

# СЛУЧАЙ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЭЛЕКТРОЛИТОМ

УДК 616.348.002—002.44—099

Поступила 10.12.2009 г.



**М.К. Рыжов**, к.м.н., зав. хирургическим отделением<sup>1</sup>;  
**А.Г. Косолапов**, ординатор хирургического отделения<sup>1</sup>;  
**С.А. Мудрова**, зав. токсикологическим отделением<sup>1</sup>;  
**Е.Л. Бедерина**, зав. патологоанатомическим отделением<sup>1</sup>;  
**Э.И. Романов**, д.м.н. профессор кафедры хирургических болезней<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница №33, Н. Новгород;

<sup>2</sup>Институт ФСБ России, Н. Новгород

Описан случай обострения не диагностированной ранее болезни Крона у больного с пероральным отравлением электролитом. Ввиду тяжелых изменений желудка, толстого кишечника и дистальных отделов подвздошной кишки произведена субтотальная резекция желудка, субтотальная колэктомия с удалением большого сальника и резекцией дистального отдела подвздошной кишки. Состояние больного через 9 мес после операции оценивалось как удовлетворительное.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, пероральное отравление электролитом.

## English

### Case of the Crohn's disease acute attack at a peroral poisoning with electrolyte

**M.K. Ryzhov**, c.m.s., head of a surgical department<sup>1</sup>;  
**A.G. Kosolapov**, ordinator of a surgical department<sup>1</sup>;  
**S.A. Mudrova**, head of a toxicological department<sup>1</sup>;  
**E.L. Bederina**, head of a pathologoanatomical department<sup>1</sup>;  
**E.I. Romanov**, M.D., professor of the surgical disease chair<sup>2</sup>

<sup>1</sup>City clinical hospital №33, N. Novgorod;

<sup>2</sup>Institute of the FSS of Russia, N. Novgorod

A case of the Crohn's disease acute attack, not earlier diagnosed, in a patient with a peroral poisoning with electrolyte is described. A subtotal resection of a stomach, subtotal colectomy with extraction of a greater omentum and resection of the ileum distal department are made because of the critical alterations of the stomach, large intestine and distal departments of the ileum. A patient's state in 9 months after operation was assessed as a satisfactory one.

**Key words:** Crohn's disease, peroral poisoning with electrolyte.

Характерными для болезни Крона симптомами считаются схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся рвотой, учащенным жидким стулом, признаками кишечной непроходимости, развитием кишечных свищей. Приводим наблюдение, когда обострение болезни Крона и появление жидкого стула было спровоцировано острым пероральным отравлением электролитом.

*Больной С., 45 лет, водитель, родился и вырос в Н. Новгороде. Рос и развивался нормально, в детстве болел корью, гриппом, ангиной. В возрасте 16 лет перенес тупую травму живота с разрывом печени. Был оперирован, в связи с чем получил освобождение от воинской службы. Имеет среднее образование, в течение 12 лет работал водителем в аварийной газовой службе г. Санкт-Петербурга.*

Для контактов: Романов Эдуард Игоревич, тел. моб. +7 902-305-83-37.

Курил по 2 пачки сигарет в сутки, злоупотреблял спиртными напитками. В 1989 г. у него была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. После двукратного стационарного лечения боли в эпигастральной области прекратились, язва зарубцевалась. Диету больной не соблюдал, не лечился. Живет с семьей в г. Кстово Нижегородской обл., материально-бытовые условия — хорошие.

С 2006 г. отметил появление болей в животе и рвоты сразу после приема спиртных напитков. Боли носили острый характер, распространялись по всему животу, со временем становились интенсивнее и длительнее. Они снимались приемом Алмагеля (за сутки принимал до 300 мл препарата, к которому впоследствии добавлял до 1 ст. ложки питьевой соды). Исследование желудочного сока выполнить не удалось из-за выраженного рвотного рефлекса. При ФГДС в июне 2008 года выявлены признаки гастрита, язвы не обнаружено. Аллергологический анамнез не отягощен. Стул — ежедневный, оформленный, 1 раз в сутки.

В ночь с 9 на 10 декабря 2008 г. на фоне длительного приема спиртных напитков больной случайно выпил около 100 мл электролита (предположительно на основе соляной кислоты). Появились сильнейшие боли в ротоглотке и животе, слабость, болезненность при глотании. Он выпил около 1 л воды и вызвал рвоту. Машиной скорой помощи доставлен в тяжелом состоянии в приемное отделение Нижегородской областной клинической больницы, где было выполнено обезболивание, зондовое промывание желудка, введены анальгин, но-шпа, цитофлавин, этамзилат, квамател и начата инфузионная терапия (1,5 л растворов Рингера—Локка и 5% глюкозы внутривенно). АД — 90/50—100/60 мм рт. ст.; пульс — 100 в минуту; гемоглобин — 155 г/л; гематокрит — 52%; калий сыворотки крови — 3,48 ммоль/л.

В 10 ч 32 мин больной был доставлен в тяжелом состоянии в токсикологическое отделение Городской клинической больницы №33 с жалобами на резкие боли в ротоглотке, по ходу пищевода и в желудке, слабость, болезненное глотание. Со слов родственников, во время транспортировки терял сознание. При поступлении состояние больного оценивалось как тяжелое, он был заторможен, отмечалась осиплость голоса. В ротоглотке ткани имели вид «вареного мяса». Слизистые оболочки — бледные, чистые. Дыхание в легких — жесткое, отмечались сухие рассеянные хрипы, частота дыханий — 18 в минуту, АД — 90/80 мм рт. ст., пульс 92 в минуту, ритмичный. Язык — влажный. Живот — мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Перитонеальных симптомов не выявлено. Печень выступала из-под края реберной дуги на 3 см, болезненная при пальпации. Симптомы Ортнера и Пастернацкого — отрицательные, селезенка не увеличена. Органы движения и нервная система — без очаговой симптоматики. Мочеиспускание — по катетеру.

Клинико-лабораторные данные: гемоглобин — 190 г/л; гематокрит — 55%; эр. —  $5,65 \cdot 10^{12}/л$ ; ле. —  $18,0 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ — 2 мм/ч; палочкоядерных нейтрофилов — 37%; сегментоядерных — 44%; лимф. — 14%; моноц. — 5%. Общий белок — 67,8 г/л; фибриноген — 2,5 г/л; глюкоза — 13 ммоль/л; мочевины — 5,6 ммоль/л;

креатинин — 148,5 мкмоль/л; этанол в крови — 2,07‰. АСТ — 1,77 ммоль/л; АЛТ — 1,52 ммоль/л. Свертываемость крови — 9 мин 45 с, время кровотечения 1 мин 10 с;  $pO_2$  — 24,5 мм рт. ст. (норма 80—100);  $pCO_2$  — 21,0 мм рт. ст. (норма 35—45); pH — 7,339 (норма 7,35—7,45); BE — -12,3; Na — 133,0 ммоль/л; K — 1,86 ммоль/л; Cl — 113,2 ммоль/л. Моча желтого цвета, относительная плотность — 1030, реакция — кислая, белок — 0,3 г/л. Эпителия плоского — немного, лейкоцитов — 4—6, эритроцитов — 15—20 в поле зрения. Амилаза мочи — 1019 МЕ/л. Глюкоза, кетоновые тела и свободный гемоглобин в моче не обнаружены.

Клинический диагноз: «острое пероральное отравление электролитом тяжелой степени. Химический ожог ротоглотки, пищевода, желудка». Проводились инфузионная терапия (растворы 5% глюкозы, 0,25% новокаина, 1% хлорида кальция), лечение анальгином, димедролом, преднизолоном, контрикалом, цефазолином, абакталом, даларгином. Внутрь назначались 0,25% раствор новокаина, суспензия Алмагеля, таблетки мезим-форте. Состояние больного оставалось тяжелым, держались боли в ротоглотке и животе, слабость, тошнота, учащенный (до 15 раз в сутки) жидкий стул, который появился в первый же день заболевания.

С 15.12 находился под наблюдением хирурга в связи с повышенной амилазной активностью, лейкоцитозом до  $29,5 \cdot 10^9/л$  с палочкоядерным сдвигом до 60%, постоянными болями в животе, субфебрильной температурой тела. АД — 90/60—120/80 мм рт. ст. Живот — мягкий, болезненный при пальпации, больше в эпигастральной области, где постепенно стал прощупываться инфильтрат без четких границ. Перитонеальных симптомов не определялось, перистальтика кишечника была активной. Стул — жидкий, учащен. Амилаза крови — 228,6 г/л; АСТ — 0,76 ммоль/л; АЛТ — 1,16 ммоль/л. Билирубин прямой — 2,0 мкмоль/л; непрямой — 10 мкмоль/л; общий — 12 мкмоль/л; креатинин — 88,2 мкмоль/л.

ФГДС 24.12: слизистая оболочка пищевода гиперемирована и отечна. Желудок содержит немного слизи, направляется воздухом. Выходной отдел его представляет собой язвенно-некротическую поверхность. Привратник покрыт фибрином. Заключение: «острый эзофагит, некротический гастрит в выходном отделе, фибринозный бульбит». УЗИ органов брюшной полости: эхопризнаки гепатоза, дилатация воротной вены, застой желчи в желчном пузыре, жидкость и газ в кишечнике. Поджелудочная железа не визуализируется.

24.12 консилиум врачей заключил, что у больного картина последствий химического ожога пищеварительного тракта с возможной флегмоной желудка, формированием абсцесса брюшной полости, реактивного панкреатита (панкреонекроза). Ввиду неэффективности консервативного лечения и нарастающих явлений интоксикации больному предложено оперативное вмешательство, на которое он дал согласие. Под эпидуральной анестезией с искусственной вентиляцией легких произведена верхнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости выпота не обнаружено. В верхнем этаже отмечен массивный спаечный процесс с вовлечением печени, поперечно-ободочной кишки, большого сальника и желудка. Выявлено ожоговое поражение пилороантраль-

ного отдела желудка с множественными микроперфорациями его передней и задней стенок. В верхней трети тела желудка стенка без видимых изменений. Толстая кишка от слепой до нижней петли сигмовидной инфильтрирована, ярко гиперемирована, стенка ее легко подвергается травматизации и рвется. Принято решение о субтотальной резекции желудка и субтотальной колэктомии.

Произведена мобилизация всей толстой кишки в блоке с дистальной частью желудка и луковицей 12-перстной кишки, которая рубцово деформирована, истончена. Удален органокомплекс, состоящий из субтотально резецированного желудка — с луковицей 12-перстной кишки и дистального отдела подвздошной — с толстой кишкой — от слепой до нижней трети сигмовидной с большим сальником. Сформирована культя желудка в трубчатом варианте двумя аппаратами УО-40, скрепленный шов укрыт отдельными узловыми швами. Двурядным швом наложены гастроэнтероанастомоз «конец в бок» на петлю тощей кишки в 20 см от связки Трейтца (внутренний ряд — моносин 3-0), брауновское соустье, илеосигмоанастомоз «конец в бок». Выполнены ушивание окна в брыжейке подвздошной кишки, три дренажа в брюшную полость, туалет брюшной полости, послойные швы на рану, наложена спиртовая повязка. Продолжительность операции составила 4 ч 05 мин.

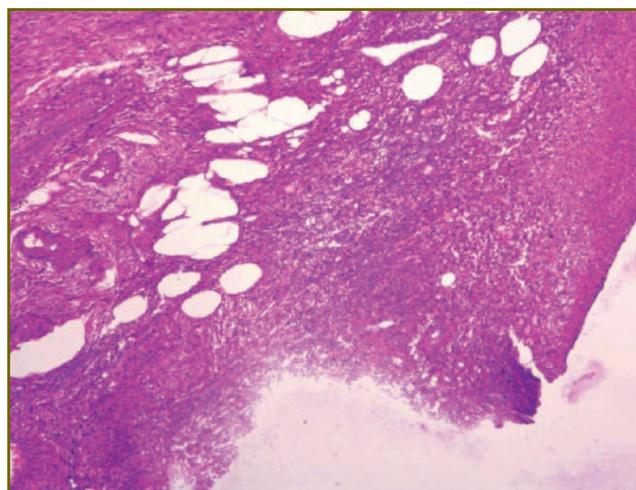
Макроскопия препаратов показала: вскрытый желудок: большая кривизна — 22 см, малая — 15 см. В пилороантральном отделе слизистая оболочка желудка — грязно-желтого цвета, сглажена, стенка желудка истончена, припаяна к поперечно-ободочной кишке. Здесь же наблюдаются протяженный некроз и циркулярное отторжение слизистой оболочки на протяжении 6—7 см, а также участки микроперфораций стенки желудка. Толстая кишка длиной около 1 м (слепая, ободочная и часть сигмовидной), часть подвздошной кишки длиной 45 см. Слизистая оболочка толстой кишки и 12 см дистального конца подвздошной имеют вид «бульжной мостовой» с тотальными полиповидными разрастаниями размерами до 2—4 мм и участками сливных эрозий (рис. 1, 2). По линии резекции в нижней трети сигмовидной кишки полипозных разрастаний нет.



**Рис. 1.** Макропрепарат желудка



**Рис. 2.** Макропрепарат толстой кишки



**Рис. 3.** Желудок. Гематоксилин-эозин, ув. 100

Микроскопия препаратов: желудок — обширные изъязвления слизистой оболочки, выраженная воспалительная инфильтрация на всю толщу стенки. Заключение: «химический ожог желудка тяжелой степени». Кишечник — структура строения тонкой и толстой кишки нарушена: слизистая оболочка резко атрофична, с множественными язвами, криптами. В стенке кишки — диффузная и очаговая лимфоидная инфильтрация с примесью нейтрофилов, формированием микроабсцессов. Определяются гранулемы в подслизистом и мышечном слоях. По нижней границе резекции они также имеются в подслизистом слое (рис. 3—5). Заключение: «болезнь Крона, активная форма».

Послеоперационный период протекал тяжело, с длительной лихорадкой, многократным жидким стулом, признаками тяжелой гипопротеинемии (общий белок снижался до 37,2 г/л). В ОРИТ в течение 4 сут переливались свежезамороженная одногруппная плазма, 10% глюкоза, вводились цефтриаксон, абактал, метрогил, октреотид, хелицид, церукал. Проводилось зондовое кормление. Заживление ран прошло первичным натяжением, швы сняты на 14-е сутки после операции. Начата специфическая терапия болезни Крона (сульфосалазин, метронидазол), после

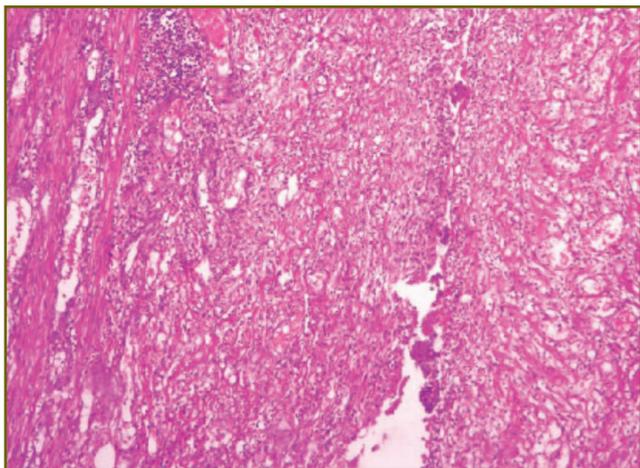


Рис. 4. Толстая кишка. Крипты, ув. 200

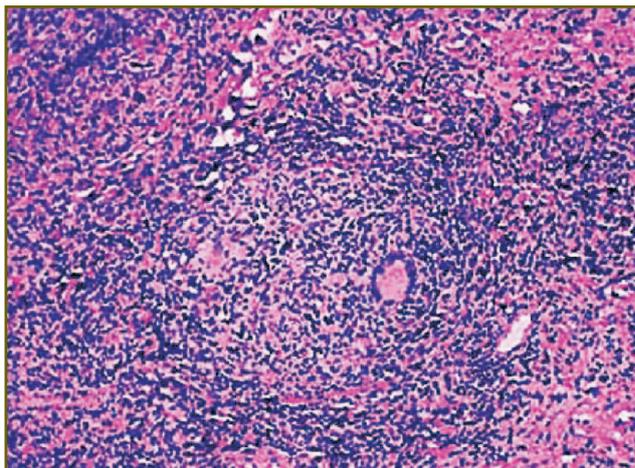


Рис. 5. Толстая кишка. Гранулема в стенке с одиночной многоядерной клеткой, ув. 200

чего отмечено улучшение общего состояния — уменьшение болей в животе, урежение стула, улучшение аппетита, нормализация температуры тела.

Анализ крови и мочи при выписке 23.01.2009 г.: гемоглобин — 103 г/л; эр. —  $3,61 \cdot 10^{12}/л$ , ле. —  $13,9 \cdot 10^9/л$ ; палочкоядерных — 8%; сегментоядерных — 46%; эозин. — 1%; моноц. — 10%; лимф. — 35%; анизоцитоз; пойкилоцитоз. Сахар крови — 5,1 ммоль/л. Моча: цвет — светло-желтый; относительная плотность — 1013; белок — 0,033 г/л; эпителий — плоский, редко; эр. — 1—3—6 в поле зрения; ле. — 4—10—18 в поле зрения. Цилиндры гиалиновые — 0—1—2, слизь — значительное количество. Диастаза мочи — 30—194 г/л. Копрограмма: мышечные волокна — мало; нейтральный жир — мало; крахмал — значительно; слизь — немного, непереваримая клетчатка — умеренно.

В удовлетворительном состоянии больной выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. Рекомендовано соблюдение диеты, прием сульфосалазина и ферментных препаратов.

Обследован в клинике через 9 мес: общее состояние — удовлетворительное. Жалобы на умеренные периодические боли в животе, стул — до 4—5 раз в сутки, без патологических примесей. Питание — нормальное, положение — активное. Кожные покровы — чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка — правильной формы, число дыханий — 14 в минуту. Дыхание в легких — везикулярное, хрипов не выслушивается. АД — 120/80 мм рт. ст., пульс — 72 в минуту. Язык — влажный, не обложен. Живот — мягкий, незначительно

болезненный в эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом Пастернацкого — отрицательный.

Анализ крови: гемоглобин — 128 г/л; эр. —  $4,11 \cdot 10^{12}/л$ ; ле. —  $8,7 \cdot 10^9/л$ ; тромб. —  $319 \cdot 10^9/л$ ; лимф. — 41,9%; моноц. — 7,5%; гранулоцитов — 50,6%. Билирубин прямой — 3,8, не прямой — 7,7, общий — 11,5 мкмоль/л. Глюкоза — 6,4 ммоль/л; белок — 75,9 г/л; мочевина — 6,33 ммоль/л; креатинин — 79,8 мкмоль/л; АСТ — 19,7 ммоль/л; АЛТ — 11,8 ммоль/л. Амилаза крови — 26,1 г/л. Моча: цвет — желтый; относительная плотность — 1016; реакция — кислая; белка нет. Эр. — 0—1—2 в поле зрения; ле. — 1—2 в поле зрения. Оксалаты — умеренно.

ФГДС: пищевод с обычным просветом, слизистая оболочка не изменена. Кардия смыкается, располагается на уровне диафрагмального жома. Желудок резецирован, культя его небольших размеров. Слизистая оболочка культи образует обычного вида складки, визуалью с незначительной диффузной гиперемией и отеком. Анастомоз несколько гиперемирован. Петли приводящей и отводящей кишки без патологии. Заключение: «дистальная резекция желудка по способу Бильрот-II. Воспалительных и опухолевых изменений не выявлено».

Колonosкопия: органических изменений в сигмовидной кишке не обнаружено. Илеосигмоанастомоз пройти не удалось. Копрограмма: без патологических изменений.

От предложенной по истечении 4 мес лечения 2-й группы инвалидности больной отказался, приступил к исполнению обязанностей водителя по прежнему месту работы. С работой справляется, самочувствие его хорошее.