

Клинический случай

С.Н. Ермашкевич, УО «Витебский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Частичный некроз слепой кишки

Изолированный некроз слепой кишки является редким осложнением большого числа разнообразных заболеваний. Мы наблюдали пациента с частичным некрозом слепой кишки, при этом достоверно идентифицировать причину его возникновения нам не удалось. Приводим наблюдение.

Пациент А., 20 лет, самостоятельно обратился в приемный покой УЗ «Витебская областная клиническая больница» 18.02.2011 г. в 19 ч 30 мин с жалобами на боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 38 °С. Заболел 17.02.2011 г. около 9 ч, когда появились боли в животе без четкой локализации. Постепенно боли переместились в правую подвздошную область и усилились, повысилась температура тела. Анамнез жизни и семейный анамнез без особенностей.

При осмотре общее состояние пациента расценено как удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Мышечная и костно-суставная система без отклонений от нормы. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. В легких дыхание везикулярное, частота дыхания — 18 в минуту. Пульс — 84 удара в минуту. АД — 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, напряженный и болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят. Стул был утром 18.02.2011 г., обычный. Рег rectum: без особенностей.

ОАК от 18.02.2011 г.: эритроциты — $4,83 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 157 г/л, СОЭ — 10 мм/ч, лейкоциты — $16,7 \times 10^9/л$, палочкоядерные — 17%, сегментоядерные — 68%, лимфоциты — 10%, моноциты — 3%, эозинофилы — 2%, токсическая зернистость нейтрофилов.

На основании имевшейся клинической картины и результатов лабораторных исследований больному выставлен диагноз острого аппендицита. Пациенту было показано оперативное лечение.

Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами выполнена лапаротомия доступом по McBurney в правой подвздошной области. В брюшной полости выпота нет. В рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком. Червеобразный отросток не изменен. Слепая кишка выражено гиперемирована, стенка ее отечная с множественными точечными кровоизлияниями в серозной оболочке, на этом фоне определялись три рядом расположенных участка зеленоватого цвета до 3,0 см в диаметре с зонами некроза в центре черного цвета до 1,0 см в диаметре. Выполнена срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости печень, селезенка, желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, восходящая, поперечная, нисходящая ободочная кишка, сигмовидная кишка без особенностей. Определялось увеличение лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки в илеоцекальной зоне. Пульсация верхней брыжеечной артерии и ее ветвей на всем протяжении отчетливая до уровня прямых сосудов. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием антиперистальтического илеотрансверзоанастомоза «бок

в бок» двухрядными узловыми швами. Правый боковой канал и малый таз дренированы через рану в правой подвздошной области, рана ушита до дренажей. Лапаротомная рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная терапия: цефтриаксон 2,0 г внутривенно 3 раза в сутки, амикацин 1,0 г внутривенно 1 раз в сутки, метронидазол 0,5% — 100,0 внутривенно 3 раза в сутки в течение 8 дней. Температура тела нормализовалась к 5-м суткам после операции. Дренажи из брюшной полости удалены на 4-й день. Швы сняты на 10-е сутки.

При анализе результатов лабораторных (общий анализ крови и мочи, развернутый биохимический анализ крови, коагулограмма), микробиологического и инструментальных методов исследования (рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, включая методики исследования кровотока с использованием режимов цветного доплеровского картирования, тканевой и энергетической доплерографии, фиброэзофагогастродуоденоскопии), выполненных в послеоперационном периоде, каких-либо отклонений выявлено не было.

При патогистологическом исследовании удаленного операционного материала обнаружены очаговые некротические изменения всех слоев стенки слепой кишки. Опухолевый рост, признаки хронического воспаления, васкулита или тромбоза обильного поражения не выявлены.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 4.03.2011 г.

Обсуждение

По данным литературы, некроз слепой кишки, как правило, является следствием ишемического колита. Наиболее часто причиной его возникновения становится атеросклеротическая или тромбозомболическая окклюзия а. ileocolica и ее ветвей, реже — окклюзия вен [1, 2, 4]. В качестве редких причин окклюзии сосудов описываются различные варианты васкулитов [5-7]. Некроз слепой кишки может возникнуть при завороте кишечника [8]. Он также развивается при тяжелых травмах и шоке, после открытых операций на сердце и аорте, вследствие хронической сердечной недостаточности, при хронических obstructивных заболеваниях легких, после приема некоторых лекарств и при проведении гемодиализа [2-4, 9]. Здесь наряду с неокклюзионной ишемией и нарушением микроциркуляции определенную роль в развитии некроза играет бактериальная суперинфекция [2, 9]. В некоторых случаях причиной некроза является болезнь Крона [10]. В нашем наблюдении установить причину развития некроза слепой кишки не удалось. Можно предположить, что в данном случае этиологическим фактором явился некий инфекционный агент.

У пациентов с некрозом слепой кишки клиническая картина представлена болями и напряжением мышц в правом нижнем квадранте живота, лихорадкой и лейкоцитозом, что напоминает клиническую картину острого аппендицита или осложненной карциномы толстой кишки [1-4].

Диагноз обычно устанавливают при попытке выполнения стандартной аппендэктомии или при проведении диагностической видеолапароскопии. При обнаружении некроза слепой кишки выполняют среднюю срединную лапаротомию и правостороннюю гемиколэктомия или резекцию слепой кишки с формированием первичного илеотрансверзоанастомоза или илеостомы по ситуации [1, 3, 4, 9]. В литературе описан только один случай частичной лапароскопической резекции слепой кишки по поводу ее частичного ишемического некроза [11].

Выводы

Хирург, оперируя пациента с клиникой острого аппендицита, может столкнуться с некрозом слепой кишки. В такой ситуации необходимо выполнить правостороннюю гемиколэктомию. Решение о формировании первичного анастомоза или кишечной стомы должно приниматься индивидуально

в зависимости от конкретной клинической ситуации (наличие перитонита, причина некроза, прогноз прогрессирования некротического поражения и т.д.). В послеоперационном периоде необходимо комплексное обследование пациента для установления причины некроза слепой кишки (если она не установлена во время операции) для проведения патогенетической терапии.

Литература

- Schuler J.G. Cecal necrosis: infrequent variant of ischemic colitis. Report of five cases / J.G. Schuler, M.M. Hudlin // Dis. Colon. Rectum. — 2000. — Vol. 43, № 5. — P. 708-712.
- «Cecal gangrene»: a rare cause of right-sided inferior abdominal quadrant pain, fever, and leukocytosis / W. Wiesner [et al.] // Emergency Radiology. — 2002. — Vol. 9, № 5. — P. 292-295.
- Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis / G. Kiwak [et al.] // The Turkish J. of Gastroenterol. — 2008. — Vol. 19, № 1. — P. 71-72.
- Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: a case series / A. Dirican [et al.] // J. Med. Case Reports. — 2009. — Vol. 3. — P. 7443.
- Schmidt W.A. Necrotizing vasculitis of the appendix and cecum in systemic lupus erythematosus / W.A. Schmidt, W. Schneider, E. J. Gromnica-Ihle // Z. Rheumatol. — 1996. — Vol. 55, № 4. — P. 267-271.
- Two cases of rheumatoid arthritis complicated with vasculitis-induced ischemic enterocolitis / Y. Okuda [et al.] // Ryumachi. — 1990. — Vol. 30, № 5. — P. 403-408.
- Intestinal necrosis as clinical presentation of Takayasu arteritis / R. Cornejo [et al.] // Rev. Med. Chil. — 2002. — Vol. 130, № 10. — P. 1159-1164.
- Marquez-Diaz A. A right sided colon volvulus with necrosis in a young patient. A case reported / A. Marquez-Diaz, M.A. Ramirez-Ortega // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc. — 2010. — Vol. 48, № 2. — P. 209-214.
- A rare case of acute cecal necrosis / M. Grande [et al.] // Tech. Coloproctol. — 2007. — Vol. 11, № 2. — P. 161-164.
- Болезнь Крона, осложненная некрозом сегмента купола слепой кишки и флегмонозным аппендицитом / В.3. Маховский [и др.] // Хирургия. — 2010. — № 9. — С. 73-75.
- Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal resection / Z. Perko [et al.] // Col. Antropol. — 2006. — Vol. 30, № 4. — P. 937-939.

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація анестезіологів України
Національна академія медичних наук України
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

VI Національний Конгрес анестезіологів України 18-21 вересня 2013 року, м. Львів

Матеріали доповідей будуть опубліковані в додатковому номері фахового журналу «Біль, знеболення і інтенсивна терапія».

Прохання надіслати матеріали до 1 липня 2013 р. в друкованому (з підписами авторів) та електронному вигляді (файл *.doc MS Word) обсягом до 5 сторінок.

Офіційні мови Конгресу: українська, російська, англійська.

До оргкомітету Конгресу необхідно надіслати:

- Текст матеріалів на паперовому носії (з підписами авторів), 1 екземпляр.
- Електронний варіант матеріалів на e-mail: aaukr.lviv@gmail.com
- Копію квитанції про сплату внеску за публікацію матеріалів у сумі 20 грн за одну сторінку.

Кошти перераховувати на розрахунковий рахунок ААУ:

р/р № 26003010042234 в ПАТ «Укресімбанк» в м. Києві, МФО 322313, ЄДРПОУ 14282781

Призначення платежу: внесок на проведення конгресу від (ПІБ автора роботи)

Вимоги до оформлення матеріалів:

- Редактор Word.
- Інтервал: полуторний (1,5 інтервалу).
- Перший абзац: ініціали та прізвище автора та співавторів по центру.
- Другий абзац: назва роботи.
- Третій абзац: назва закладу, де виконувалася робота, курсивом, по центру.
- Стаття повинна містити УДК, резюме та ключові слова на російській, українській та англійській мовах
- Назва рубрик: «Мета», «Матеріали і методи», «Результати та їх обговорення», «Висновки», необхідно виділяти жирним шрифтом і друкувати з абзацу.
- Кількість таблиць у роботі не повинна перевищувати 2.
- Не слід використовувати переносів тексту.

Матеріали надіслати за адресою:

Асоціація анестезіологів України, пров. Лабораторний, 14-20, м. Київ, 01133.

Контактні телефони оргкомітету:

(044) 528 5495 проф. Глумчер Фелікс Семенович

+38 (044) 529 2472;

e-mail: aaukr.lviv@gmail.com; сайт ААУ: www.aay.org.ua

проф. Підгірний Ярослав Михайлович

e-mail: pidhimyj-j@ukr.net