



І. В. Кандаурова<sup>1</sup>, Я. П. Фелештинський<sup>2</sup>, Т. Ю. Пилипенко<sup>1</sup>,  
Т. П. Нагловська<sup>2</sup>, О. О. Гурик<sup>2</sup>

<sup>1</sup> КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика  
МОЗ України, Київ

## ВИПАДОК УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОЇ З УСКЛАДНЕНОЮ ФОРМОЮ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Описано випадок успішного лікування хворої віком 41 рік з неспецифічним виразковим колітом, ускладненим перфорацією. Хворій виконано субтотальну проксимальну колектомію з виведенням кінцевої ілеостоми, санацію та дренивання черевної порожнини.

■ **Ключові слова:** неспецифічний виразковий коліт, перфорація, перитоніт, ускладнення, колектомія, нориця.

Хронічні неспецифічні запальні захворювання кишечника, а саме хвороба Крона (ХК) та неспецифічний виразковий коліт (НВК), привертають дедалі більшу увагу лікарів та науковців, оскільки кількість пацієнтів з цими тяжкими захворюваннями невинно зростає. За даними останніх епідеміологічних досліджень, щорічна захворюваність на НВК у Європі становить 10,4 випадку, а на ХК — 5,6 випадку на 100 тис. населення [13, 14]. Захворюваність на НВК в Україні становить 50—80 випадків на 100 тис. населення. При цьому щорічно виявляють 5—13 нових випадків захворювання на 10 тис. населення [2, 3].

НВК первинно виявляють переважно у двох вікових групах — у молодих людей (15—25 років) та в осіб старшого віку (55—65 років), хоча захворювання може виникнути у будь-якому віці.

Жінки більш схильні до розвитку зазначеної патології, ніж чоловіки, — у них НВК трапляється на 30 % частіше [9, 10]. Незважаючи на прогрес, досягнутий останніми десятиріччями в розумінні патогенезу захворювань, причина їх залишається невідомою. За припущенням дослідників, у патогенезі захворювання можуть відігравати певну роль імунні й генетично зумовлені чинники. Виявлено гени, які, ймовірно, можуть відповідати за спадкову схильність до виразкового коліту [11—13]. Згідно з

однією з теорій виникнення НВК причиною можуть бути віруси чи бактерії, котрі активізують імунну систему, або аутоімунні порушення (сенсibiliзація імунітету проти власних клітин) [1, 16, 17].

Неспецифічний виразковий коліт належить до захворювань, які, незважаючи на медикаментозну терапію, можуть швидко призводити до розвитку тяжких ускладнень, а ті своєю чергою — до інвалідації хворого або летального наслідку. Найпоширеніші ускладнення НВК: токсичний мегаколон (розвивається в 3—5 % випадків), перфорація товстого кишечника (у 3—5 % випадків), яка часто призводить до смерті (у 72—100 %), стриктури прямої чи товстої кишки (у 3—19 % випадків), профузна кишкова кровотеча (у 1—6 % випадків), періанальні ускладнення (у 4—30 % випадків): парапроктити, нориці, тріщини, періанальне подразнення шкіри, рак товстої кишки (у 2—3 % випадків) [6, 8].

Питання хірургічного лікування хворих на тяжкі форми НВК привертає дедалі більшу увагу хірургів через збільшення кількості випадків захворювань та відсутність єдиної думки щодо питань хірургічної тактики.

Швидке прогресування захворювання, переоцінка можливостей консервативної терапії, нечіткість показань до операції часто призводять до

затягування з виконанням хірургічного втручання. Розширена резекція товстої кишки у хворого в термінальній фазі захворювання супроводжується незадовільними результатами хірургічного лікування: частота післяопераційних ускладнень — 50—80 %, летальність — 60—100 % [4, 5, 15].

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хвора Б., 41 рік, історія хвороби № 100139/32, госпіталізована в Київську обласну клінічну лікарню в ургентному порядку 09.01.2015 зі скаргами на виражений біль у животі, нудоту, блювоту, діарею до 3—4 разів на добу, підвищення температури тіла до 39 °С, різку загальну слабкість, сухість у роті, спрагу.

З анамнезу захворювання відомо, що тривалість захворювання — близько 1 року. Воно розпочалося з діареї та схуднення. В березні 2014 р. лікувалася з приводу гострого парапроктиту — розкриття гнійника в центральній районній лікарні. Рана тривало не загоювалася, гнійні параректальні нориці досі збереглися.

Наприкінці грудня 2014 р. пацієнтка відчула погіршення стану та звернулася по медичну допомогу в центральну районну лікарню, 06.01.2015 р. госпіталізована в інфекційне відділення. 09.01.2015 р. переведена в Київську обласну клінічну лікарню.

Об'єктивно: хвора у тяжкому стані, свідомість ясна, виснажена, будова тіла — нормостенічна (зріст та масу тіла пацієнтки не визначали через тяжкість стану). Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті, язик сухий, обкладений білим нальотом. Температура тіла — 38,5 °С. Частота дихальних рухів — 18 за 1 хв. Дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються. Гемодинаміка зі схильністю до гіпотонії: артеріальний тиск — 90/60 мм. рт. ст., ЧСС — 90 за 1 хв, задовільних властивостей. Периферичні лімфовузли не збільшені. Живіт не піддутий, участі в акті дихання не бере, напружений, різко болючий у всіх відділах. Симптом Шоткіна—Блюмберга позитивний у всіх відділах.

*Per rectum:* у періанальній ділянці на 7-й та 11-й годинах умовного циферблата — нориці (розкриття гострого парапроктиту в березні 2014 р.), тканини навколо м'які, без інфільтрації. В ампулі рідкий вміст. Тонус сфінктера ослаблений. Слизова прямої кишки м'яка, еластична. Інфільтратів та набряків параректальної клітковини не виявлено. На рукавичці кал коричневого кольору.

Пацієнтку обстежено в ургентному порядку.

*Дані лабораторних обстежень (09.01.2015 р.)*

Загальний аналіз крові: еритроцити —  $3,58 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін — 90 г/л, лейкоцити —  $14,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити —  $690 \cdot 10^9$ /л. Глюкоза у крові — 5,1 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: питома вага — 1030, рН — 5,0, лейкоцити — 3—4 у полі зору, еритроци-

ти — 2—3 в полі зору, епітелій плоский — невелика кількість, білка немає.

Біохімічний аналіз крові: сечовина — 4,59 ммоль/л, креатинін — 91,92 мкмоль/л, загальний білірубін — 16,4 мкмоль/л, прямий — 2,5 мкмоль/л, непрямий — 13,9 мкмоль/л, аспаратамінотрансфераза — 17 ОД/л, аланінаміно-трансфераза — 21 ОД/л, загальний білок — 42 г/л, амілаза в крові — 34,5 ОД/л (норма — до 53 ОД/л).

*Дані інструментальних досліджень*

*(09.01.2015 р.):*

ЕКГ: синусова тахікардія, частота серцевих скорочень — 92/хв. Електрична вісь серця не відхилена. Двофазний зубець Т у V3 (імовірно, зумовлений анемією).

Рентгенографія органів грудної клітки: легені розправлені. Достовірних даних щодо наявності вогнищево-інфільтративних змін не виявлено. Корені структурні. Контури діафрагми простежуються. Синуси вільні від рідини. Серце без особливостей.

Рентгенографія органів черевної порожнини: визначається вільний газ під правим та лівим куполами діафрагми. Достовірних даних щодо наявності рівня рідини не виявлено. Висновок: перфорація порожнистого органа.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: печінка, нирки, жовчний міхур та селезінка — без патології. В проекції термінального відділу здухвинної кишки визначається відрізок кишечника з розширенням просвіту до 4 см та набряковим потовщенням стінок, ехопозитивним вмістом, навколо якого міститься велика кількість вільної рідини. Висновок: ультразвукова картина може відповідати термінальному ілеїту.

*Консультації суміжних спеціалістів*

*(09.01.2015 р.)*

Кардіолог: дисметаболічна кардіоміопатія.

Інфекціоніст — даних щодо гострої інфекційної патології немає.

З огляду на дані клінічного, лабораторного та інструментального обстеження встановлено клінічний діагноз: перфорація порожнистого органа, перитоніт.

Після проведеної доопераційної підготовки хвору прооперовано в ургентному порядку за життєвими показаннями 09.01.2014 р.

Інтраопераційно: після обробки операційного поля під ендотрахіальною анестезією виконано серединно-серединну лапаротомію. В черевній порожнині велика кількість мутної рідини з фібрином та рідким кишковим вмістом (близько 1 л; рис. 1). Поперечна ободова, висхідна та сліпа кишки різко збільшені в розмірі, діаметром близько 11 см, багряного кольору з інфільтрованими стінками. В сліпій та висхідній кишках, а також у лівій половині поперечної ободової кишки, ближче до селезінкового згину виявлено кілька ділянок некрозу стінки від 0,6 до 2,5 см у діаметрі з перфо-



*Рис. 1. В черевній порожнині велика кількість мутної рідини з фібрином та рідким кишковим вмістом*



*Рис. 2. Тонкий кишечник з множинними фібринозними нашаруваннями*

ративними отворами, крізь які в черевну порожнину надходять рідкі кишкові маси. Низхідний відділ товстої кишки без перфорацій, але з помірно інфільтрацією стінок. Сигмоподібна кишка вкорочена, без зовнішніх ознак запалення стінок. Тонкий кишечник до 3,5 см у діаметрі з множинними фібринозними нашаруваннями, які також наявні по всій парієтальній і вісцеральній очеревині (рис. 2). Встановлено діагноз — НВК, ускладнений множинними перфораціями і дифузним фібринозно-каловим перитонітом. Перфоративні отвори прошиті для запобігання потраплянню калових мас у черевну порожнину, після цього проведено мобілізацію правої половини товстої кишки. Ліва частина поперечної ободової кишки і низхідна кишка до сигмоподібної — без видимих патологічних змін. Мобілізовані відділи кишечника резектовані разом з термінальним відділом клубової кишки (до 30 см). Сформовано кінцеву ілеостому. Сигмоподібну кишку ушито дворядними швами. Відновлено парієтальну очеревину. Видалено фібринозні нашарування з кишечника та парієтальної очеревини. Черевну порожнину промито розчином хлоргексидину, дренажено (по 2 дренажі: до кульги сигмоподібної кишки, у лівий піддіафрагмальний простір, підпечінковий простір та малий таз). Черевну порожнину ушито до шкіри. На шкіру накладено провізорні шви, пов'язку з бетадином.

Макропрепарат: резектована товста кишка з термінальним відділом клубової кишки набряклі, гіперемовані з інфільтрацією та перфоративними дефектами в сліпій, висхідній і поперечній ободовій кишках. Збоку просвіту множинні виразкові дефекти слизового та підслизового шарів. На сли-

зовій оболонці тонкої кишки дефектів не видно. Препарат відправлено для патогістологічного висновку.

Післяопераційний період перебігав тяжко, ускладнився двобічним ексудативним плевритом, який неодноразово пунктували. Виникла тонкокишкова нориця, яка дреновалася крізь нижній кут серединної рани. Нориця з черевною порожниною не з'єднувалася. Прийнято рішення про консервативну тактику ведення нориці. Ілеостома функціонує.

Проводили інфузійну антибактеріальну терапію, переливання препаратів крові, білкових препаратів, специфічну терапію («Пентаса» в таблетках та свічках), вітамінотерапію, антисекреторну терапію («Сандостатин» по 0,1 мг тричі на добу протягом 5 днів підшкірно). Тонкокишкова нориця закрилася через 3 тиж. Хвору 20.02.2015 р. виписано з ілеостомою в задовільному стані. На момент виписки лабораторні показники — в межах норми. При контрольному огляді через місяць — хвора в задовільному стані, маса тіла збільшилася, стома функціонує, рани загоїлися. Пацієнтка пройшла медико-соціальну експертну комісію та отримала II групу інвалідності.

#### **ВИСНОВКИ**

Несвоєчасна діагностика неспецифічного виразкового коліту та запізнення з призначенням специфічного лікування призводять до розвитку такого тяжкого ускладнення, як множинні перфорації товстої кишки. Виникнення цього ускладнення напряму пов'язано з активністю запального процесу і розміром ураження кишки.

## Література

1. Бойко Т. Й. Алгоритм діагностики неспецифічного виразкового коліту // *Новости медицины и фармации.* — 2010. — Вып. 337.
2. Захараш М. П., Пойда А. И., Мельник В. М. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы // *Матер. II з'їзду колопроктологів України за міжнар. участю.* — К., 2006. — С. 21—34.
3. Ивашкин В. И., Шельгин Ю. А., Абдулганиева Д. И. и др. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом. — М., 2013. — 22 с.
4. Лозинський Ю. С., Куновський В. В., Коляда І. О. та ін. Спосіб корекції дисфункції ілеостомі у пацієнтів із запальними захворюваннями товстої кишки // *Шпитальна хірургія.* — 2014. — № 4. — С. 86—88.
5. Милиця М. М., Постоленко М. Д., Милиця К. М. та ін. Хірургічні аспекти лікування неспецифічного виразкового коліту // *Зб. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика.* — 2014. — С. 626—632.
6. Орлова Л. П., Тихонов А. А., Титов А. Ю. и др. Ультразвуковой и рентгенологический методы исследования в диагностике трансфинктерных и экстрафинктерных свищей прямой кишки // *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* — 2012. — № 1. — С. 24—31.
7. Пойда А. И., Мельник В. М. Новые методы хирургической реабилитации после колэктомии, колэктомии и резекции прямой кишки, колэктомии и экстирпации прямой кишки // *Харків. хір. шк.* — 2009. — № 2. — С. 73—76.
8. Полунин Г. У., Польшамедов Ф. И., Седаков И. Е. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита и болезни Крона // *Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология (407).* — 2012. — С. 1—2.
9. Шукіна О. Б., Харитидис А. М. Заживление слизистой оболочки толстой кишки — современная цель лечения язвенного колита // *Колопроктология.* — 2015. — № 1 (51). — С. 82—88.
10. Annesa V., Dapernob M., Rutter M. D. et al. European Crohn's and Colitis Organisation // *European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease.* — 2013. — N 12. — P. 982—1018.
11. Bayless T. M., Hanauer S. B. Advanced therapy of inflammatory bowel disease // *Ulcerative Colitis.* — 2011. — Vol. 1. — P. 465—470.
12. Cho J. H., Brant S. R. Recent insights into the genetics of inflammatory bowel disease // *Gastroenterology.* — 2011. — Vol. 6 (140). — P. 1704—1712.
13. Dignass A., Lindsay J. O., Sturm A. et al. Crohns Colitis // *Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management.* — 2012. — P. 991—1030.
14. Kaser A., Zeissig S., Blumberg R. S. Inflammatory bowel disease // *Annu. Rev. Immunol.* — 2010. — Vol. 28. — P. 573—621.
15. Löwenberg M., de Boer N. K. H., Hoentjen F. Golimumab for the treatment of ulcerative colitis // *Clin. Exp. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 7. — P. 53—59.
16. Wang Y. F., Ouyang Q., Hu R. W. Progression of inflammatory bowel disease in China // *Dig. Dis.* — 2010. — Vol. 11. — P. 76—82.
17. Xavier R. J., Podolsky D. Unraveling the pathogenesis of inflammatory bowel disease // *Nature.* — 2007. — Vol. 448. — P. 427—434.

**И. В. Кандаурова<sup>1</sup>, Я. П. Фелештинский<sup>2</sup>, Т. Ю. Пилипенко<sup>1</sup>, Т. П. Нагловская<sup>2</sup>, А. А. Гурик<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница»

<sup>2</sup> Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Описан случай успешного лечения больной в возрасте 41 год с осложненным язвенным колитом. Больной выполнены субтотальная проксимальная колэктомия с выводом концевой илеостомы, санация и дренирование брюшной полости.

**Ключевые слова:** неспецифический язвенный колит, перфорация, перитонит, осложнения, колэктомия, свищ.

**I. V. Kandaurova<sup>1</sup>, Ya. P. Feleshtinsky<sup>2</sup>, T. Yu. Pilipenko<sup>1</sup>, T. P. Naglovska<sup>2</sup>, O. O. Huryk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> CI «Kyiv Regional Clinical Hospital»

<sup>2</sup> P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

## TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED ULCERATIVE COLITIS: CASE REPORT

The case of successful treatment of 41 years old patient with complicated nonspecific ulcerative colitis, treated in the surgical department, has been described. Patients underwent subtotal colectomy with the conclusion of the proximal end ileostomy, sanitation and drainage of the abdominal cavity.

**Key words:** nonspecific ulcerative colitis, perforation, peritonitis, complications, colectomy, fistula.