

**Журавльова Л.В.<sup>1</sup>, Федоров В.О.<sup>1</sup>, Сікало Ю.К.<sup>1</sup>, Олійник М.О.<sup>1</sup>,  
Єрахторіна Н.В.<sup>2</sup>, Зінченко Г.П.<sup>2</sup>**

1 Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

2 КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

### **Атиповий перебіг хвороби Крона (клінічний випадок)**

**Актуальність.** Хвороба Крона (ХК) — це хронічне рецидивуюче запальне захворювання кишечника із широкою варіабельністю клінічних проявів. Атипова маніфестація часто передує кишковим проявам, що ускладнює встановлення діагнозу.

**Мета:** покращення діагностики ХК шляхом аналізу клінічного випадку діагностично складного пацієнта із атиповим перебігом ХК.

**Результати.** У ревматологічне відділення КНП ХОР «ОКЛ» надійшов 73-річний чоловік зі скаргами на загальну слабкість, висипку на шкірі кінцівок, виразково-некротичні зміни у ротовій порожнині, субфебрильну температуру, схуднення, а також постійні пекучі болі у підошовній ділянці стоп, порушення чутливості, оніміння у них, слабкість у нижніх кінцівках, біль у м'язах гомілок. Ці скарги турбували 2 роки. Лікувався з приводу полінейропатії, але стан прогресивно погіршувався. При огляді відмічено гіперемію обличчя, дифузну синюшність грудної клітки, живота, livedo reticularis кінцівок, незначну болючість при пальпації стоп, гомілок. При обстеженні живота — незначний біль при пальпації товстого кишечника, збільшення печінки до 3 см. Проведено повний спектр діагностичних тестів, отримано консультації суміжних спеціалістів, однак прямих даних за запальне захворювання кишечника знайдено не було. Водночас колоноскопія з біопсією проведена не була через тяжкість стану пацієнта. ПЛР-тест на SARS-CoV-2 — негативний. На 14 день перебування в стаціонарі у хворого з'являється біль у правій здухвинній та надлобковій ділянках, підвищення температури до 39 °С, виражений дефанс по всій поверхні живота. Проведено діагностичну лапаротомію та встановлено діагноз: гострий сегментарний мезентеріальний тромбоз з деструкцією, термінальний ілеїт, міжкишкова нориця з проривом до черевної порожнини, дифузний фібринозно-гнійний перитоніт. На 4 добу після операції сталася зупинка кровообігу. За результатами розтину встановлено ХК з ураженням термінального відділу, з формуванням хронічних і гострих виразок та перфорацією.

**Висновки.** ХК є складною міждисциплінарною проблемою, часто із атиповою маніфестацією позакишковими симптомами, що потребують поглибленого дослідження. В описаному випадку у пацієнта із атиповим перебігом ХК з переважними проявами ураження нервової та судинної систем були відсутні прямі дані щодо запального захворювання кишечника, що поряд із неможливістю проведення колоноскопії з біопсією через тяжкість стану пацієнта відтермінувало вчасне діагностування ХК та сприяло розвитку ускладнень, несумісних з життям.