

Ішемічний коліт в ургентній хірургії

І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, В.В. БЕНЕДИКТ, В.Б. КАТЕРНЯК, А.В. КОРДЯК, Ю.М. КОВАЛЬЧУК,
Т.І. БАЛАЦЬКИЙ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ISCHEMIC COLITIS IN EMERGENCY SURGICAL PRACTICE

I.YA. DZYUBANOVSKY, V.V. BENEDYKT, V.B. KATERNYAK, A.V. KORDYAK, YU.M. KOVALCHUK, T.I. BALATSKY

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Останнім часом спостерігається зростання числа пацієнтів із хворобами товстої кишки та збільшується частота ускладнених форм цих захворювань [4]. Однією з таких нозологій є ішемічний коліт, особливістю якого є складність доопераційної діагностики. В основі цього захворювання лежить сегментарне ураження товстої кишки на ґрунті порушення кровопостачання. За даними літератури [2], найчастіше процесом уражаються ліві відділи товстої кишки: селезінковий кут, низхідний відділ, сигмоподібна кишка. Така локалізація ішемічних уражень пояснюється особливостями кровопостачання згаданих відділів – наявністю анастомозу між артеріями басейнів а. mesenterica superior та а. mesenterica inferior у вигляді ріолонової дуги. Дефіцит кровопостачання кишкової стінки в цих ділянках може виникнути при атеросклеротичному ураженні артеріальної дуги Ріолана, артеріальній гіпертензії, вузликковому періартеріїті та деяких інтеркурентних захворюваннях [2].

Ми цілком згодні з думкою В.А. Оппеля: “Для того, щоб діагностувати захворювання, необхідно про нього пам’ятати”. І тому метою нашої публікації є ознайомлення ургентних хірургів із перебігом ішемічних уражень товстої кишки, ускладнених гострим перитонітом.

Поряд із загальноприйнятими методами дослідження ми вивчали ступінь інтоксикації за допомогою визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) [3] і неспецифічну резистентність організму за паличкоядерно-лімфоцитарним індексом (ПЛІ) [1].

Ми спостерігали два випадки сегментарної ішемії товстої кишки у хворих чоловічої статі у віці 55 та 67 років.

Наводимо клінічний випадок.

Хворий Щ. віком 55 років, госпіталізований в реанімаційне відділення ЦРЛ 15.03.08. У контакт не

вступає. Температура тіла – 35,8 °С. Пульс – 80 уд. за хвилину, ритмічний, слабкого наповнення та напруження. АТ – 100/70 mm Hg. Тремор тіла. Шкірні покриви холодні на дотик. З ротової порожнини – запах алкоголю. Був доставлений машиною швидкої допомоги, знайдений на вулиці. Відомо, що перебуває на диспансерному обліку в нарколога. Після проведення інтенсивної терапії стан хворого покращився. В контакт вступає. Скарги на біль у животі, більше в нижніх відділах, загальну слабкість. Пульс – 80 уд. за хвилину, задовільних властивостей, ритмічний. АТ – 120/80 mm Hg. Язик сухуватий, обкладений сірватою осугою. Живіт правильної форми, симетричний. Передня черевна стінка бере участь в акті дихання. При пальпації – м’який, болочий в нижніх відділах, більше в лівій здухвинній ділянці. Ознаки подразнення очеревини сумнівні. Перистальтика вислуховується: задовільна, ритмічна. Тричі мали місце випорожнення з домішками червоної крові. Після цього стан хворого різко погіршився. Наростали перитонеальна симптоматика, інтоксикація.

Оглянутий психіатром, неврологом, ендоскопістом, пульмонологом, кардіологом.

Запідозрено ушкодження внутрішніх органів. З діагностичною метою проведено лапароцентез. Патологічного вмісту не отримано. Черевну порожнину дреновано ПХВ трубкою. У зв’язку із наявністю ригідності м’язів потилиці, симптомом Керніга, інтенсивність яких зростала, було виконано люмбальну пункцію з діагностичною та лікувальною метою. Крові в лікворі не виявлено.

Встановлено діагноз: розлади психіки і пам’яті в результаті вживання алкоголю, загальне переохолодження; алкогольне сп’яніння; інтоксикаційно-гіпоксична енцефалопатія із судомним синдромом; набряк мозку І ст.; позаликарняна двобічна пневмонія; хімічний опік стравоходу; ерозивний езофагіт; хронічний гастродуоденіт; гіпертонічна хво-

роба II ст., прогресуючий перебіг; ІХС із дисметаболичною кардіоміопатією; СН II А ст.

При динамічному спостереженні відзначено появу здуття живота, пригнічення перистальтики, невідходження газів. Передня черевна стінка об-

межено бере участь в акті дихання. Сумнівні ознаки подразнення очеревини. З шлунка зондом евакуйовано 500 мл застійного вмісту.

Показники загального аналізу крові та рівень інтоксикації у хворого наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Динаміка показників периферійної крові та рівня інтоксикації до операції у хворого на гостре ішемічне ураження товстої кишки

Показники	15.03.08	16.03.08	17.03.08
Кількість еритроцитів, $\times 10^{12}$	5,0	4,65	4,08
Кількість лейкоцитів, $\times 10^9$	32,2	9,6	9,3
Паличкоядерних, %	15	21	58
ЛП	10,5	6,2	13,36
ПП	1,5	2,2	5,8

Незважаючи на наявність тяжкої супутньої патології, у зв'язку із наростанням клініки динамічної кишкової непрохідності, сумнівними перитонеальними ознаками, консилиарно вирішено виконати діагностичну лапаротомію.

17.03.08 під місцевою анестезією виконано лапаротомію нижче пупка довжиною 6 см. Ревізія: виявлено роздуті до 5 см петлі тонкої кишки, в черевній порожнині по лівому фланку близько 100 мл мутного ексудату з неприємним запахом, виявлено некроз сигмоподібної кишки на ділянці довжиною до 30 см. Наркоз. Нижньо-, середньо-середина лапаротомія, назогастроінтестинальна інтубація із декомпресією. Сигмоподібна кишка сірого кольору, стінка витончена, щільна. Виконано резекцію сигмоподібної і частини низхідної ободової кишки, дистальний кінець ушито, проксимальний виведено у вигляді стоми. Проведено дронування та ушивання черевної порожнини.

Післяопераційний діагноз: гострий сегментарний тромбоз судин сигмоподібної кишки; гангрена сигмоподібної кишки; необмежений місцевий гнійний перитоніт; динамічна непрохідність кишки.

При гістологічному дослідженні резексованої частини товстої кишки – в стінці явища некрозу з вираженою запальною реакцією на ґрунті порушення артеріального кровообігу.

Перебіг післяопераційного періоду звичайний, на 14-ту добу хворий в задовільному стані виписаний з відділу.

26.08.08 пацієнт госпіталізований в хірургічне відділення для виконання реконструктивної операції. Після проведення підготовки 5.09.08 виконано ліквідацію сигмостоми з формуванням термінального сигморектоанастомозу. Післяопераційний перебіг без особливостей. 19.09.08 виписаний з лікарні для подальшої амбулаторної реабілітації.

Труднощі, які виникають при діагностиці ішемічних уражень товстої кишки, ілюструє і такий клінічний випадок.

Хворий П., 1939 р.н., доставлений бригадою швидкої допомоги в хірургічне відділення з діагнозом: гострий панкреатит; гіпертонічна хвороба. При подальшому стаціонарному обстеженні пацієнтові був встановлений діагноз: гострий панкреатит; аденома передміхурової залози, гостра затримка сечі; хронічне обструктивне захворювання легень, базальний пневмофіброз, емфізема легень, ДН II ст., ІХС; атеросклеротичний кардіосклероз; гіпертонічна хвороба II ст., СН II А ст. Протягом доби хворий отримував відповідне консервативне лікування, однак поліпшення не настало. У хворого запідозрено наявність гострої абдомінальної патології. Виконано лапароцентез. У черевній порожнині залишено дренаж. Вмісту з черевної порожнини не отримано.

Наступної доби відзначено появу перитонеальних ознак, з черевної порожнини дренажем почав виділятися гнійний ексудат. Пацієнт взятий в операційну. Після лапаротомії при ревізії виявлено некроз товстої кишки протяжністю від селезінкового кута до прямої кишки. Хворому була виконана лівобічна геміколектомія, сформована трансверзостама, черевна порожнина дренована. Післяопераційний перебіг був тяжким, однак настало видужання і хворий був виписаний. Від реконструктивної операції пацієнт відмовився. Працює. Виконує фізичну роботу.

При аналізі перебігу захворювання у хворих звертає на себе увагу гіперлейкоцитоз на початку хвороби ($32,2 \times 10^9/\text{л}$ і $20,0 \times 10^9/\text{л}$ відповідно). Така неспецифічна ознака некрозу кишки, за даними літератури [5], з'являється ще до появи клінічних ознак перитоніту.

Отже, наведені приклади вказують, що перебіг ішемічного ураження товстої кишки при своєчасній діагностиці в прогностичному плані є сприятливим як в ранньому періоді після операції, так і в більш віддаленому періоді.

Висновки. 1. Діагностика гострого ішемічного ураження товстої кишки має певні труднощі, що потребує в сумнівних випадках та при наростанні

явищ інтоксикації звернення до такого діагностичного заходу, як діагностична лапаротомія.

2. Для хворих, які перенесли резекції із виведенням кінцевих колостом з приводу гострого ішемічного сегментарного ураження товстої кишки, доцільним є проведення в подальшому за наявності технічних умов реконструктивних операцій із відновлення природного пасажу кишкового вмісту по травному каналу, що суттєво покращує якість життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бенедикт В.В., Гнатюк М.С., Голда Ю.М., Коробко Л.Р., Бенедикт Н.В. Особливості змін показників неспецифічної резистентності організму у хворих на перитоніт // В кн.: Здобутки клінічної та експериментальної медицини: Збірник праць наук.-практ. конф. Вип. 7. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 65-66.
2. Дробни Ш. Хирургия кишечника. – Будапешт, 1983. – 592 с.
3. Кальф-Калиф Я.Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита // Хирургия. – 1947. – № 7. – С. 40-43.
4. Кондратенко П.Г., Губергриц Н.Б., Элин Ф.Э., Смирнов Н.Л. Клиническая колопроктология: Руководство для врачей. – Х.: Факт, 2006. – 385 с.
5. Лепэдат П. Хирургия кишечника. – Бухарест, 1975. – 282 с.