

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.341-007.64-06:616.341-003.7-06:616.383.4-007.59-07-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-3-59-60

К. П. Пашкин, Е. В. Мотырова, О. В. Крымов, И. А. Луньков, В. И. Матросов,
Д. В. Мишин

ЗАВОРОТ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ, ВЫЗВАННЫЙ ФРАГМЕНТАМИ ЭНТЕРОЛИТА, У ПАЦИЕНТА С ДИВЕРТИКУЛЕЗОМ ТОНКОЙ КИШКИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Луховицкая центральная реабилитационная больница», г. Луховицы, Россия

Представлен клинический случай заворота брыжейки тонкой кишки, которому способствовали фрагменты расколовшегося энтеролиита, образовавшегося в дивертикуле тощей кишки.

Ключевые слова: дивертикул, энтеролит, заворот

K. P. Pashkin, E. V. Motyrova, O. V. Krymov, I. A. Lunkov, V. I. Matrosov, D. V. Mishin

Small intestinal mesentery inversion caused by the enterolith fragments in the patient with small intestine diverticulosis

State Budgetary Healthcare Institution in the Moscow region
«Lukhovitsy Central rehabilitation hospital»

This article represented the clinical case of small intestinal mesentery inversion, caused by the enterolith fragments formed in the jejunal diverticulum.

Keywords: diverticulum, enterolith, inversion

Заворот брыжейки тонкой кишки составляет 4–5 % от всех видов кишечной непроходимости [1]. Частота выявления дивертикулов тонкой кишки при обследовании пациентов – 0,5–7,1 %, по данным различных авторов, не превышает 0,2–1,3 % [2, 3]. Образование энтеролиита в дивертикуле тощей кишки происходит еще реже. По всему миру было зарегистрировано менее 50 случаев тонкокишечной непроходимости, вызванной энтеролитами у пациентов с дивертикулезом [3]. Данные о завороте брыжейки тонкой кишки, которому способствовали фрагменты расколотого энтеролиита, образовавшегося в дивертикуле тощей кишки, в доступной литературе нам не встречались.

Клинический случай. Пациент Л., 1938 г. р. (78 лет), был доставлен в приемное отделение ЦРБ бригадой скорой медицинской помощи через 5 ч с момента заболевания. Началось заболевание с появления острых интенсивных разлитых болей по всему животу. Однократно была рвота съеденной накануне пищей, беспокоила тошнота. Из анамнеза: операций на органах брюшной полости не было, страдает сахарным диабетом 2-го типа, ожирением II степени. Состояние пациента при поступлении в стационар тяжелое. Кожные покровы бледноваты с мраморно-синюшным рисунком на животе, влажные, теплые. Температура тела – 36,6 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 110 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот увеличен в объеме из-за избытка подкожной жировой клетчатки, вздут, при пальпации мягкий, резко болезненный во всех отделах. Сомнительные симптомы раздражения брюшины над всеми этажами брюшной полости. Кишечная перистальтика вялая. Газы не отходят. Оформленный стул

коричневой окраски был за сутки до начала заболевания. *Per rectum*: нависаний свода и болезненности при ректальном осмотре нет, патологические образования не пальпируются, на перчатке кал желтой окраски. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа, уровней жидкости газа не определяется. С подозрением на тромбоз мезентериальных сосудов кишечника пациент в экстренном порядке взят в операционную. Пациент дал письменное добровольное информированное согласие на операцию.

Под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. Большой сальник резко инфильтрирован. Во всех отделах брюшной полости мутная серо-коричневая жидкость с каловым запахом. При ревизии органов брюшной полости выявлен умеренно выраженный спаечный процесс. Тонкая кишка на всем протяжении имеет множество дивертикулов различного размера (от 20 до 50 мм в диаметре). В 1 м от связки Трейтца и далее на протяжении 2 м тонкая кишка нежизнеспособна (серо-черного цвета, тусклая, не перистальтирует). Обнаружен перекрут брыжейки тонкой кишки. В дистальном и проксимальном отделах пораженного участка кишки, вблизи обеих границ некроза, через стенку кишки просвечивают и пальпируются по одному фиксированному фрагменту твердого камня (*рис. 1*), которые, вероятно, и способствовали образованию заворота брыжейки. Вышележащие отделы тонкой кишки умеренно раздуты практически до связки Трейтца, отводящая кишка – спавшаяся. Произведена резекция 2,5 м тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза «конец в конец». По остальным органам – без видимой патологии. Желчный пузырь обычной формы, спавшийся, конкрементов не содержит. Брюшная полость санирована, дренирована и ушита. Послеоперационный диагноз: «Заворот брыжейки тонкой кишки с некрозом ее участка, острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость, дивертикулез тонкой кишки». Макропрепараты: 1) некротизированный участок

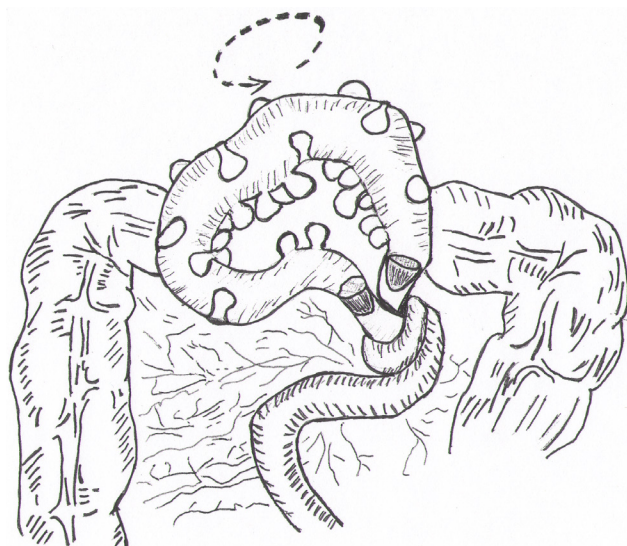


Рис. 1. Заворот брыжейки тонкой кишки. Схема расположения фрагментов энтеролита в пораженной кишке

тонкой кишки с множеством дивертикулов (более 15); 2) энтеролит овоидной формы 6×2,5 см оранжевой окраски, расколотый посередине, в поперечном направлении, на две примерно равные части (рис. 2).

Течение послеоперационного периода осложнилось подкожной эвентрацией, что увеличило сроки пребывания пациента в стационаре, но не повлияло на положительный исход лечения. У пациента восстановилась моторика кишечника (регулярный кашицеобразный стул до 1–2 раз в сутки). После заживления лапаротомной раны пациент выписан на амбулаторное наблюдение на 24-е сутки.

Таким образом, в приведенном случае у пациента с дивертикулезом тонкой кишки и образованием энтеролита имело место дополнение (усугубление) обтурационного механизма развития кишечной непроходимости странгуляционным.

Представленный случай имеет практическую ценность ввиду редкости сочетания патологий, диагностика которых, как показывает практика,



Рис. 2. Расколотый на два фрагмента энтеролит

чаще всего происходит лишь на этапе оперативного вмешательства.

Конфликт интересов / Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Кузин М. И., Шкроб О. С., Кузин Н. М. и др. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2002. 784 с. [Kuzin M. I., Shkrob O. S., Kuzin N. M. i dr. Khirurgicheskie bolezni: uchebnik / pod red. M. I. Kuzina. 3-e izd., pererab. i dop. M.: Medicina, 2002. 784 p.]
2. Щербakov П. Л. Успехи эндоскопии в диагностике и лечении болезней тонкой кишки // Терапевт. арх. 2013. Т. 85, № 2. С. 93–95. [Shcherbakov P. L. Uspekhi endoskopii v diagnostike i lechenii boleznej tonkoj kishki // Terapevt. arh. 2013. Vol. 85, № 2. P. 93–95].
3. Tsiotos G. G., Famell M. B., Ilstrup D. M. Nonmeckelian jejunalileal diverticulosis : An analysis of 112 cases // Surgery. 1994. Vol. 116. P. 726–732.
4. Poulsen J. K., Nerup N. Enterolith ileus complicating jejunal diverticulosis // Ugeskr Laeger. 2015. Vol. 177. P. 2–3.

Поступила в редакцию 14.12.2017 г.

Сведения об авторах:

Пашкин Корнели Петрович (e-mail: korneli@yandex.ru), канд. мед. наук, врач-хирург; Мотырова Елена Викторовна (e-mail: lena.motyrova@yandex.ru), врач-хирург; Крымов Олег Викторович (e-mail: krymovoleg62@gmail.ru), зав. хирургическим отделением; Луньков Илья Александрович (e-mail: ilya.lunkov72@mail.ru), врач-хирург; Матросов Вячеслав Иванович (e-mail: ulia31543@rambler.ru), врач-хирург; Мишин Дмитрий Владимирович (e-mail: zeruid@gmail.com), врач-хирург; ГБУЗ МО «Луховицкая центральная реабилитационная больница», 140500, Московская обл., г. Луховицы, ул. Мира, д. 39/5.