

© CC BY Коллектив авторов, 2022  
УДК 616.34-003.235-06 : 616-007.272-036.11  
DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-4-77-79

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОГО КАЛОВОГО КАМНЯ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С. Н. Стяжкина\*, М. Н. Климентов, А. К. Ахметшина, Р. Р. Якупов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Ижевск

Поступила в редакцию 19.05.2022 г.; принята к печати 28.12.2022 г.

В статье рассматривается случай кишечной непроходимости вследствие формирования гигантского калового камня в сигмовидной кишке. Копролиты встречаются у лиц, страдающих тяжелыми хроническими запорами. В большинстве случаев каловые камни удается удалить с помощью консервативных мероприятий, однако в данном наблюдении имелись абсолютные показания к срочной операции по поводу острой кишечной непроходимости.

**Ключевые слова:** каловый камень сигмовидной кишки, острая толстокишечная непроходимость

**Для цитирования:** Стяжкина С. Н., Климентов М. Н., Ахметшина А. К., Якупов Р. Р. Клинический случай гигантского калового камня, осложненного острой толстокишечной непроходимостью. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2022;181(4):77–79. DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-4-77-79.

\* **Автор для связи:** Светлана Николаевна Стяжкина, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, 426034, Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281. E-mail: sstazhkina064@gmail.com.

## THE CLINICAL CASE OF A GIANT FECAL STONE COMPLICATED BY ACUTE COLONIC OBSTRUCTION

Svetlana N. Styazhkina\*, Mikhail N. Klimentov, Alsu K. Akhmetshina, Radik R. Yakupov

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Received 19.05.2022; accepted 28.12.2022

The article deals with the case of intestinal obstruction due to the formation of a giant fecal stone in the sigmoid colon. Coprolites occur in individuals suffering from severe chronic constipation. In most cases, fecal stones can be removed with the help of conservative measures, however, in this case, there were absolute indications for urgent surgery for acute intestinal obstruction.

**Keywords:** fecal stone of the sigmoid colon, acute colonic obstruction

**For citation:** Styazhkina S. N., Klimentov M. N., Akhmetshina A. K., Yakupov R. R. The clinical case of a giant fecal stone complicated by acute colonic obstruction. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(4):77–79. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-4-77-79.

\* **Corresponding author:** Svetlana N. Styazhkina, Izhevsk State Medical Academy, 281, Communarov str., Izhevsk, 426034, Russia. E-mail: sstazhkina064@gmail.com.

**Введение.** Каловые камни (синоним: копролиты) – плотные образования, сформировавшиеся в толстой кишке из ее содержимого. Возникают при длительных запорах, связанных с нарушениями моторной деятельности кишечника [1, 2].

Вероятность образования каловых камней в толстом кишечнике многообразна по этиологии и па-

тогенезу. Симптомы каловых камней неспецифические, что усложняет процесс установки диагноза, приводит к многоликости клинической картины и осложнений.

Копролиты могут развиваться, когда каловые массы постепенно накапливаются в кишечнике, деформируя кишку. Это происходит при хронической



*Макропрепарат резецированной сигмовидной кишки с гигантским каловым камнем*  
*Macropreparation of the resected sigmoid colon with a giant fecal stone*

обструкции пассажа кала при мегаколоне и хроническом запоре [3].

Каловые камни в сигмовидной или прямой кишке можно эвакуировать с помощью очистительных клизм, ручного или эндоскопического пособия, при этом надо помнить о возможных осложнениях, таких как кишечное кровотечение, разрыв стенки толстой кишки с последующим развитием перитонита. Неудаленный гигантский каловый камень приводит к клинической картине кишечной непроходимости, возможному некрозу и перфорации стенки кишки под давлением каловых масс [4]. Чтобы избежать этих осложнений, пациенту предлагается оперативное лечение, не исключающее резекцию кишки с возможным формированием колостомы [5].

**Цель** – ретроспективный анализ истории болезни пациента с гигантским каловым камнем сигмовидной кишки, осложненной кишечной непроходимостью.

Проведен обзор литературы и изучена история болезни пациента с кишечной непроходимостью, вызванной гигантским каловым камнем.

**Клиническое наблюдение.** Пациентка И., 62 лет, поступила в колопроктологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР с диагнозом: мегаколон. Копростаз сигмовидной кишки с явлением кишечной непроходимости.

Жалобы при поступлении на постоянные запоры с детского возраста по 3–4 дня, в последний месяц самостоятельного стула не было, отмечает тяжесть в гипогастрии, ухудшение общего состояния, похудела на 10 кг. Очистительные клизмы с минимальным эффектом.

При осмотре больной отмечается умеренное вздутие живота и его асимметрия за счет выпячивания брюшной стенки в левой подвздошной области, в мезогастрии вокруг пупка и далее вверх до правого подреберья. В этих областях пальпируется плотное образование протяженностью более 30 см и шириной около 10 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. При ректоско-

пии на уровне 8 см от ануса обнаружен нижний край плотного калового камня. Осмотр выше невозможен. При обзорной рентгенографии живота определяются 4 горизонтальных уровня шириной 5–6 см в поперечной ободочной и нисходящем отделе толстой кишки. В тонкой кишке уровней жидкости нет. Выполнена срочная СКТ живота с внутривенным болюсным контрастированием.

На компьютерных томограммах определяются гигантский каловый камень в сигмовидной кишке, долихосигма и ее выраженное расширение по типу мегаколон, начальные признаки толстокишечной непроходимости.

По поводу острой обтурационной толстокишечной непроходимости, вызванной гигантским каловым камнем долихосигмы, показана срочная операция. Выполнена широкая срединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. Сигмовидная кишка длиной 60 см и максимальным диаметром до 20 см располагается в виде большой петли от малого таза до печени и содержит очень плотный каловый камень размерами около 35х18 см. Тонкая, слепая и восходящая ободочная кишки обычного диаметра, поперечная ободочная и нисходящая части толстой кишки расширены до 6–7 см. Выполнена резекция сигмовидной кишки с надаппулярной частью прямой кишки. Сформирован аппаратный сигморектоанастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Показаний к назогастроинтестинальной интубации нет. Послойный шов раны. Макропрепарат представлен на рисунке.

Послеоперационный период протекал гладко, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

#### **Конфликт интересов**

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

#### **Conflict of interest**

The authors declare no conflict of interest.

#### **Соответствие нормам этики**

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

### 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, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Fecal impaction // The A.D.A.M. Medical Encyclopedia. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/000230.htm> (дата обращения: 19.05.2022).
2. Nigar S., Sunkara T., Calliford A., Gaduputi V. Giant fecalitis causing intestinal obstruction and rectal ischemia // *Case reports in gastroenterology*. 2017. Vol. 11, № 1. P. 59–63. Doi: 10.1159/000455186.
3. Литвиненко И. В., Пронькина Е. В., Ростовцев М. В., Нуднов Н. В., Годжелло М. А. Гигантский каловый камень слепого участка толстой кишки (клиническое наблюдение) // *Медицинская визуализация*. 2019. Т. 23, № 2. С. 71–75. Doi: 10.24835/1607-0763-2019-2-71-75.
4. Стяжкина С. Н., Маслова Н. А., Шутова Е. Н. Острая кишечная непроходимость в хирургической практике // *Международ. науч.-исслед. журн.* 2015. № 11–5(42). С. 54–55.

5. Garnet D. J., Scalcione L. R., Barkan A., Katz D. S. Enterolith ileus: liberated large jejunal diverticulum enterolith causing small bowel obstruction in the setting of jejunal diverticulitis // *British Journal of Radiology*. 2011. Vol. 84, № 1004. P. e154–e157.

### REFERENCES

1. Fecal impaction // The A.D.A.M. Medical Encyclopedia. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/000230.htm> (accessed: 19.05.2022).
2. Nigar S., Sunkara T., Calliford A., Gaduputi V. Giant fecalitis causing intestinal obstruction and rectal ischemia // *Case reports in gastroenterology*. 2017;11(1):59–63. Doi: 10.1159/000455186.
3. Litvinenko I. V., Pronkina E. V., Rostovtsev M. V., Nudnov N. V., Gojello M. A. Giant fecal stone of the blind area of the colon (clinical observation) // *Medical imaging*. 2019;23(2):71–75. Doi: 10.24835/1607-0763-2019-2-71-75.
4. Styazhkina S. N., Maslova N. A., Shutova E. N. Acute intestinal obstruction in surgical practice // *International Research Journal*. 2015; 11–5(42):54–55.
5. Garnet D. J., Scalcione L. R., Barkan A., Katz D. S. Enterolith ileus: liberated large jejunal diverticulum enterolith causing small bowel obstruction in the setting of jejunal diverticulitis // *British Journal of Radiology*. 2011;84(1004):e154–e157.

### Информация об авторах:

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, кафедра факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия (г. Ижевск, Россия), ORCID: 0000-0001-5787-8269; Климентов Михаил Николаевич, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия (г. Ижевск, Россия), ORCID: 0000-0002-0005-7686; Ахметшина Алсу Камилзяновна, студентка 5-го курса лечебного факультета, Ижевская государственная медицинская академия (г. Ижевск, Россия), ORCID: 0000-0001-7279-0409; Якупов Радик Рамилович, студент 5-го курса лечебного факультета, Ижевская государственная медицинская академия (г. Ижевск, Россия), ORCID: 0000-0002-1684-0165.

### Information about authors:

Styazhkina Svetlana N., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk, Russia), ORCID: 0000-0001-5787-8269; Klimentov Mikhail N., Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk, Russia), ORCID: 0000-0002-0005-7686; Akhmetshina Alsu K., 5<sup>th</sup> year Student of the Faculty of Medicine, Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk, Russia), ORCID: 0000-0001-7279-0409; Yakupov Radik R., 5<sup>th</sup> year Student of the Faculty of Medicine, Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk, Russia), ORCID: 0000-0002-1684-0165.