ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ – КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

PERFORATION OF A SIGMOID DIVERTICULUM – A CLINICAL EXAMPLE

УДК 6.61.617-089.844

Стяжкина С.Н., доктор медицинских наук, профессор, ИГМА, г. Ижевск
Филинова В.С., студент, ИГМА, г. Ижевск
Исмагилова А.А., студент, ИГМА, г. Ижевск
Исмагилова А.Д., студент, педиатрический факультет, ИГМА, г. Ижевск

Styazhkina S.N. lera_sergeeva_2013@mail.ru
Filinova V.S. lera_sergeeva_2013@mail.ru
Ismagilova A.A. lera_sergeeva_2013@mail.ru
Ismagilova A.D. lera_sergeeva_2013@mail.ru

Аннотация

По данным литературы, распространенность дивертикулеза толстой кишки в разных странах достигает 30% во всей популяции и 40% среди лиц старше 70 лет. Дивертикулы локализуются в разных отделах толстой кишки с разной частотой: в сигмовидной - у 60-85% больных, в нисходящей ободочной - у 13-24%, в поперечной ободочной - у 5%, в восходящей - у 6-17%, в слепой кишке - у 3% больных. Тотальное поражение ободочной кишки встречается довольно редко и, по статистическим данным, его частота не превышает 5%. Наибольшая частота образования дивертикулов именно в сигмовидной кишке объясняется тем, что диаметр ее просвета меньше, поэтому напряжение стенки во время перистальтических движений, как и внутрипросветное давление, больше.

Дивертикулярная болезнь (ДБ) – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями, обусловленными наличием дивертикулов, включая воспаление (дивертикулит) и его осложнения (перидивертикулит, абсцесс, перфорация дивертикула, свищ, перитонит, кровотечение).

Дивертикулез протекает в несколько стадий:

1. Безсимптомное течение – часто пациент даже не догадывается о наличие болезни.
2. Дивертикулез острый – отличительной особенностью является спазм стенки сигмовидной кишки.
3. Болезнь с осложнениями - для которого характерно опасное состояния здоровья. Потребует безотложного медицинского вмешательства.
4. Дивертикулит - формируется по мере наполнения дивертикулов каловыми массами, что формирует подходящую среду для размножения патогенных микроорганизмов.
5. Околокишечный инфильтрат – воспаление брюшины.
6. Кишечный свищ – свойственно спонтанное выявление гнойника, что тянет за собой образование свищей.
7. Перфорация дивертикула - когда перфорацией поражается область брюшины, высока вероятность формирования перитонита.

Annotation

According to the literature, the prevalence of colon diverticulosis in different countries reaches 30% in the entire population and 40% among people over 70 years of age. Diverticula are localized in different parts of the colon with varying frequency: in the sigmoid - in 60-85% of patients, in descending colon - from 13-24%, in transverse colon - 5%, in a rising - from 6-17% in the caecum - in 3% of patients. Total damage to the colon is quite rare and, according to statistics, its frequency does not exceed 5%. The greatest frequency of diverticula formation is in the sigmoid colon because the diameter of its lumen is smaller, so the wall tension during peristaltic movements, as well as the intraluminal pressure, is greater.

Diverticular disease (DB) is a disease characterized by clinical manifestations caused by the presence of diverticula, including inflammation (diverticulitis) and its complications (peridiverticulitis, abscess, perforation of the diverticulum, fistula, peritonitis, bleeding).

Diverticulosis occurs in several stages:

1. Asymptomatic course - often the patient does not even know about the presence of the disease.

2. Acute Diverticulosis-a distinctive feature is a spasm of the sigmoid colon wall.

3. Disease with complications-which is characterized by a dangerous state of health. It will require immediate medical intervention.

4. Diverticulitis-is formed as the diverticula is filled with fecal matter, which forms a suitable environment for the reproduction of pathogenic microorganisms.

5. Peritoneal infiltrate-inflammation of the peritoneum.

6. Intestinal fistula-spontaneous detection of an abscess is characteristic, which leads to the formation of fistulas.

7. Perforation of the diverticulum - when the perforation affects the peritoneal area, there is a high probability of formation of peritonitis.

Ключевые слова: хирургия, заболеваемость, лечение, перфорация, стадии дивертикулеза.

Keywords: surgery, morbidity, treatment, perforation, stages of diverticulosis.

Клинический пример из практики на базе 1 РКБ г. Ижевска.

Результаты и их обсуждения. Пациентка М., 73 года, начало заболевания 5 февраля 2017 год, поступила в 1 РКБ 8 февраля 2017 года. Жалобы при поступлении на постоянную резкую боль внизу живота, иррадиирующая в левое плечо, усиливающаяся при смене положения тела, слабость, сухость во рту, тошноту, сопровождающуюся двукратной рвотой

съеденной пищей с примесью желчи. *Анамнез*: появление боли связывает с поднятием тяжести, позже появилась тошнота, рвота, которая не облегчала состояние, после инъекций спазмолитиков состояние ненадолго улучшалось, обследовалась, установлен диагноз – перфорация дивертикула сигмовидной кишки. Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, мастэктомия слева (2005г по поводу рака молочной железы), артериальная гипертензия III степени, ИБС. Болезнь Боткина, ВИЧ, туберкулез, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, венерические заболевания, психические заболевания отрицает. Осложнения – разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадия 3 степени, риск 4. *Объективное исследование*: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 23 в минуту. Имеются объективные признаки одышки. Тоны сердца ритмичные. Живот слегка поддут, брюшная стенка участвует в акте дыхания свободно, имеется рубец на передней стенке живота по срединной линии длиной 16 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень не выступает из под края реберной дуги, безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется. Перистальтика выслушивается. Отеков нет. Лимфатические узлы безболезненные. *Локальный статус*: живот слегка поддут, брюшная стенка участвует в акте дыхания свободно, послеоперационный шов длиной 16 см. вертикальный по направлению, бледно-розового цвета, заживает первичным натяжением. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный по ходу лапаростомы в проекции концевой сигмостомы и дренажа. Перитонеальные симптомы отрицательные. *Данные лабораторно-инструментальных исследований*: показатели общего анализа крови от 06. 02. 2017 и 13.02.2017 анемия, от 06.02.2017 лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Полный анализ крови: лейкоцитурия, бактериурия от 08.02.2017, гиперстенурия от 08.02.2017 и 13.02.2017, протеинурия от 09.02.2017., биохимический анализ крови от 08.02.2017. – гипопротеинемия, гипоальбуминемия,

гиперкреатинемия, повышенис С-реактивного белка, повышение фибриногена, незначительное повышение протромбинового времени. Рентгенограмма ОБП от 06.02.2017-имеется серповидное просветление между правым куполом диафрагмы и диафрагмальной поверхностью печени под диафрагмой, свободный газ в брюшной полости.

Клинический диагноз: основной диагноз: перфорация дивертикула сигмовидной кишки. Осложнения: распространенный фибринозно-гнойный перитонит. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадия 3 степень, риск 4.

Предоперационный эпикриз: показания к операции: ухудшение состояния на фоне нарастающего болевого и интоксикационного синдрома. Отсутствие положительного эффекта от консервативного лечения.

Операция: верхне- и нижне- срединная лапаротомия. *Цель операции*: ревизия органов брюшной полости, ушивание перфоративного отверстия, санация органов брюшной полости. Анестезия: интубационный наркоз. *Протокол операции*: в брюшной полости до 0,7 мутной жидкости с резким колибациллярным запахом. Петли толстой кишки умеренно раздуты, гиперемированы, покрыты фибрином, склеены между собой. При разведении петель кишки вскрываются межкишечные абсцессы, содержащие сливкообразный зловонный гной. При ревизии обнаружен перфорирующий стенку сигмовидной кишки дивертикул с отверстием в диафрагме до 0,3 см, из которого поступает кишечное содержимое в свободную брюшную полость. Выполнена резекция участка сигмовидной кишки с дивертикулом. Дистальный отрезок кишки ушит наглухо. Проксимальный конец выведен на кожу в левой подвздошной области в виде концевой сигмостомы. Брюшная полость промыта большим количеством антисептика до чистых промывальных вод. Частично удален фибрин с петель кишечника. Дренаж малого таза широкопросветной трубкой, контроль гемостаза. Временные швы на рану передней брюшной стенки. Осложнения во время операции: кровотечения, повреждение внутренних органов. Послеоперационные

осложнения: образование грыж, инфицирование разреза, тромбообразование, парез желудка и кишечника, осложнения со стороны ССС и дыхательной системы.

Послеоперационный период: состояние ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Жалобы не предъявляет. Кожные покровы чистые, дыхание самостоятельное. Сигмостома функционирует. Диурез по мочевому катетеру 2,2л.

Заключение: В заключение нашей работы хочется отметить следующие наблюдения:

Главными методами лабораторной диагностики являются общий анализ крови, полный анализ мочи, биохимическое исследование крови.

Суть оперативного вмешательства при перфорации дивертикула сигмовидной кишки состоит в иссечении пораженного участка – резекция сигмовидной кишки.

В послеоперационном периоде следует уделить внимание на соблюдение диеты, регулярное питание и исключение спиртных напитков и курения.

Литература

1. Учебник: «Хирургические болезни» под редакцией академика РАМН М.И. Кузина. Издание третье, переработанное и дополненное. Москва, «Медицина», 2006г.
2. Я.М. Вахрушев «Внутренние болезни». Ижевск, 2000г.
3. «Непосредственное исследование больного» под редакцией Я.М. Вахрушева. Ижевск, из-во «Экспертиза» 2002г.
4. В.Г. Астапенко, Н.Н. Малиновский «Практическое руководство по хирургическим болезням». Минск,1979г.
5. «Схемы лечения внутренних болезней и синдромов» под редакцией профессора А.М. Корепанова. Ижевск, 1995 г.

6. Я.М. Вахрушев, Е.Ю. Шкатова. лабораторные методы диагностики. Ижевск, 2004 г.

Literature

1. Textbook: "Surgical diseases" edited by academician M. I. Kuzin. Third edition, revised and expanded. Moscow, Meditsina, 2006.

2. Y. M. Vakhrushev "Internal diseases". Izhevsk, 2000.

3. "Direct study of the patient" edited by Y. M. Vakhrushev. Izhevsk, iz-in "Expertise" 2002.

4. V. G. Astapenko, N. N. Malinovsky "Practical guide to surgical diseases". Minsk, 1979g.

5. "Treatment Regimens for internal diseases and syndromes" edited by Professor A.M. Korepanov. Izhevsk, 1995

6. Y. M. Vakhrushev, E. Y. Shkatova. laboratory diagnostic methods. Izhevsk, 2004