

УДК: 616.341/345-002.44+616.344-002-031.84

В.Б.Рева*, **О.Б.Русак***, **О.І.Філіпець****, **О.Б.Колотило***

*Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г. Іфтодій) Буковинський державний медичний університет,

**Лікарня швидкої медичної допомоги (головний лікар – О.І. Грушко), хірургічне відділення № 1

МНОЖИННІ ПЕРФОРАЦІЇ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХВОРОБІ КРОНА

Резюме. В статті наведений клінічний випадок з практики перебігу хвороби Крона з множинними перфораціями тонкої та товстої кишки у хворого 39 років.

Ключові слова: хвороба Крона, клубова кишка, тонка кишка.

Хвороба Крона (ХК) є хронічним рецидивуючим захворюванням, що характеризується трансмуральним гранулематозним запаленням із сегментарним ураженням різних відділів шлунково-кишкового тракту. Останнім часом відмічається різке зростання захворюваності на хворобу Крона як в Україні, так і в Європі. Частота виявлення ХК коливається від 30 до 50 випадків на 100000 населення [1].

В етіології та патогенезі розвитку цієї патології залишається багато білих плям. Найбільш поширеними є інфекційна, генетично-спадкова теорії та не перестає обговорюватись вірусна теорія ХК. ХК є імунopatологічним захворюванням при якому у підслизовому шарі кишечника формуються гранульоми, які містять велику кількість імунокomпетентних клітин. При цьому виробляється велика кількість антитіл, що утворюють циркулюючі або тканинні імунні комплекси [2-6]. Виразений цитокіновий дисбаланс, який призводить до збільшення кількості прозапальних цитокінів та проникливості слизової кишечника і веде до зростання антигенного навантаження.

При ХК може пошкоджуватися слизова оболонка усіх відділів шлунково-кишкового тракту, але найбільш типовою є локалізація процесу у термінальному відділі клубової та товстої кишки (45-52%). Найбільш тяжкими та загрозливими для життя є кровотечі та перфорації виразок тонкої та товстої кишки [1, 5, 6].

Наводимо власне спостереження. Хворий С. 39 років був госпіталізований в клініку зі скарга-

ми на різкий біль у животі, сухість у роті, виражену загальну слабкість. З анамнезу відомо, що різкий біль у животі виник у хворого два тижні тому, потім больовий синдром поступово зменшився та відновився вночі з різкого болю в нижніх відділах і поступово розповсюдився на весь живіт. Самопочуття хворого різко погіршилось і він був доставлений у лікарню швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Загальний стан хворого тяжкий, шкірні покрови бліді з сірим відтінком, слизові оболонки сухі, АТ - 90/50 мм.рт.ст., пульс 112 ударів за хвилину, язик сухий (ціткоподібний), живіт не бере участь у акті дихання, при пальпації напружений, різко болючий у всіх відділах, визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини.

З клінікою розлитого перитоніту хворого взято в операційну. Під інтубаційним наркозом виконано середньо-серединну лапаротомію. Під час ревізії встановлено: в черевній порожнині до 500 мл гнійного випоту з характерним колибацилярним запахом. Ілеоцекальний кут щільно фіксований до діафрагми таза. При роз'єднанні спайок у термінальному відділі клубової кишки на відстані 40,0 та 15,0 см від ілеоцекального кута виявлено два перфоративних отвори, перший 3,5×2,5 см, другий 1,5×0,5 см (рисунок). При мобілізації ілеоцекального кута виявлено тазовий абсцес об'ємом до 50 мл верхньою стінкою якого є термінальний відділ тонкої кишки з перфоративним отвором на відстані 5,0 см від кута. Також було знайдено ретроцекальний абсцес об'ємом до 30 мл, що містив густий гній із колі

© Рева В.Б., Русак О.Б., Філіпець О.І., Колотило О.Б. 2013



Рисунок. Перфоративні отвори термінального відділу клубової кишки.

бацилярним запахом. В ділянці абсцесу по задній стінці сліпої кишки виявлено перфоративний отвір до 2,0 см в діаметрі. Брижа тонкої кишки набрякла, хрящеподібної консистенції, містить велику кількість збільшених лімфатичних вузлів до 2,0 см в діаметрі, деякі з них із ознаками розпаду. Виконано правобічну геміколонектомію з накладенням ілеотрансверзоанастомозу і накладанням кінцевої трансверзостоми. Проведена санація черевної порожнини. Дренування черевної порожнини та заочеревинного простору трубчатими дренажами. Рана поширено захищена. Післяопераційний період відзначається тяжким перебігом. Хворий виписаний із клініки на 21 добу в задовільному стані. Післяопераційний період відзначається тяжким перебігом. Хворий виписаний із клініки на 21 добу в задовільному стані.

Список використаної літератури

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. – М.: Геотар Мед., 2001. – 527 с.
2. Ардатская М.Д. Дисбактериоз кишечника / М.Д. Ардатская // *Materia Medica*. – 2003. – № 2-3. – С. 16.
3. Ардацкая М.Д. Оценка эффективности препаратов 5-АСК и тактика выбора терапии неспецифического язвенного колита по содержанию летучих жирных кислот в кале и сыворотке крови / М.Д. Ардацкая, Э.Э. Арутюнян, О.Н. Минушкин // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2001. – № 6. – С. 65-70.
4. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.
5. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона / Е.А. Белоусова. – Тверь: ООО “Издательство “Триада”, 2002. – 128 с.
6. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение / И.Л. Халиф, И.Д. Лоранская. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРФОРАЦИИ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Резюме. В статье приведен клинический случай из практики течения болезни Крона с множественными перфорациями тонкой и толстой кишки у больного 39 лет.

Ключевые слова: болезнь Крона, подвздошная кишка, тонкая кишка.

MULTIPLE PERFORATIONS OF THE JEJUNUM AND COLON IN CROHN'S DISEASE

Abstract. The article presents a clinical case from a practice course of Crohn's disease with multiple perforations of the jejunum and colon in a 39-year old patient.

Key words: Crohn's disease, ileum, small intestine.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 10.09.2013 р.