

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.3.CASE.1>

CASE DESCRIPTION

УДК 616.346:616.34-007.59

РЕДКАЯ ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е.А. Корымасов¹, А.В. Фесюн^{1,2}, И.В. Журавлева²

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

²Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко, Самара, Россия

Резюме. Любая редко встречающаяся экстренная абдоминальная патология влечёт за собой трудности диагностики и тактики лечения, которые ретроспективно могут оказаться ошибками и обусловить даже неблагоприятный исход. Потенциальный настрой нашего врачебного сообщества последнего десятилетия – «думай постоянно о раке» должен быть совершенно справедливо дополнен среди хирургов тезисом – «думай постоянно о непроходимости, причём неважно о какой». Выбор способа операции при заворотах слепой кишки определяется на основании известных традиционных принципов, присущих тактике при любой странгуляционной кишечной непроходимости, а индивидуализация способа вмешательств должна быть тщательно взвешена и аргументирована.

Ключевые слова: заворот слепой кишки, острая толстокишечная непроходимость, первичный анастомоз.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

Для цитирования: Корымасов Е.А., Фесюн А.В., Журавлева И.В. Редкая причина кишечной непроходимости. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2023;13(3). <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.3.CASE.1>

A RARE CAUSE OF COLON OBSTRUCTION

Е.А. Korymasov¹, А.В. Fesyun^{1,2}, I.V. Zhuravleva²

¹Samara State Medical University, Samara, Russia

²N.A. Semashko Samara City Clinical Hospital No. 2, Samara, Russia

Abstract. Any rare emergency abdominal pathology entails difficulties in diagnosis and treatment tactics, which in retrospect may turn out to be errors and even cause an unfavorable outcome. The potential mood of our medical community of the last decade – "think constantly about cancer" should be quite rightly supplemented among doctors with the thesis – "think constantly about obstruction, and it doesn't matter which one." The choice of the method of surgery for caecal inversions is determined on the basis of well-known traditional principles inherent in tactics for any strangulation intestinal obstruction, and the individualization of the method of interventions should be carefully weighed and reasoned.

Key words: volvulus of the caecum, acute colonic obstruction, primary anastomosis.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Korymasov E.A., Fesyun A.V., Zhuravleva I.V. A rare cause of colon obstruction. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ". Rehabilitation, Doctor and Health.* 2023;13(3). <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.3.CASE.1>

Введение

Частота заворота слепой кишки составляет 0,64 % от всех случаев острой кишечной непроходимости и 6,31 % от числа пациентов со всеми заворотами. По образному выражению М. Шайн, «за свою практическую деятельность каждому активному хирургу удастся прооперировать заворот слепой кишки не более 4 раз» [3]. Основным predisposing фактором для развития заворота слепой кишки является общая брыжейка её и подвздошной кишки. Подвижная слепая кишка встречается у 10–12 % людей [5]. Завороту слепой кишки подвержено более молодое население (средний возраст – 50 лет). Несмотря на то, что в основе выбора способа операции лежат такие же принципы, что и при завороте других отделов кишечника, принять правильное решение порой трудно именно вследствие редкости патологии [6]. Согласно клиническим рекомендациям по острой неопухолевой кишечной непроходимости 2021 года, всем пациентам при завороте слепой кишки без некроза рекомендован разворот заворота и цекопексия, а при завороте и некрозе слепой кишки рекомендована резекция илеоцекального угла с илеотрансверзоанастомозом. При выраженной непроходимости и перитоните выполняется резекция и формирование илеостомы (уровень убедительности рекомендации С, уровень достоверности доказательств 5) [1].

Цель: представить трудности диагностики заворота слепой кишки и обсудить выбор различных способов вмешательств при этом.

Клинические наблюдения и результаты

Пациентка Г., 1979 г.р., госпитализирована в экстренном порядке в хирургическое отделение СГКБ № 2 им. Н.А. Семашко 10.12.2021 г. с жалобами на опоясывающую боль в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, тошноту, общую слабость. Считает себя больной в течение двух суток. Занималась самолечением. Через два

дня вызвала скорую помощь и доставлена в стационар. Операций на органах брюшной полости не было. При поступлении состояние средней степени тяжести. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 75 уд./мин. Язык сухой, не обложен налётом. Живот не вздут, умеренно болезненный в эпи- и мезогастрии, симптомы раздражения брюшины отрицательные, перистальтика выслушивается, шума «плеска» нет, стула не было, газы не отходят. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранен, опухолевидные образования не пальпируются, на перчатке следы кала коричневого цвета. Выставлен предварительный диагноз: «Острый панкреатит». При поступлении на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости свободного газа, уровней жидкости не выявлено, увеличен газовый пузырь желудка (рис. 1).

Начато консервативное лечение: инфузионная терапия, спазмолитики, анальгетики, ингибиторы протонного насоса, ингибиторы протеаз, октреотид. Однако, несмотря на проводимое лечение, боль в животе сохранялась, живот стал симметрично вздут, напряжённый, болезненный в эпигастрии и мезогастрии, симптомы раздражения брюшины отрицательные. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости через 15 часов 11.12.2021 г. выявлено увеличение газового пузыря желудка до 12 см, повышенная пневматизация селезёночного изгиба и нисходящего отдела толстой кишки (кишка раздута до 13 см) (рис. 2).

Заподозрена острая толстокишечная непроходимость, и 11.12.2021 г. выполнена экстренная операция. Во время лапаротомии выявлено, что восходящая ободочная кишка удлинена, баллонообразно раздута до 15 см, занимает весь правый фланг и эпигастральную область. Имеется полный заворот илеоцекального угла вокруг своей подвижной брыжейки. Отмечаются ишемические нарушения в стенке толстой кишки: она отёчная, инфильтрированная, с участками тёмно-синего цвета (рис. 3).



Рисунок 1. Рентгенограмма пациентки Г. при поступлении
Figure 1. X-ray of patient G. on admission

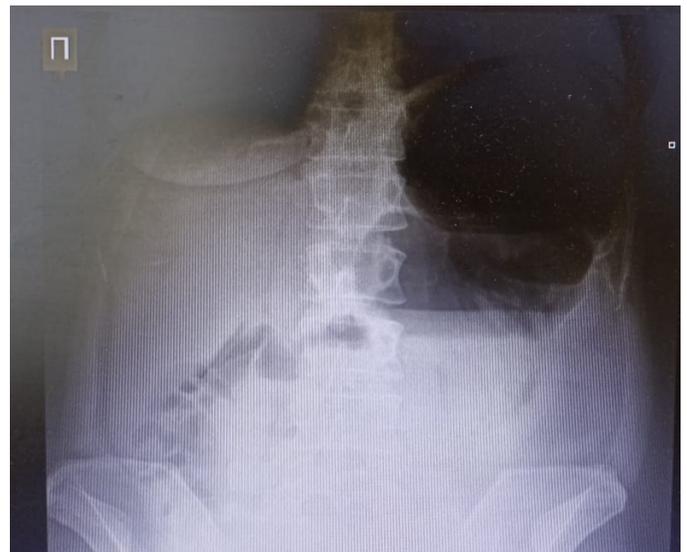


Рисунок 2. Рентгенограмма пациентки Г. через 15 часов
Figure 2. X-ray of patient G. after 15 hours

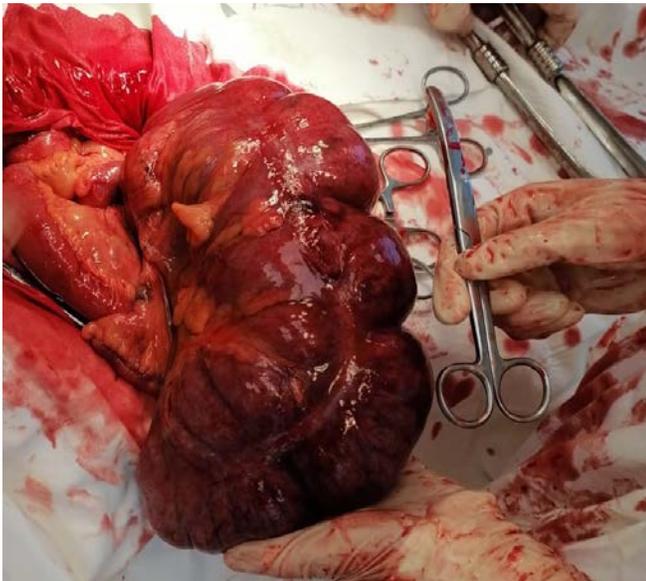


Рисунок 3. Интраоперационные фотографии пациентки Г. Участки ишемии и некроза в стенке слепой кишки
Figure 3. Intraoperative photograph of patient D. Areas of ischemia and necrosis in the wall of the caecum

Тонкая кишка не расширена, перистальтика активная, стенка подвздошной кишки розового цвета с инъецированием сосудов на протяжении 20 см. Ободочная кишка дистальнее заворота не расширена. Имеется долихосигма. Перитонита нет. Мобилизация восходящей ободочной кишки в дистальном направлении до средней трети, в проксимальном направлении мобилизация подвздошной кишки на протяжении 30 см. Резекция подвздошной, слепой и восходящей ободочной кишки с помощью аппаратов УО-40. Наложен двухрядный илеоасцендоанастомоз по типу «бок-в-бок». Дренажирование брюшной полости. Послеоперационный период осложнился серомой послеоперационной раны, заживление вторичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии 22.12.2021 г. на 12-е сутки. Осмотрена через 1 год: состояние пациентки удовлетворительное, трудоспособность восстановлена, жалоб не предъявляет.

Пациентка Б., 1965 г.р., госпитализирована в экстренном порядке в хирургическое отделение СГКБ № 2 им. Н.А. Семашко в 00:10 12.02.2023 г. с жалобами на внезапно возникшую боль в мезо- и гипогастральную области за 3 часа до госпитализации. Тошоты, рвоты не было. Операций на брюшной полости не было. Состояние средней степени тяжести. АД 140/80 мм рт. ст. ЧСС 85 уд./мин. Живот вздут в мезогастрии, напряжён, болезненный в мезо- и гипогастрии, симптомы раздражения брюшины отрицательные, перистальтика выслушивается, шума

«плеска» нет, стул был, газы отходили. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выявлены уровни жидкости и свободный газ под левым куполом диафрагмы, выраженная пневматизация петель толстой кишки (рис. 4).

Был выставлен предварительный диагноз: «Острая толстокишечная непроходимость. Заворот сигмовидной кишки? Перфорация полого органа?». После кратковременной (не более 2-х часов) предоперационной подготовки 12.02.2023 г. пациентке была выполнена экстренная лапаротомия. Выявлена удлинённая восходящая ободочная кишка, баллонообразно раздутая до 20 см, занимающая всю мезо- и гипогастральную область, опускающаяся в малый таз. Имеется полный заворот слепой кишки вокруг своей подвижной брыжейки. Стенка слепой кишки жизнеспособна, розового цвета, без ишемических нарушений (рис. 5). Заворот расправлен. Тонкая кишка не расширена, розового цвета, перистальтика активная. Ободочная кишка дистальнее заворота не расширена.

Ввиду истонченности стенки толстой кишки от цекопексии решено воздержаться. Дренажирование брюшной полости. Дивульсия ануса по Рекамье. Послеоперационный период без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии 21.02.2023 г. на 10-е сутки.



Рисунок 4. Рентгенограмма пациентки Б. при поступлении
Figure 4. X-ray of patient B. on admission

В первом клиническом наблюдении несвоевременность операции была связана с нетипичной клинической картиной, не создававшей отчётливое впечатление об острой кишечной непроходимости вообще. Особенно смущала рентгенологическая картина с отсутствием типичных признаков непроходимости, за исключением, правда, больших размеров газового пузыря желудка. Справедливости ради, следует сказать, что у пациента не было и убедительных признаков в пользу острого панкреатита, столь широко и порой безосновательно выставляемого в широкой хирургической практике. Лишь сохраняющийся и нетипично увеличивающийся так называемый «газовый пузырь» желудка без явных признаков переполнения и повышенная пневматизация селезёночного изгиба через 15 часов заставили расценить рентгенологическую симптоматику как проявление кишечной непроходимости и выставить показания к экстренной операции.

Во втором клиническом наблюдении диагностика также была трудной только на основании физикальных данных. Однако рентгенологическая картина позволила заподозрить механическое препятствие на уровне нисходящей ободочной кишки, а наличие свободного газа под левым куполом диафрагмы сделали дальнейшие действия хирурга весьма активными в сторону экстренной операции.

Трудности диагностики заключаются ещё и в том, что до сих пор (даже ретроспективно) остаётся непонятным отсутствие вздутия тонкой кишки при рентгенологическом исследовании.

Тем не менее, в плане будущей диагностики настораживающим моментом для врача хирурга в плане заворота толстой кишки должно стать несоответствие рентгенологических данных физикальным данным. Вероятно, это имеет

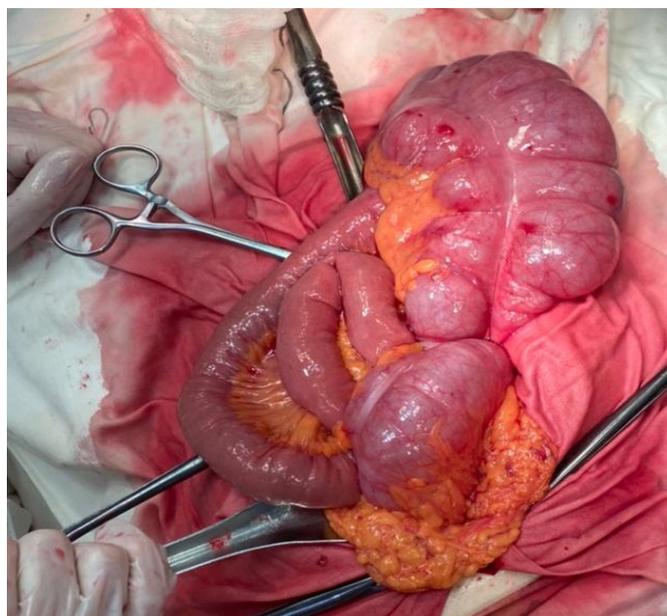


Рисунок 5. Интраоперационная фотография пациентки Б. Через 2 часа от момента поступления выполнена лапаротомия. Стенка слепой кишки жизнеспособна, розового цвета, без ишемических нарушений

Figure 5. Intraoperative photograph of patient B. 2 hours after admission, laparotomy was performed. The wall of the caecum is viable, pink, without ischemic disorders

место быть за счёт более лучшего кровоснабжения толстой кишки в отличие от тонкой кишки, при завороте которой интенсивность боли достигает «илеусного крика» и наиболее ярко выраженных симптомов со стороны живота.

Выбор способа операции при завороте слепой кишки не подвержен влиянию редкости патологии. Объём операции зависит от жизнеспособности кишки, находящейся в завороте. Малейшие сомнения должны трактоваться в пользу резекции слепой кишки в известных пределах, ибо по состоянию серозной оболочки мы не можем судить о состоянии слизистой оболочки. Принципиальным моментом должно быть недопущение деторсии кишки во избежании эндотоксического шока и острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Определенную дискуссию может вызвать факт наложения первичного анастомоза после резекции кишки. В первом клиническом наблюдении это позволило выполнить отсутствие перитонита и отсутствие расширения подвздошной кишки. Однако исключение лишь подтверждает правило: в условиях кишечной непроходимости предпочтение во время экстренной резекции должно быть отдано илеостомии.

Закключение

Представленные клинические наблюдения должны заставить более настороженно относиться к потенциальной возможной острой кишечной непроходимости. В данном случае речь не идёт даже о редких причинах кишечной непроходимости («о частом надо думать часто, о редком – редко»), а о принципиально ранней диагностике кишечной непроходимости вообще.

Потенциальный настрой последнего десятилетия нашего врачебного сообщества – «думай постоянно о раке» должен быть совершенно справедливо дополнен среди хирургов тезисом – «думай постоянно о непроходимости, причем неважно о какой».

Выбор способа операции при заворотах слепой кишки определяется на основании известных традиционных принципов, присущих тактике при любой странгуляционной кишечной непроходимости.

Индивидуализация способа вмешательств должна быть тщательно взвешена и аргументирована.

Литература [References]

- 1 Острая неопухолевая кишечная непроходимость: клинические рекомендации. 2021:53. [Acute tumor intestinal obstruction: clinical recommendations. 2021:53. (In Russ)].
- 2 Ерюхин И.А., Петров В.П. Ханевич М.Д., Кишечная непроходимость. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1999:443. [Yeryukhin I.A., Petrov V.P. Khanovich M.D., Intestinal obstruction. Guide for doctors. M.: Medicine; 1999:443. (In Russ)].
- 3 Шайн М., Роджерс П., Ассалия А., Здравый смысл Шайна в неотложной абдоминальной хирургии. 2010:651. [Shine M., Rogers P., Assalia A., Shine's common sense in emergency abdominal surgery. 2010:651. (In Russ)].
- 4 Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии. М.; 2004:640. [Savelyev V.S. Guide to emergency surgery. M.; 2004:640].
- 5 Menzies D., Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions – how big is the problem? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1990;72(1):60–63.
- 6 Рыбаков К.Д., Седнев Г.С., Аскеров Э.М., Морозов А.М., Пичугова А.Н., Беляк М.А. Современные методы диагностики спаечной кишечной непроходимости. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье*. 2021;(6):51-60. [Rybakov K.D., Sednev G.S., Askerov E.M., Morozov A.M., Pichugova A.N., Belyak M.A. Modern methods for adhesive bowel obstruction diagnosis. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ" (REHABILITATION, DOCTOR AND HEALTH)*. 2021;(6):51-60. (In Russ)]. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.6.CLIN.3>
- 7 Fikry A, El Nakeeb A, Fouda E, Elmetwally T, Yousef M, Omar W. Clinical impacts of oral gastrografin follow-through in adhesive small bowel obstruction (SBO). *J Surg Res*. 2010 Aug;162(2):170-6. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2009.03.092>. Epub 2009 May 8.
- 8 Nagle A., Ujiki M., Denham W. et al. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction. *Am J Surg*. 2004;187:464–470.
- 9 Rokitansky C. Intestinal strangulation. *Arch Gen Med*. 1837;14:202–4.
- 10 Khaniya S, Shakya VC, Koirala R, Pokharel K, Regmi R, Adhikary S, Agrawal CS. Caecal volvulus: a twisted tale. *Trop Doct*. 2010 Oct;40(4):244-6. <https://doi.org/10.1258/td.2010.100011>. Epub 2010 Jul 28. PMID: 20667919.
- 11 Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. *Indian J Surg*. 2012 Dec;74(6):476-9. <https://doi.org/10.1007/s12262-012-0432-9>. Epub 2012 Mar 14. PMID: 24293902; PMCID: PMC3537995.

Авторская справка

Корымасов Евгений Анатольевич

Д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный внештатный специалист хирург Министерства здравоохранения Самарской области, заведующий кафедрой хирургии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, д. 89, Самара, Россия, 443099.

ORCID 0000-0001-9732-5212; SPIN-код: 9928-6343;

AuthorID: 661114; korymasov@mail.ru

Вклад автора: анализ научных трендов, разработка концепции исследования.

Фесюн Алексей Витальевич

Врач-хирург хирургического отделения, Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко, ул. Калинина, д. 32, Самара, Россия, 443008; очный аспирант кафедры хирургии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, д. 89, Самара, Россия, 443099.

ORCID 0000-0001-6356-8574; ResearcherID: HLG-3230-2023;

Alexey400074@yandex.ru

Вклад автора: анализ клинических данных, статистическая обработка.

Журавлева Ирина Владимировна

Врач-хирург хирургического отделения, Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко, ул. Калинина, д. 32, Самара, Россия, 443008.

ORCID 0000-0001-6356-5875; ivzshuravleva@gmail.com

Вклад автора: подготовка выводов и обсуждения.

Author's reference

Evgeny A. Korymasov

Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Chief freelance specialist surgeon of the Ministry of Health of the Samara Region, Head of the Department of Surgery of the IPO, Samara State Medical University, 89 Chapaevskaya str., Samara, 443099, Russia.

ORCID 0000-0001-9732-5212; SPIN code: 9928-6343;

AuthorID: 661114; korymasov@mail.ru

Author's contribution: analysis of scientific trends, development of the research concept.

Alexey V. Fesyun

Surgeon of the surgical department, Samara City Clinical Hospital No. 2 named after N.A. Semashko, 32 Kalinin str., Samara, Russia, 443008; full-time postgraduate student of the Department of Surgery of the IPO, Samara State Medical University, 89 Chapaevskaya str., Samara, 443099, Russia.

ORCID 0000-0001-6356-8574; ResearcherID: HLG-3230-2023;

Alex-ey400074@yandex.ru

Author's contribution: clinical data analysis, statistical processing.

Irina V. Zhuravleva

Surgeon of the Surgical Department, Samara City Clinical Hospital No. 2 named after N.A. Semashko, 32 Kalinin str., Samara, 443008, Russia.

ORCID 0000-0001-6356-5875; ivzshuravleva@gmail.com

Author's contribution: drawing conclusions and discussion.