

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2023.2.123>

В. А. Жизневский, Н. Ю. Блахов, А. П. Трухан,
А. В. Мазаник, Л. В. Ковалёнок

ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА ТОНКОЙ КИШКИ

ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Перфорация дивертикула тонкой кишки является достаточно редкой патологией в структуре всех острых заболеваний органов брюшной полости и составляет 0,5–2,3%. Отсутствие патогномичных клинических проявлений затрудняет диагностику заболевания.

Ключевые слова: дивертикул тонкой кишки, перфорация дивертикула, абсцесс брюшной полости.

V.A. Zhyzneuski, N.Y. Blakhov, A.P. Trukhan, A.V. Mazanik, L.V. Kavalionak

PERFORATION OF THE SMALL BOVEL DIVERTICULUM

Perforation of the small bowel diverticulum is a fairly rare pathology in the structure of all emergency surgical diseases of the abdominal cavity and it is 0,5–2,3%. The absence of pathognomonic clinical manifestations makes it difficult to diagnose disease.

Key words: diverticulum of the small intestine, diverticulum perforation, abdominal abscess.

Дивертикулы тонкой кишки встречаются редко среди взрослого населения. Распространенность их по данным разных авторов составляет 0,5–2,3% от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, чаще они встречаются у мужчин пожилого и старческого возраста [1, 2, 6, 9]. Как правило, размер дивертикулов составляет от 3–5 до 50 мм, располагаются они в проксимальных отделах тонкой кишки на брыжеечном крае [3, 6].

Этиология заболевания не известна. Дивертикулы могут быть истинными (врожденными) и ложными (приобретенными). К истинным относят дивертикул Меккеля, описанный в 1809 г., который является остатком не полностью редуцированного желточного протока. Он находится на расстоянии 45–90 см от илеоцекального клапана, имеет все слои кишечной стенки, получает кровоснабжение через две желточные артерии. У ложных дивертикулов в стенке отсутствуют мышечный и подслизистый слои. Считается, что появление дивертикулов тонкой кишки связано с нарушением моторики кишечника, когда на фоне длительного повышения внутрипросветного давления происходит пролапс слизистой оболочки и подслизистого слоя через мышечную стенку в местах прохождения сосудов [8]. Дивертикулы появляются только на участке, где брыжеечные сосуды проникают в мышечный слой

тонкой кишки. Таким образом, в отличие от дивертикула Меккеля множественные дивертикулы тонкой кишки по морфологической структуре являются ложными.

В 20–25% наблюдений дивертикулы тонкой кишки не имеют клинической симптоматики. У 15% пациентов могут быть разной выраженности неспецифические симптомы, а у 15% из них возникают серьезные осложнения [1, 4, 7]. У большинства пациентов заболевание является случайной находкой при оперативных вмешательствах по поводу осложнений дивертикулов или по поводу других заболеваний органов брюшной полости [5, 6]. Даже ретроспективно представляется сложным определить четкий алгоритм диагностического поиска для выявления дивертикулов в тонкой кишке. По-видимому, наиболее информативным методом диагностики этого заболевания остается лапароскопия.

В подтверждение этого положения приводим описание заболевания у пациента, находившегося на лечении в нашем учреждении.

Пациент А., 79 лет, госпитализирован в I хирургическое отделение 432 ордена Красной Звезды главного военного клинического медицинского центра Вооруженных Сил Республики Беларусь 12.11.21 через 28 часов после начала заболевания с жалобами на умеренную постоянную боль в левых нижних отделах жи-

вота, слабость. Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, пациент адекватен. Рост 170 см, масса тела 76 кг, индекс массы тела по Кетле 18,5 кг/м², телосложение правильное. Кожный покров и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор кожи сохранен. Доступные пальпации лимфоузлы размером до 4–5 мм, мягкие, подвижные. Пульс 82 в 1 мин, ритм правильный. АД 130/80 мм рт. ст. Грудная клетка конусовидной формы, симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот несколько вздут, участие в акте дыхания ограничено. Печень по краю реберной дуги, селезенка и желчный пузырь не пальпируются. В левых нижних отделах живота отмечаются умеренная болезненность и незначительное защитное напряжение брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена, притупления в отлогах местах живота нет. Аускультативно перистальтические шумы кишечника ослаблены. При пальцевом исследовании прямой кишки стенки не инфильтрованы, в просвете каловые массы коричневого цвета. Поясничная область симметричная, пальпаторно болезненности нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: Hb 153 г/л, эр. 5,22·10¹²/л, лейкоц. 18,5·10⁹/л, п/я 15,1%, с/я 81,5%, лимф. 8,9%. Общий анализ мочи: удельный вес 1025, белок 1,79 г/л, лейкоциты 10–13 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 64 г/л,

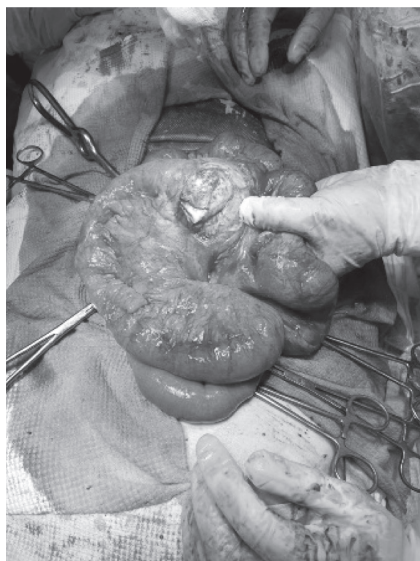


Фото 1. Полость абсцесса брыжейки тощей кишки

глюкоза 6,4 ммоль/л, креатинин 137,8 ммоль/л, мочевина 9,1 ммоль/л, билирубин 41,4 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, «S»-тип ЭКГ. Рентгенография легких: очаговых и инфильтративных изменений нет, корни легких уплотнены, в базальных отделах пневмосклеротические изменения, локальный пневмофиброз над диафрагмой справа, плевральные синусы свободны, аорта уплотнена. Обзорная рентгенография органов брюшной полости: небольшие единичные уровни жидкости в петлях кишечника с обеих сторон брюшной полости, свободный газ в брюшной полости не определяется. Ультразвуковое исследование брюшной полости: пневматизация кишечника, ослабление перистальтики, свободной жидкости в брюшной полости нет.

По истечении 3 часов с момента поступления, в связи с трудностью верификации диагноза, невозможностью исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости пациенту выполнена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости 100 мл прозрачного экссудата, признаков перитонита не выявлено. Петли тонкой, толстой кишок спавились. В левом боковом канале брюшной полости выявлен конгломерат петель тощей кишки с наложениями фибрина, разделение конгломерата лапароскопически технически не выполнимо в связи с плотной консистенцией инфильтрата и высоким риском ятрогенных повреждений. Принято решение о конверсии. Произведена средне-срединная лапаротомия. При разобщении конгломерата на расстоянии 100–120 см от связки Трейтца определяется петля тощей кишки с абсцессом брыжейки 4×6×7 см. При ревизии полости абсцесса выделился гной объемом 70 мл, выявлен дивертикул, располагающийся на брыжеечном крае кишки, с перфоративным отверстием диаметром 3 мм (Фото 1). Выполнена резекция участка тощей кишки длиной 10 см с дивертикулом и пораженной брыжейкой с формированием анастомоза «бок в бок», лаваж и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: дивертикул тощей кишки с перфорацией и формированием абсцесса брыжейки тощей кишки. Патологогистологическое заключение: тонкая кишка с очаговым изъязвлением, воспалительной инфильтрацией всех слоев. В стенке абсцесса брыжейки местами определяется некротизированная истонченная стенка тонкой кишки, что соответствует дивертикулу (Фото 2). Послеоперационный период протекал без осложнений. Наступило выздоровление. Пациент выписан на четырнадцатые сутки.

После операции повторно проводили сбор анамнеза с целью выявления в прошлом симптомов, которыми можно было бы объяснить наличие дивертикулов тощей кишки. Со слов пациента, никаких клинических проявлений заболевания не было.

В приведенном наблюдении демонстрируется редкое заболевание как причина формирования абсцесса в брюшной полости. До перфорации дивертикула клинических проявлений заболевания не было. Несмотря на трудности дооперационной диагностики, соблюдение основных принципов неотложной хирургии обеспечивает выполнение хирургического вмешательства в ранние сроки после развития осложнения и высокую вероятность благоприятного исхода.

Вывод: дивертикул тонкой кишки представляет собой довольно редкое заболевание, встречается у пациентов пожилого, старческого возраста, в большинстве случаев протекает бессимптомно и является случайной

Литература

1. Дубова Е.А., Щеголев А.И., Егоров В.И., Кармазановский Г.Г., Пугачева О.Г. Дивертикулез тонкой кишки, осложненный межпетельным абсцессом. Медицинская визуализация. 2008;2:38-43
2. Здзитовецкий Д.Э., Белобородов А.А., Данилина Е.П., Борисов Р.Н., Тяпкин С.И. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с перфорацией и развитием распространенного гнойного перитонита. Сибирское медицинское обозрение. 2013;6:76-78.
3. Маев И.В., Дичаева Д.Т., Пенкина Т.В., Кушнир К.В., Зайцева Е.В. Дивертикулы тонкой кишки. Гастроэнтерология. 2005;2:13-21.
4. Москалев А.И. Клинико-морфофункциональные параллели при хронических осложнениях дивертикулярной болезни. Автореферат канд. мед. наук. – М., 2007. – 29 с.

References

1. Dubova E.A., Shchegolev A.I., Egorov V.I., Karmazanovskij G.G., Pugacheva O.G. Divertikulez tonkoj kishki, oslozhnennyj mezhpel'nyj abscessom. Medicinskaya vizualizacija. 2008;2:38-43.
2. Zdzitoveckij D.E., Beloborodov A.A., Danilina E.P., Borisov R.N., Tyapkin S.I. Divertikulyarnaya bolezni' tonkoj kishki s perforaciej i razvitiem rasprostranennogo gnojnogo peritonita. Sibirskoe medicinskoe obozrenie. 2013;6:76-78.
3. Maev I.V., Dichaeva D.T., Penkina T.V., Kushnir K.V., Zajceva E.V. Divertikuly tonkoj kishki. Gastroenterologiya. 2005;2:13-21.
4. Moskalev A.I. Kliniko-morfofunkcional'nye paralleli pri hronicheskij oslozhnenijah divertikulyarnoj bolezni. Avtoreferat kand. med. nauk. -- M., 2007. – 29 s.



Фото 2. Резецированный участок тощей кишки с дивертикулом

находкой при оперативных вмешательствах по поводу осложнений. Одним из достоверных и доступных методов диагностики является лапароскопия.

5. Циммерман Я.С. Дивертикулы пищеварительного тракта и их осложнения. Клиническая медицина. 2011;5:9-16.
6. Шило Р.С., Могилевец Э.В., Бельюк К.С., Карпович В.Е., Дешук А.Н., Коваленя П.А., Кордецкий А.К. Осложнения дивертикулов тонкой кишки, случаи из практики. Журнал ГрГМУ. 2019;2:17:219-222.
7. Clemens CH, Samson M, Roelofs J. Colorectal visceral perception in diverticular disease. Gut. 2004; 53:717-722.
8. Liu D, Chen L. Management of the total bowel diverticular disease. Hepatogastroenterology. 2009;56:96: 1679-1682.
9. Yang CW, Chen YY, Yen HH. Small bowel diverticulum: a case report and review of the literature. J Laparosc Adv Surg Tech. 2009;19:5:637-640.

5. Cimmerman Ya.S. Divertikuly pishchevaritel'nogo trakta i ih oslozhneniya. Klinicheskaya medicina. 2011;5:9-16.
6. Shilo R.S., Mogilevec E.V., Belyuk K.S., Karpovich V.E., Dshuk A.N., Kovalenya P.A., Kordeckij A.K. Oslozhneniya divertikulov tonkoj kishki, sluchai iz praktiki. Zhurnal GrGMU. 2019;2:17:219-222.
7. Clemens CH, Samson M, Roelofs J. Colorectal visceral perception in diverticular disease. Gut. 2004; 53:717-722.
8. Liu D, Chen L. Management of the total bowel diverticular disease. Hepatogastroenterology. 2009;56:96: 1679-1682.
9. Yang CW, Chen YY, Yen HH. Small bowel diverticulum: a case report and review of the literature. J Laparosc Adv Surg Tech. 2009;19:5:637-640.

Поступила 06.01.2023 г.