

© В. Б. ГОЩИНСЬКИЙ, В. В. БЕНЕДИКТ, О. А. ПИЖЕВСЬКИЙ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Випадок успішного консервативного лікування ішемічного коліту

V. B. HOSHCHYNSKYI, V. V. BENEDYKT, O. A. PYZHEVSKYI

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

A CASE OF SUCCESSFUL CONSERVATIVE TREATMENT OF ISCHEMIC COLITIS

У статті наведено клінічний випадок консервативного лікування ішемічного ураження товстої кишки у хворого з тяжкою декомпенсованою супутньою патологією. Звернено увагу на високу інформативність комп'ютерної томографії органів черевної порожнини і на можливість виконання операцій у цих хворих.

The article adduces the clinical case of conservative treatment of ischemic lesions of the colon in a patient with severe decompensated comorbidity. Attention is paid to the high information content of a computed tomographyscan of the abdomen and the ability to perform these operations in patients.

В останні роки в ургентній абдомінальній хірургії часто зустрічаються клінічні ситуації, які пов'язані з порушенням кровопостачання товстої кишки [1]. За літературними даними, ішемічні стани товстої кишки зустрічаються значно частіше, ніж діагностуються, і їх своєчасна діагностика викликає певні труднощі [2]. Причиною ішемічного ураження можуть бути різні прояви атеросклерозу гіпертонічна хвороба, переміжна кульгавість та ін. [3] на тлі анатомічних особливостей кровопостачання лівих відділів товстої кишки [4].

Ми спостерігали чотирьох хворих на гострий ішемічний коліт. У трьох випадках проведено операцію з резекцією ішемічної некротичної ділянки і з формуванням колостоми. В одного пацієнта внаслідок наявної тяжкої декомпенсованої супутньої патології операція виконана не була. Наводимо цей клінічний випадок.

Хворий Л. віком 62 роки госпіталізований в хірургічне відділення з діагнозом пухлини черевної порожнини; зі скаргами на інтенсивний біль внизу живота, більше зліва, на нудоту, блювання, загальну слабкість і підвищення температури тіла до 39 °С. Хворіє впродовж семи діб. Супутня патологія – ІХС. Стенокардія напруги, III функціональний клас. Післяінфарктний (2008 р.) кардіосклероз, постійна форма миготливої аритмії, тахісistolічна форма, фібриляція передсердь. Гіпертонічна хвороба III стадії. СН II Б ступеня, облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок 3–4 стадії; синдром Леріша; ампутаційна кукса на рівні середньої третини правого стегна.

Об'єктивно. Стан середнього ступеня тяжкості, язик вологий, обкладений білими нашаруваннями. Пульс – 90 ударів за хвилину, аритмічний. АТ – 125 і 80 мм рт. ст. Живіт симетричний, бере участь в акті дихання, помірно здутий. При пальпації – резистентність передньої черевної стінки і болючість у лівій здухвинній ділянці та над лобком. Симптоми подразнення очеревини, шум плескоту – від'ємні. Аускультативно – ослаблені перистальтичні звуки. Гази відходять. Спостерігаються запори. Останній раз випорожнення були зранку за допомогою очисної клізми. Загальний аналіз крові: еритроцитів – $4,21 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 137 г/л, лейкоцитів – $18,3 \times 10^9/л$, мієлоцитів – 1 %, паличкоядерних – 20 %, сегментоядерних – 55 %, лімфоцитів – 21 %, моноцитів – 3 %. У біохімічному аналізі крові: білірубін – 97,71 мкмоль/л, сечовина – 16,05 ммоль/л, креатинін – 176,8 мкмоль/л. У коагулограмі суттєвих змін не виявлено. При рентгенологічному дослідженні – виражена пневматизація кишки зліва, наявність горизонтальних рівнів рідини в мезогастральній ділянці зліва. При УЗД органів черевної порожнини – виражений метеоризм. Призначено спазмолітичні препарати, антибіотикотерапію, симптоматична терапія спрямована на корекцію супутньої патології. Наступного дня загальний стан пацієнта погіршився. Вирішено для уточнення діагнозу хворому виконати комп'ютерну томографію органів черевної порожнини. Під час обстеження виявлено: виражену дилатацію, гіперпневматоз товстої кишки, помірне циркулярне потовщення стінок проксимального сегмента сиг-

моподібної кишки (до 10 мм), інтрамуральний пневматоз лівої половини товстої кишки, множинні міхурці газу в маргінальних мезентеріальних венах (А), газ у стінці кишки (В), скупчення вільного газу в брижі сигмоподібної кишки та за ходом низхідного відділу товстої кишки (С), дрібні міхурці вільного газу під куполами діафрагми. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. Ознаки атеросклерозу черевної аорти, її вісцеральних гілок, клубових артерій (рис. 1). Висновок: ознаки, характерні для некрозу лівої половини товстої кишки; пневмоперитонеум; порушення кровотоку в системі нижньої мезентеріальної артерії.

У хворого стверджено наявність гострого гангренозного ішемічного коліту. Пацієнту запропоно-

вано операцію. Родина і сам хворий від хірургічного лікування категорично відмовилися. Призначено антикоагулянтну, протизапальну і посиндромну терапію. Стан залишався тяжким. Спостерігали часті, рідкі випорожнення (до 8 разів на добу), із неприємним запахом. Через 2 тижні у хворого з'явилися ознаки вологої гангрени лівої нижньої кінцівки, з приводу прогресування якої пацієнту проведено ампутацію на рівні середньої третини лівого стегна. Через 4 тижні після захворювання товстої кишки у хворого два рази під час акту дефекації відійшли ділянки-зліпки некротизованої слизової товстої кишки у вигляді панчохи довжиною 60 і 80 см (рис. 2). При гістологічному дослідженні – некротична тканина.

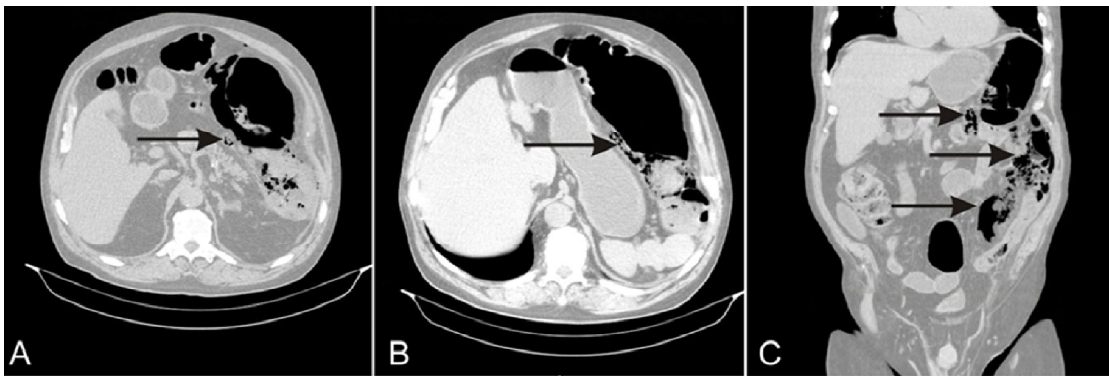


Рис. 1. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини у хворого Л: А – газ у маргінальних венах; В – газ у стінці кишки (інтрамуральний пневматоз); С – вільний газ за межами стінки кишки.

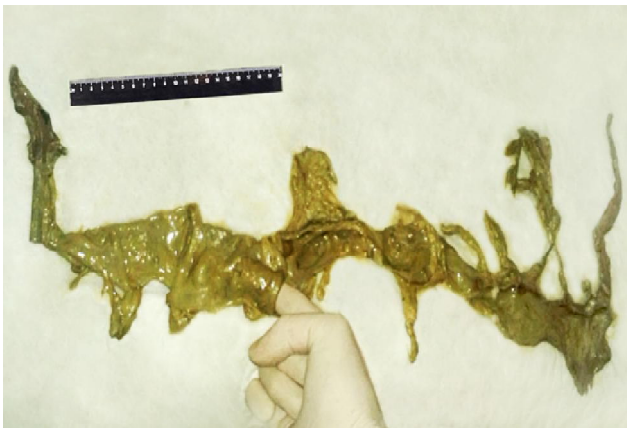


Рис. 2. Ділянка-зліпок некротизованої слизової товстої кишки у хворого Л. Палець хірурга в просвіті зліпка слизової кишки.

На 14-ту добу хворого виписано з хірургічного відділу з тенденцією до нормалізації пасажу по травному каналу (випорожнення – 2–3 рази на добу, напівформленої консистенції).

Таким чином, наведений клінічний випадок вказує на можливий сприятливий перебіг ішемічного коліту у хворих із транзитною і навіть з гангренозною його формами.

Висновки. 1. Діагностика гострого ішемічного ураження товстої кишки має певні труднощі, що потребує в сумнівних випадках та при наростанні явищ інтоксикації використання комп'ютерної томографії органів черевної порожнини.

2. Наведений клінічний випадок наводить на думку, що навіть при атеросклеротичному ураженні багатьох органів і систем необхідно виконувати симптоматичні операції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ішемічний коліт в ургентній хірургії / І. Я. Дзюбановський, В. В. Бенедикт, В. Б. Катерняк [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 4. – С. 64–66.
2. Неотложная гастроэнтерология : руководство для врачей / А. А. Крылов, А. Г. Земляной, В. А. Михайлович, А. И. Иванов. – Л. : Медицина, 1988. – 264 с.
3. Клиническая колопроктология : руководство для врачей / П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Элин, Н. Л. Смирнов. – Х. : Факт, 2006. – 385 с.
4. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни. – Будапешт, 1983. – 592 с.

Отримано 03.06.13