

## Редкое клиническое наблюдение перфорации тонкой кишки как осложнение болезни Бехчета

Ф.Д. Кочетков<sup>1,2</sup> ✉, А.А. Натальский<sup>1,2</sup>, А.В. Думачев<sup>1</sup>, И.Д. Гриднев<sup>1</sup>

Первое хирургическое отделение

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ 390026, Российская Федерация, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

<sup>2</sup> ГБУ РО «Областная клиническая больница»

390039, Российская Федерация, Рязань, ул. Интернациональная, стр. 3-а

✉ Контактная информация: Кочетков Фёдор Дмитриевич, ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Email: [kochetkovf@bk.ru](mailto:kochetkovf@bk.ru)

### РЕЗЮМЕ

В статье описано клиническое наблюдение интестинального осложнения болезни Бехчета у пациента А. 1996 года рождения, который поступил в ГБУ РО ОКБ в отделение ревматологии 25.01.2024 с жалобами на непродуктивный кашель, наличие болезненных язв на слизистой полости рта, геморрагической сыпи на нижних и верхних конечностях, боли в области ахиллова сухожилия левой нижней конечности. 30.01.2024 пациент почувствовал ухудшение состояния и предъявлял жалобы на тошноту, боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,3°C. Осмотрен дежурным хирургом. В результате обследования, сбора анамнеза и анализа клинической картины выставлен диагноз «перфорация полого органа, перитонит»; было принято решение об экстренном оперативном вмешательстве. Больному в экстренном порядке в ночь с 31.01.2024 на 01.02.2024 была выполнена диагностическая лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлены множественные острые перфорации тонкой кишки, а также 2 больших на 1/2 окружности перфорационных отверстия с плотными краями на участке подвздошной кишки в 25 см от илеоцекального перехода. Участок подвздошной кишки с указанными выше изменениями резецирован, проксимальная выведена на переднюю брюшную стенку в виде одностольной стомы.

### Ключевые слова:

болезнь Бехчета, перфорация, перитонит, тонкая кишка, кишечник

### Ссылка для цитирования

Кочетков Ф.Д., Натальский А.А., Думачев А.В., Гриднев И.Д. Редкое клиническое наблюдение перфорации тонкой кишки как осложнение болезни Бехчета. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2025;14(4):855–859. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-4-855-859>

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

### Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

АЛТ — аланинаминотрансфераза  
АСТ — аспаратаминотрансфераза  
ББ — болезнь Бехчета

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт  
КТ — компьютерная томография  
РФ — ревматоидный фактор

### ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Бехчета (ББ), болезнь Шёлкового пути, болезнь Адамантиада — системный васкулит неизвестной этиологии с мультиорганным поражением сосудов различного калибра [1].

Распространённость ББ одинакова у мужчин и женщин в возрасте 20–40 лет, однако в более редких случаях болезнь встречается и в более пожилом возрасте [2]. Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречается у 3–25% пациентов с ББ, и частота поражения ЖКТ выше в странах Восточной Азии, таких как Корея и Япония, чем в странах Запада или Ближнего Востока [3]. Желудочно-кишечные поражения у пациентов с ББ обычно возникают в илеоцекальной области и характеризуются болью в правой и левой нижней части живота, диареей, вздутием живота и гематохезией [4]. Однако в некоторых случаях, как будет описано в дан-

ной работе, симптомы возникают внезапно и долгое время могут не давать явной клинической картины. Таким образом, ББ легко спутать с воспалительным заболеванием кишечника: язвенным колитом и болезнью Крона.

Проявления ББ со стороны ЖКТ имеют особое значение, поскольку они связаны со значительной заболеваемостью и смертностью [5].

Как и в случае с классической формой ББ, причины кишечной формы заболевания до конца не изучены, но генетические, иммунологические факторы и факторы окружающей среды, по-видимому, связаны с этим заболеванием [6].

Однако известно, что в патогенезе ББ играют роль нарушения как врождённого, так и адаптивного иммунитета, которые активируются факторами окружаю-

шей среды у генетически предрасположенных пациентов [7]. При кишечной форме ББ аномальная активация врождённого и адаптивного иммунитета способствует повторяющимся кишечным воспалительным реакциям и разрушению кишечных сосудов, кишечного барьера и серии повреждений, вызывая изменения в сложной цитокиновой цепи реакций [8].

A.G. Vaipoulos в своей работе выделяет две формы кишечной ББ — нейтрофильный флебит, который способствует воспалению слизистой оболочки кишечной трубки и образованию язв, и поражение брыжеечных артерий, которое ведёт к ишемии кишечника и инфаркту [9].

Основные осложнения желудочно-кишечной формы ББ — перфорация (25–50%), свищи (8%), стриктуры (5–10%), редко — формирование абсцессов кишечника [10].

В нашей работе мы столкнулись с первым и самым распространённым вариантом возможных осложнений.

**Клиническое наблюдение**

Пациент А., мужчина 28 лет, поступил в отделение хирургии ГБУ РО ОКБ 30.01.2024 с жалобами на тошноту, боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,8°C из ревматологического отделения ГБУ РО ОКБ, где находился на лечении с диагнозом «недифференцированный системный васкулит».

Объективно на момент осмотра: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледно-розового цвета, обычной влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. При пальпации органов брюшной полости определяется резкая болезненность в эпигастрии и по правому фланку. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту, температура — 36,6°C, частота сердечных сокращений — 110 уд./мин, артериальное давление 90/60 мм рт.ст., насыщение крови кислородом (сатурация): 97%.

Из анамнеза: гайморит (обострения 3 года назад и в 2023 году), перенесённая внебольничная деструктивная пневмония тяжёлого течения (стационарное лечение проводили в пульмонологическом отделении ГБУ РО ОКБ с 02.11.2023 до 20.12.2023 года), некротизирующая васкулопатия неуточнённая.

Проведено следующее обследование (таблица).

В связи с данными осмотра, лабораторных и инструментальных методов (рис. 1) обследования пациенту было показано экстренное оперативное лечение.

Под эндотрахеальным наркозом была выполнена среднесрединная лапаротомия. При вскрытии брюшины выделился газ. В брюшной полости в подпечёночном пространстве, малом тазу, по левому флангу серозный выпот без запаха. При ревизии органов брюшной полости выявлены множественные (5 штук) острые перфорации противобрыжеечного края стенки тонкой кишки — ушиты викрилом 3-0 Z-образным швом. Выпот осушен, взят посев на флору и чувствительность к антибиотикам. При дальнейшей ревизии выявлено 2 больших на 1/2 окружности перфорационных отверстия с плотными краями на участке подвздошной кишки в 25 см от илеоцекального перехода. Взят материал на гистологическое исследование. Участок подвздошной кишки с указанными выше изменениями резецирован (рис. 2), дистальная культи подвздошной кишки погружена 2-рядным швом викрилом 3-0, прокисмальная — выведена на переднюю брюшную стенку в виде одноствольной илеостомы (рис. 3). Брюшная полость

Таблица

**Биохимический анализ крови пациента**

Table

**Biochemical analysis of the patient's blood**

Показатель	Значение
Общий анализ крови	
Лейкоциты, ×10 <sup>9</sup> /л	34,83
Эритроциты, ×10 <sup>12</sup> /л	3,71
Гемоглобин, г/л	104
Тромбоциты	544
Нейтрофилы, ×10 <sup>9</sup> /л	69,9
Лимфоциты, ×10 <sup>9</sup> /л	11,7
Моноциты, ×10 <sup>9</sup> /л	9,4
Эозинофилы, ×10 <sup>9</sup> /л	0
Биохимический анализ крови	
Общий белок, г/л	51,9
Альбумин, г/л	29,3
Билирубин общий, мкмоль/л	11,0
Билирубин прямой, мкмоль/л	2,7
АСТ, ед/л	14,3
АЛТ, ед/л	30,9
Мочевина, ммоль/л	11,39
Креатинин, ммоль/л	90,5
Холестерин, ммоль/л	5,61
Глюкоза, ммоль/л	3,49
С-реактивный белок, мг/л	24,2
Ревматоидный фактор, Мг/л	26,1
Ферритин, нг/мл	499,6
Калий, ммоль/л	4,09
Натрий, ммоль/л	138,1

Примечания: АЛТ — аланинаминотрансфераза; АСТ — аспаратаминотрансфераза  
Notes: ALT — alanine aminotransferase; AST — aspartate aminotransferase



Рис. 1. Компьютерная томография органов брюшной полости пациента. Признаки наличия свободного газа в брюшной полости  
Fig. 1. Computed tomography of the patient's abdominal organs. Signs of free gas in the abdominal cavity

омыта раствором антисептика до чистых промывных вод, дренирована через отдельные контрапертуры.

Окончательный диагноз сформулирован интраоперационно: «острые множественные перфорации тонкой кишки, диффузный серозно-фибринозный перитонит».

Результаты прижизненного патолого-гистологического исследования в послеоперационном периоде: множественные язвы тонкой кишки с двумя перфорациями, диффузная лейкоцитарная воспалительная инфильтрация всех слоёв стенки, фибринозно-гнойный очаговый перитонит; признаки васкулита с поражением мелких сосудов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент был доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии, находился под наблюдением хирурга, терапевта, реаниматолога. Энтеральное питание начато на 2-е сутки. На протяжении ближайшего послеоперационного периода больной предъявлял жалобы на умеренные боли в области операции. Переведён в хирургическое отделение на 3-и сутки. Стома на протяжении всего послеоперационного периода функционировала, пери- и парастомальных осложнений не было. На 4-е сутки повязки сухие. Уровень лейкоцитов на 4-е сутки составил  $6,8 \times 10^9/\text{л}$ .

Уровень С-реактивного белка — 2,26 мг/л. По дренажам на 3-и сутки отделяемого нет, на 4-е сутки — удалены. В дальнейшем послеоперационном периоде планируется закрытие стомы, реконструктивная операция. Выписан на 5-е сутки в состоянии средней степени тяжести по поводу основного заболевания в ревматологическое отделение ГБУ РО ОКБ под наблюдение ревматолога, где ему продолжили консервативное лечение.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время крайне мало данных по поводу интестинальных осложнений ББ из-за редкости возникновения заболевания, поэтому крайне важно вовремя заподозрить изменения со стороны ЖКТ и дифференцировать их с иными патологиями ЖКТ. Подобно воспалительным заболеваниям кишечника кишечная форма ББ сопровождается различными клиническими проявлениями с хроническими прогрессирующими симптомами или повторяющимися эпизодами рецидива и ремиссии [10]. Наганума и соавт. сообщили, что поражение тонкой кишки у пациентов с кишечной ББ были достоверно связаны с необходимостью хирургического вмешательства [11]. Перфорация кишечника — одно из самых тяжёлых осложнений заболевания. Ретроспективный анализ перфорации свободной стенки кишечника у 129 пациентов с ББ показал, что у 33 пациентов (25,6%) была перфорация кишечника и последовательное хирургическое вмешательство. У 14 (42,4%) из них наблюдался послеоперационный рецидив, а 11 (33,3%) перенесли повторную операцию [12].

Традиционно при кишечной форме ББ рекомендовалась резекция максимального участка тонкой или толстой кишки, включая здоровую часть кишечника [13]. Однако более поздние исследователи заявили о меньшем объёме резекции, границами которой должен являться только поражённый участок кишки, поскольку границы резекции не были связаны с послеоперационным рецидивом у пациентов с кишечной формой ББ [14]. Из-за относительно высокой частоты осложнений в местах наложения анастомоза, включая перфорацию и образование свища, некоторые исследователи предлагают при операциях прибегать к формированию стомы, в частности при перфорации язв [15].

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Алекберова З.С. Болезнь Бехчета (лекция). *Научно-практическая ревматология*. 2013;51(1):52–58. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2013-1202>
2. Dzhuz MB, Karasevska TA, Tsaralunga VM, Yurchenko AV, Ivashkivsky OI. Behçet's disease with intestinal involvement: case-based review. *Rheumatol Int*. 2022;42(9):1653–1660. PMID: 35661907 <https://doi.org/10.1007/s00296-022-05152-x>
3. Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(6):808–818. PMID: 29625968 <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-213225>
4. Skef W, Hamilton MJ, Arayssi T. Gastrointestinal Behçet's disease: A review. *World J Gastroenterol*. 2020;21(13):3801–3812. PMID: 25852265 <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i13.3801>

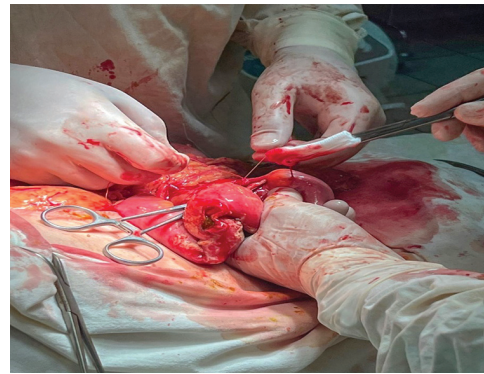


Рис. 2. Острые перфорации стенки тонкой кишки. Мобилизации тонкой кишки  
Fig. 2. Acute perforations of the small intestinal wall. Mobilization of the small intestine



Рис. 3. Окончательный вид оперативного вмешательства, выведена одноствольная илеостома  
Fig. 3. The final appearance of the surgical intervention, an end ileostomy is created

Статистические данные представленного выше клинического наблюдения демонстрируют необходимость особого внимания к пациентам с болезнью Бехчета.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезнь Бехчета — это крайне серьёзное заболевание, требующее особого контроля. Поражение кишечника достаточно редко встречается в клинической практике этого заболевания. Диагностика его затруднена из-за неспецифичности симптомов. В реальной практике приходится зачастую сталкиваться уже с осложнениями кишечной формы заболевания, которые представляют непосредственную опасность для жизни пациента и требуют особого контроля состояния пациента хирургами во время их нахождения в стационаре. Опасность данного заболевания со стороны органов желудочно-кишечного тракта заключается в вовлечении в процесс сосудов микроциркуляторного русла, формированию нейтрофильного флебита, который способствует воспалению слизистой оболочки кишечной трубки и образованию язв.

5. Li L, Wang J, Li H, He C, Niu X. Behçet's disease with intestinal involvement: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2023;17(1):439. PMID: 37798676 <https://doi.org/10.1186/s13256-023-04148-w>
6. Cheon JH. Advances in Management of Intestinal Behçet's Disease: A Perspective from Gastroenterologists. *J Rheum Dis.* 2021;28(1):4–16. PMID: 37476392 <https://doi.org/10.4078/jrd.2021.28.1.4>
7. Tong B, Liu X, Xiao J, Su G. Immunopathogenesis of Behçet's Disease. *Front Immunol.* 2019;10:665. PMID: 30984205 <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00665> eCollection 2019.
8. Pineton de Chambrun M, Wechsler B, Geri G, Cacoub P, Saadoun D. New insights into the pathogenesis of Behçet's disease. *Autoimmun Rev.* 2012;11(10):687–698. PMID: 22197900 <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2011.11.026>
9. Vaiopoulos AG, Sfikakis PP, Kanakis MA, Vaiopoulos G, Kaklamanis PG. Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease: advances in evaluation and management. *Clin Exp Rheumatol.* 2014;32(4 Suppl 84): S140–148. PMID: 25268668
10. Абдурахманова Э.К., Трунина Т.П., Смирнова Е.А. Особенности клинического течения и трудности диагностики гранулематоза с полиангиитом. *Наука молодых (Eruditio Juvenium).* 2018;6(2):285–297. <https://doi.org/10.23888/HMJ201862285-297>
11. Naganuma M, Iwao Y, Inoue N, Hisamatsu T, Imaeda H, Ishii H, et al. Analysis of clinical course and long-term prognosis of surgical and nonsurgical patients with intestinal Behçet's disease. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(10):2848–2851. PMID: 11051358 <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.03198.x>
12. Moon CM, Cheon JH, Shin JK, Jeon SM, Bok HJ, Lee JH, et al. Prediction of free bowel perforation in patients with intestinal Behçet's disease using clinical and colonoscopic findings. *Dig Dis Sci.* 2010;55(10):2904–2911. PMID: 20094787 <https://doi.org/10.1007/s10620-009-1095-7>
13. Chou SJ, Chen VT, Jan HC, Lou MA, Liu YM. Intestinal perforations in Behçet's disease. *J Gastrointest Surg.* 2007;11(4):508–514. PMID: 17436137 <https://doi.org/10.1007/s11605-006-0031-9>
14. Горбунова Д.Ю., Моргунова З.А., Урясьев О.М. Клинические и лабораторные особенности сочетанного течения метаболического и суставного синдромов. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.* 2018;26(2):229–237. <https://doi.org/10.23888/PAVLOVJ2018262229-237>
15. Matsumoto T, Uekusa T, Fukuda Y. Vasculo-Behçet's disease: a pathologic study of eight cases. *Hum Pathol.* 1991;22(1):45–51. PMID: 1985077 [https://doi.org/10.1016/0046-8177\(91\)90060-3](https://doi.org/10.1016/0046-8177(91)90060-3)

REFERENCES

1. Alekberova Z.S. Behçet's disease (a lecture). *Rheumatology Science and Practice.* 2013;51(1):52–58. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2013-1202>
2. Dzhus MB, Karasevska TA, Tsaralunga VM, Yurchenko AV, Ivashkevich OI. Behçet's disease with intestinal involvement: case-based review. *Rheumatol Int.* 2022;42(9):1653–1660. PMID: 35661907 <https://doi.org/10.1007/s00296-022-05152-x>
3. Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(6):808–818. PMID: 29625968 <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-213225>
4. Skef W, Hamilton MJ, Arayssi T. Gastrointestinal Behçet's disease: A review. *World J Gastroenterol.* 2020;21(13):3801–3812. PMID: 25852265 <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i13.3801>
5. Li L, Wang J, Li H, He C, Niu X. Behçet's disease with intestinal involvement: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2023;17(1):439. PMID: 37798676 <https://doi.org/10.1186/s13256-023-04148-w>
6. Cheon JH. Advances in Management of Intestinal Behçet's Disease: A Perspective from Gastroenterologists. *J Rheum Dis.* 2021;28(1):4–16. PMID: 37476392 <https://doi.org/10.4078/jrd.2021.28.1.4>
7. Tong B, Liu X, Xiao J, Su G. Immunopathogenesis of Behçet's Disease. *Front Immunol.* 2019;10:665. PMID: 30984205 <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00665> eCollection 2019.
8. Pineton de Chambrun M, Wechsler B, Geri G, Cacoub P, Saadoun D. New insights into the pathogenesis of Behçet's disease. *Autoimmun Rev.* 2012;11(10):687–698. PMID: 22197900 <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2011.11.026>
9. Vaiopoulos AG, Sfikakis PP, Kanakis MA, Vaiopoulos G, Kaklamanis PG. Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease: advances in evaluation and management. *Clin Exp Rheumatol.* 2014;32(4 Suppl 84): S140–148. PMID: 25268668
10. Abdurakhmanova EK, Trunina TP, Smirnova EA. Peculiarities of Clinical Course and Problems of Diagnostics of Granulomatosis With Polyangiitis. *Science of the Young (Eruditio Juvenium).* 2018;6(2):285–297. (In Russ.) <https://doi.org/10.23888/HMJ201862285-297>
11. Naganuma M, Iwao Y, Inoue N, Hisamatsu T, Imaeda H, Ishii H, et al. Analysis of clinical course and long-term prognosis of surgical and nonsurgical patients with intestinal Behçet's disease. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(10):2848–2851. PMID: 11051358 <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.03198.x>
12. Moon CM, Cheon JH, Shin JK, Jeon SM, Bok HJ, Lee JH, et al. Prediction of free bowel perforation in patients with intestinal Behçet's disease using clinical and colonoscopic findings. *Dig Dis Sci.* 2010;55(10):2904–2911. PMID: 20094787 <https://doi.org/10.1007/s10620-009-1095-7>
13. Chou SJ, Chen VT, Jan HC, Lou MA, Liu YM. Intestinal perforations in Behçet's disease. *J Gastrointest Surg.* 2007;11(4):508–514. PMID: 17436137 <https://doi.org/10.1007/s11605-006-0031-9>
14. Gorburunova DY, Morgunova ZA, Uryasyev OM. Clinical and laboratory peculiarities of combined clinical course of metabolic and articular syndromes. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald.* 2018;26(2):229–237. <https://doi.org/10.23888/PAVLOVJ2018262229-237>
15. Matsumoto T, Uekusa T, Fukuda Y. Vasculo-Behçet's disease: a pathologic study of eight cases. *Hum Pathol.* 1991;22(1):45–51. PMID: 1985077 [https://doi.org/10.1016/0046-8177\(91\)90060-3](https://doi.org/10.1016/0046-8177(91)90060-3)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Кочетков Фёдор Дмитриевич**

ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ; хирург первого хирургического отделения ГБУ РО ОКБ; <https://orcid.org/0000-0001-6646-8595>, [kochetkovf@bk.ru](mailto:kochetkovf@bk.ru);  
55%: непосредственное участие в хирургическом лечении пациента и сборе интраоперационных данных, написание и структурирование основной части рукописи (клиническое наблюдение, результаты, обсуждение), обработка и анализ клинических данных, подготовка иллюстраций

**Натальский Александр Анатольевич**

профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ; хирург первого хирургического отделения ГБУ РО ОКБ; <https://orcid.org/0000-0002-2387-3440>, [lorey1983@mail.ru](mailto:lorey1983@mail.ru);  
35%: идея и общее руководство исследованием, клиническое руководство, интерпретация данных, утверждение окончательного текста статьи, общее редактирование и научное рецензирование

**Думачев Александр Владимирович**

клинический очный ординатор 1-го года обучения кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ; <https://orcid.org/0009-0007-4289-5622>, [alexfoxling@gmail.com](mailto:alexfoxling@gmail.com);  
10%: сбор и систематизация данных анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований, проведение обзора литературы, помощь в подготовке введения и списка источников, техническая помощь в оформлении статьи

**Гриднев Илья Денисович**

клинический очный ординатор 2-го года обучения кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ;  
<https://orcid.org/0000-0002-9826-4164>, [iliya21000@gmail.com](mailto:iliya21000@gmail.com);  
 5%: помощь в анализе клинического случая, поиск и систематизация литературных данных, участие в оформлении статьи, проверка списка литературы и сокращений

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

## A Rare Clinical Case of Small Bowel Perforation as a Complication of Behçet Disease

**F.D. Kochetkov<sup>1,2</sup> ✉, A.A. Natalsky<sup>1,2</sup>, A.V. Dumachev<sup>1</sup>, I.D. Gridnev<sup>1</sup>**

**First Surgical Department**

<sup>1</sup> Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov  
 Vysokovolnaya Str. 9, Ryazan, Russian Federation 390026

<sup>2</sup> Ryazan Regional Clinical Hospital  
 Internatsionalnaya Str. bldg. 3-a, Ryazan, Russian Federation 390039

✉ **Contacts:** Fyodor D. Kochetkov, Assistant Professor, Department of Faculty Surgery with a Pediatric Surgery Course, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; Surgeon, First Surgical Department, Ryazan Regional Clinical Hospital. Email: [kochetkovf@bk.ru](mailto:kochetkovf@bk.ru)

**ABSTRACT** This article describes a clinical case of an intestinal complication of Behçet disease in patient A., born in 1996, who was admitted to the Rheumatology Department of the Ryazan Regional Clinical Hospital on January 25, 2024, with complaints of a non-productive cough, painful ulcers on the oral mucosa, hemorrhagic rash on the lower and upper extremities, pain in the Achilles tendon of the left lower extremity. On January 30, 2024, the patient's condition worsened, and he complained of nausea, abdominal pain, a single episode of vomiting, and a fever of 37.3°C. The patient was examined by the surgeon on duty. Following examination, collection of anamnesis, and analysis of the clinical picture, a diagnosis of hollow organ perforation and peritonitis was made; it was decided to perform emergency surgery. The patient underwent an emergency diagnostic laparotomy on the night of January 31, 2024, to February 1, 2024. An abdominal examination revealed multiple acute perforations of the small intestine, as well as two large, 1/2-circumferential, hard-edged perforations in the ileum 25 cm from the ileocecal junction. The section of the ileum with the above-mentioned changes was resected, and the proximal portion was brought out to the anterior abdominal wall as a single-stoma.

**Keywords:** Behçet disease, perforation, peritonitis, small intestine

**For citation** Kochetkov FD, Natalsky AA, Dumachev AV, Gridnev ID. A Rare Clinical Case of Small Bowel Perforation as a Complication of Behçet Disease. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2025;14(4):855–859. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-4-855-859> (in Russ.)

**Conflict of interest** Authors declare lack of the conflicts of interests

**Acknowledgments, sponsorship** The study has no sponsorship

**Affiliations**

Fyodor D. Kochetkov	Assistant Professor, Department of Faculty Surgery with a Pediatric Surgery Course, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; Surgeon, First Surgical Department, Ryazan Regional Clinical Hospital; <a href="https://orcid.org/0000-0001-6646-8595">https://orcid.org/0000-0001-6646-8595</a> , <a href="mailto:kochetkovf@bk.ru">kochetkovf@bk.ru</a> ; 55%, direct participation in the patient's surgical treatment and collection of intraoperative data; writing and structuring the main part of the manuscript (clinical observation, results, discussion); processing and analysis of clinical data, preparation of illustrations
Alexander A. Natalsky	Professor, Doctor of Medical Sciences, Head, Department of Faculty Surgery with a Pediatric Surgery Course, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; Surgeon, First Surgical Department, Ryazan Regional Clinical Hospital; <a href="https://orcid.org/0000-0002-2387-3440">https://orcid.org/0000-0002-2387-3440</a> , <a href="mailto:lorey1983@mail.ru">lorey1983@mail.ru</a> ; 35%, concept and general management of the study, clinical supervision, data interpretation, approval of the final text of the article, general editing, and scientific review
Alexander V. Dumachev	First-year Full-time Clinical Resident, Department of Faculty Surgery with a Pediatric Surgery Course, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; <a href="https://orcid.org/0009-0007-4289-5622">https://orcid.org/0009-0007-4289-5622</a> , <a href="mailto:alexfoxling@gmail.com">alexfoxling@gmail.com</a> ; 10%, collection and systematization of medical history data, laboratory and instrumental examination results; literature review, assistance in preparing the introduction and list of references; technical assistance in article formatting
Ilya D. Gridnev	Second-year Full-time Clinical Resident, Department of Faculty Surgery with a Pediatric Surgery Course, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; <a href="https://orcid.org/0000-0002-9826-4164">https://orcid.org/0000-0002-9826-4164</a> , <a href="mailto:iliya21000@gmail.com">iliya21000@gmail.com</a> ; 5%, assistance with clinical case analysis, literature search and systematization; participation in article formatting, review of references and abbreviations

Received on 02.01.2025

Review completed on 08.04.2025

Accepted on 30.09.2025

Поступила в редакцию 02.01.2025

Рецензирование завершено 08.04.2025

Принята к печати 30.09.2025