в тонкой кишке выявлено не было. Через 6 лет после операции пациент жалоб не предъявляет, лекарственных препаратов не принимает и полностью вернулся к активной жизни.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует особенности клинического течения и диагностики редкого заболевания – язвенного стенозирующего энтерита, которое характеризуется образованием стриктур и язв тонкой кишки и может возникать после травматического повреждения органов брюшной полости, в частности, после ДТП. Применение видеокапсульной и баллонно-ассистированной энтероскопии позволило верифицировать патологический участок в тонкой кишке и определить дальнейшую тактику ведения пациента. Анамнез, отсутствие клинических и лабораторных проявлений, а также типичной морфологической картины болезни Крона, в совокупности с благоприятным 6-летним катамнезом пациента позволили отвергнуть диагноз болезни Крона.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Иванова Е. В. Современные методы энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тощей и подвздошной кишки: дисс. докт.мед.наук: 14.00.27 / Иванова Екатерина Викторовна – Москва, 2013.– 266 с.
2. Freeman HJ. Multifocal stenosing ulceration of the small intestine //World J Gastroenterol. 2009; 15:4883-4885.
3. Gunjan, D. Small bowel bleeding: a comprehensive review // Gunjan D., Sharma V., Rana S., Bhasin D.K. // Gastroenterology.– 2014.–P. 262-275.
4. Kwon S. A case of cryptogenic multifocal ulcerous stenosing enteritis: differential diagnosis from Crohn's disease/ J Gastrointest Liver Dis. 2012. Vol 21: 309-312.
5. Gurudu R., Bruining D., Acosta R. et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. ASGE Guideline// Gastrointestinal Endoscopy. 2016: 1-10.
6. Pennazio M., Eisen G., Goldfarb N. ICCE Consensus for Obscure Gastrointestinal Bleeding. // Endoscopy. 2005; 37 (10): 1046-1050.