

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-128>



Комментарии редколлегии к статье

«Пенетрирующий вариант болезни Крона. Сложности диагностики и предоперационного планирования (клинический случай)», авторы: Беликова М.Я., Горшенин Т.Л., Боровик И.К., Сизов Ю.А.

Пенетрирующая форма болезни Крона является наиболее сложной в диагностическом плане и в выборе вариантов лечения. Считается, что «золотым стандартом» в установлении осложненной формы БК является КТ или МР энтерография, а в качестве контроля за воспалительным процессом на фоне консервативной терапии наиболее безопасным, быстрым и информативным методом служит УЗИ кишечника.

В представленной статье описана весьма нестандартная тактика в отношении сложного в диагностическом плане пациента. Пациент поступил с клиникой нарушения кишечной проходимости, по данным КТ выявлен инфильтрат с абсцедированием (в области передней брюшной стенки в правой подвздошной области), а также престенотическое расширение тонкой кишки. При этом возникают сомнения в диагнозе — рак толстой кишки, однако пациенту не выполняется попытка дренирования абсцесса. Следует подчеркнуть, что любой гнойник подлежит обязательному дренированию. В случае с БК по данному вопросу существует однозначное мнение и в более чем в 90% случаев дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ приводит к положительному исходу, позволяет назначить адекватную специфическую терапию и почти в 70% наблюдений подвести пациента к плановой операции.

Авторы работы подробно описывают КТ исследование с перфузией. Данная методика весьма спорная для использования в качестве диагностики как БК,

так и рака толстой кишки. Основным ограничением служит большая лучевая нагрузка и ограниченная зона исследования. С нашей точки зрения, использовать данную методику в подобной ситуации рутинно не рекомендуется, ввиду отсутствия доказательной базы, сравнительных исследований и систематических обзоров.

После консервативной терапии авторы статьи описывают положительную динамику со стороны клинического состояния пациентки, однако, несмотря на это, принимается решение оперировать с предварительным диагнозом рак толстой кишки. Интраоперационно вскрывается абсцесс в брюшную полость, описывается расширение кишки. Однако после резекции выполняется илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок» аппаратом. С нашей точки зрения, в данной ситуации превышены показания к анастомозу — гнойный процесс в брюшной полости и наличие нарушения кишечной проходимости являются достоверными и независимыми предикторами осложнений в послеоперационном периоде, особенно несостоятельности кишечного анастомоза.

Несмотря на все вышеуказанные замечания и комментарии, нельзя не отметить сложность диагностики пенетрирующей формы БК. В лечении подобного рода пациентов необходим мультидисциплинарный подход, что позволит грамотно и своевременно оказывать им специализированную помощь.