

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КАЛОВЫМ КАМНЕМ

С.В. ТАРАСЕНКО¹, А.А. НАТАЛЬСКИЙ¹, О.Д. ПЕСКОВ¹, В.П. КОЧУКОВ², С.А. ШАВЛОВСКАЯ¹

¹Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань

²Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Сведения об авторах:

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Натальский Александр Анатольевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: lorey1983@mail.ru

Песков Олег Дмитриевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Кочуков В.П. – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ

Шавловская Светлана Александровна – ординатор каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Несмотря на наличие современных высокотехнологических методов обследования, диагностика перфорации нисходящего отдела ободочной кишки затруднительна. Ежегодно, на долю поступающих пациентов с разлитым перитонитом, 30 – 40% приходится на перфорацию толстой кишки. Своевременная диагностика и обоснованный объем оперативного вмешательства обеспечивают благоприятный исход. В статье приводится разбор клинического случая, посвященного данной проблеме.

Ключевые слова: перфорация ободочной кишки, каловый перитонит.

По данным зарубежных и отечественных авторов перфорация толстой кишки является основной причиной развития калового перитонита [1, 2]. Несмотря на современные достижения хирургии, летальность при перитоните остается крайне высокой и составляет 30-50% [1]. В 80% случаев даже при ранней стадии заболевания удается обнаружить «свободный газ» при обзорной рентгеноскопии. Среди причин появления «свободного газа» в брюшной полости перфорация толстой кишки стоит на втором месте после язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. К наиболее частым причинам перфорации ободочной кишки относятся: неспецифический язвенный колит – в 19% случаев [3]; дивертикулярная болезнь – в 13% случаев [2], кишечная непроходимость – в 12%; злокачественные опухоли ободочной кишки – от 2 до 27% случаев, при этом, около 75% из них приходится на перфорацию в зоне опухолевого процесса, а остальные 25% составляют диастатические разрывы ободочной кишки [4]. Развивающийся на фоне опухолевой перфорации перитонит сопровождается наибольшей летальностью, достигающей 42,8-77,8% [5]. Каловый камень относится к редким причинам перфорации ободочной кишки и его доля составляет 1-2% случаев. К предрасполагающим местным факторам относятся: возраст старше 60 лет; наличие заболевания кишечника; нарушение моторно – эвакуаторной функции кишечника, которые приводят к нарушению микроциркуляции, ишемии, некрозу и в дальнейшем перфорации ободочной кишки.

Учитывая вариабельность патологий, приводящих к развитию перфораций, имеются трудности дифференциальной диагностики. При обследовании пациента с перфорацией любого полого органа и перитонита, будет наблюдаться схожая

клиническая картина: синдром системного воспалительного ответа, симптомы интоксикации; положительные симптомы раздражения брюшины, характерные также для острого аппендицита, панкреатита, гнойного сальпингита, холецистита. Рентгеноскопическая картина позволяет выявить «свободный газ» в брюшной полости без уточнения локализации перфорации. Ультразвуковое исследование способно обнаружить жидкость в брюшной полости, которая может быть результатом транссудации жидкости при остром воспалении любого органа. Исследование лабораторных показателей не имеет важного практического значения для диагностики перфорации вследствие того, что нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ встречается практически при всех воспалительных процессах и наличии хронического очага инфекции. Поэтому, с целью подтверждения диагноза и уточнения локализации перфоративного отверстия все чаще современные хирурги прибегают к диагностической лапароскопии. Большинство авторов придерживаются двухэтапной тактики лечения, однако, описаны успешные случаи формирования кишечных анастомозов в условиях перитонита.

Таким образом, редкость данной патологии, трудности дифференциальной диагностики, разнообразие тактических и технических приёмов в оперативном лечении обуславливают научный интерес со стороны практикующих хирургов.

Приводим описание клинического случая: больной Т., 78 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи с направительным диагнозом: «перитонит» в хирургическое отделение ГБУ РО «ГК БСМП» г. Рязани. Больной предъявлял жалобы на сильные боли в нижних отделах живота, резкую слабость, озноб. Боли появились во время ужина: сначала в ле-

вой подвздошной области, затем распространились на весь низ живота. Осмотр в отделении: живот умеренно вздут, не участвует в акте дыхания. Аускультативно выслушивается вялая перистальтика. При пальпации живот напряжен, резко болезненный в нижних отделах, где определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Лейкоциты – $24,2 \times 10^9 / \text{л}$, t тела – $38,2^\circ \text{C}$. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости выявлен умеренный пневматоз кишечника, свободного газа не обнаружено. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости определило небольшое количество свободной жидкости в нижних отделах живота. После проведения предоперационной подготовки болевой синдром купировать не удалось, больной в срочном порядке взят в операционную.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена диагностическая лапароскопия. В нижних отделах живота, мезогастрии обнаружено значительное количество мутного выпота с фибрином и характерным кишечным запахом. Визуализировать первоначальный источник не удалось. Выполнен бактериологический посев. Произведена конверсия, учитывая локализацию выпота – ниже-срединная лапаротомия, осушено около одного литра выпота. После тщательной ревизии в нисходящем отделе ободочной кишки пальпаторно определены несколько каловых камней, над одним из которых по латеральной стенке кишки имелось перфоративное отверстие диаметром 3-4 мм (рис. 1, 2).



Рис. 1. Каловый камень в просвете нисходящего отдела ободочной кишки:

- 1 – перфоративное отверстие;
2 – контурируемый каловый камень в толстой кишке

При надавливании на стенку кишки в свободную брюшную полость поступает газ и кал. Выполнена санация брюшной полости раствором водного хлоргексидина. Мобилизована брыжейка нисходящего отдела. Каловые камни низведены в пря-

мую кишку. Выведена петля ободочной кишки с перфорацией. Брюшная полость дренирована перчаточко – трубочным дренажом. Шов раны через все слои, наклеен калоприемник. Швы сняты на 10-е сутки. Через 60 дней с момента операции запланирован реконструктивный этап операции.

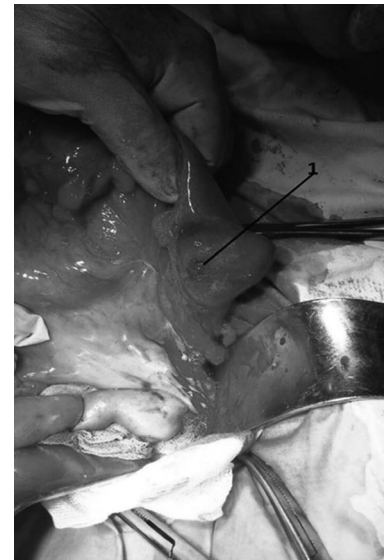


Рис. 2. Перфорация вблизи тени нисходящего отдела ободочной кишки:

- 1 – перфоративное отверстие

Данный клинический случай перфорации нисходящего отдела ободочной кишки подчеркивает важность своевременной диагностики и выбора оптимального объема экстренного оперативного вмешательства в успехе хирургического лечения больных с каловым перитонитом.

Список литературы

1. **Клиническая** оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
2. **Практическое** руководство всемирной организации гастроэнтерологов. Дивертикулярная болезнь / Под ред. Т. Мерфи, Р. Хант, М. Фрид. М., 2005. – 17 с.
3. **Клиническая** гастроэнтерология 3-е издание / Под ред Т. Н. Якубчик. ГрГМУ 2014. - 324 с.
4. **Алиев С.А.** Хирургическая тактика при перфоративных опухолях и диастатических разрывах ободочной кишки // Хирургия. — 1999. — № 12. С. 37-42.
5. **Алиев С.А., Алиев Э.С.** Послеоперационные внутрибрюшные осложнения в хирургии рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью и перфорацией опухоли. // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2015.- №5. - С. 98 – 104.
6. **Покровский Е.Ж.** Анализ причин летальных исходов при распространенном перитоните // Вестник Ивановской медицинской академии – 2012. - № 1 - С 29 – 32.

References

1. **Clinical** operative Coloproctology: a Guide for clinicians / edited by Fedorov V. D., Vorobyov G.I., Rivkin V. L. — M.: SSC proctology, 1994. — 432 p.
2. **Practice** guidelines of the world organization of gastroenterology. Diverticular disease / edited by T. Murphy, R. hunt, and M. fried. — M., 2005. — 17 S.
3. **Clinical** gastroenterology 3rd edition, ed T. N. Yakubchik .- GMU 2014.- 324 p
4. **Aliev S.A.** Surgical strategy in perforated tumors and diastoliceski rupture of the colon // Surgery. — 1999. — No. 12. Pp. 37-42.
5. **Aliev S.A., Aliev E.C.** Postoperative intra-abdominal complications in cancer surgery one of the colon complicated by intestinal obstruction and perforation of the tumor. // Vestnik of surgery named. I. I. Grekova. — 2015.- No. 5. - P. 98 – 104.
6. **Pokrovskii E.Zh.** Analysis of causes of lethal outcomes in diffuse peritonitis // Bulletin of the Ivanovo medical Academy – 2012 . No. 1 - C 29 – 32.

CLINICAL OBSERVATION OF PERFORATION OF THE DESCENDING PART OF THE COLON FECAL STONE

S.V. TARASENKO¹, A.A. NATALSKIY¹, O.D. PESKOV¹, V.P. KOCHUKOV², S.A. SHAVLOVSKAYA¹

¹Ryazan State Medical University n.a. I.P. Pavlov, Ryazan

²United Hospital and Polyclinic of the office of the President of the Russian Federation, Moscow

Information about the authors:

Tarassenko S.V. – MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov,

Natal'skiy A.A. – MD, Associate Professor of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: lorey1983@mail.ru

Peskov O.D. – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Kochukov V.P. – MD, Professor, Head of the Department of Surgery

Shavlovskaya S.A. – Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Despite the availability of modern high-tech methods of examination, diagnosis of perforation of the descending part of the colon is difficult. Every year, the share of incoming patients with spilled peritonitis, 30 to 40% occur in perforation of the colon. Timely diagnosis and reasonable volume of surgical intervention ensure a favorable outcome. The article provides an analysis of the clinical case devoted to this problem.

Key words: colon perforation, fecal peritonitis.