

© CC 0 Коллектив авторов, 2020
УДК 616.348-007-06-007.59
DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-87-90

СЛУЧАИ ЗАВОРОТА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Ю. Г. Шапкин, Ю. В. Чалык*, В. Ю. Климашевич, Н. Ю. Стекольников, А. В. Беликов,
И. А. Халеев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов, Россия

Поступила в редакцию 31.05.19 г.; принята к печати 05.08.20 г.

Описаны клиника, диагностика и лечение случаев заворота долихоколонии и ободочной кишки у 2 больных: женщины 31 года и мужчины 34 лет. Данные клинические наблюдения показывают трудности диагностики этих urgentных заболеваний у пациентов с врожденными аномалиями развития толстой кишки.

Ключевые слова: заворот ободочной кишки, долихоколон, мальротация, гангрена, диагностика, хирургическое лечение

Для цитирования: Шапкин Ю. Г., Чалык Ю. В., Климашевич В. Ю., Стекольников Н. Ю., Беликов А. В., Халеев И. А. Случаи заворота ободочной кишки при аномалиях ее развития. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(4):87–90. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-87-90.

* **Автор для связи:** Юрий Викторович Чалык, ФГБОУ ВО «СГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, 410012, Россия, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112. E-mail: cbosh2006@yandex.ru.

CLINICAL CASES OF COLONIC TORSIONS IN PATIENTS WITH INBORN ANATOMIC VARIANTS

Yu. G. Shapkin, Yu. V. Chalyk*, V. Yu. Klimashevich, N. Yu. Stekolnikov, A. V. Belikov,
I. A. Haleev

Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Received 31.05.19; accepted 05.08.20

The clinic, diagnosis and treatment of two cases of dolichocolon torsions are represented: a women 31 and a men 34 years old. The represented clinical observations show diagnostic difficulties encountered in patients with congenital malformations of the colon.

Keywords: colon volvulus, dolichocolon, malrotation, gangrene, diagnosis, surgical treatment

For citation: Shapkin Yu. G., Chalyk Yu. V., Klimashevich V. Yu., Stekolnikov N. Yu., Belikov A. V., Haleev I. A. Clinical cases of colonic torsions in patients with inborn anatomic variants. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(4):87–90. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-87-90.

* **Corresponding author:** Yuri V. Chalyk, Saratov State Medical University, 112, Bolschaya Kazachya str., Saratov, 410012, Russia. E-mail: cbosh2006@yandex.ru.

Введение. Аномалии развития толстой кишки являются одной из наиболее распространенных форм врожденной патологии органов брюшной полости. Диагностика ее у новорожденных не превышает 30 % и составляет для мегадолихоколон от 1:500 до 1:2000 [1], а для мальротации – 1:3000 среди новорожденных [2]. Сводных данных о частоте

выявления аномалий толстой кишки у взрослых нет, однако они выявляются у взрослых значительно чаще, чем указывается в научной литературе, посвященной хирургии детского возраста [3]. Объясняется это тем, что если аномалии носят неосложненный характер, то пациенты адаптируются к ним в течение длительного времени и только при



а



б

Рис. 1. Интраоперационная картина при первом вмешательстве в 2017 г. Толстая кишка жизнеспособна (а); интраоперационная картина при повторном завороте мегадолхозисгмы. Кишка цианотична с кровоизлияниями (б)
Fig. 1. Intraoperative situation in the first intervention in 2017. The colon is viable (a); Intraoperative situation in the re-volvulus. The colon is cyanotic with hemorrhages (б)



а



б

Рис. 2. Интраоперационная картина гангрены толстой кишки (а); препарат: удаленная толстая кишка с терминальным отделом подвздошной кишки (б)
Fig. 2. Intraoperative situation of colonic gangrene (a); removed specimen: removed colon with terminal ileum (б)

срыве компенсаторных механизмов обращаются к врачу [4]. Одним из самых грозных осложнений долихоколон и мальротации является заворот ободочной кишки, который занимает 3-е место среди причин острой толстокишечной непроходимости. Летальность при развитии этого осложнения достигает 15 %, а в случае некроза кишки – 46 % [5]. Заворот всей ободочной кишки, по мнению некоторых авторов [6], встречается очень редко и составляет всего 2 % от всех случаев.

Нами представляется описание двух случаев заворота толстой кишки на фоне мегадолихоколон у женщины 31 года и мальротации у мужчины 34 лет, находившихся практически одновременно в клинике общей хирургии СГМУ.

Клинические наблюдения. Больная Т. Н. В., 31 года, 24.02.2019 г. поступила в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, иррадиирующие в пупок и спину, тошноту, рвоту, отсутствие стула и отхождение газов. Считает себя больной с 18.02.2019 г., когда отметила появление боли в верхних отделах живота и его вздутие. 23.02.2019 г. боли усилились, появилась многократная рвота, отметила затруднение отхождения кала и газов. Самостоятельно принимала Дюспаталин с коротким положительным эффектом. 24.02.2019 г. боль вновь усилилась, больная самостоятельно обратилась в СГКБ № 6. С детства страдает периодическими нелокализованными болями в животе, запорами, провоцируемыми приемом пищи, богатой клетчаткой. Кроме того, будучи на 38-й неделе беременности в феврале 2017 г., находилась на лечении в другом стационаре города по поводу заворота мегадолихоколон, странгуляционной кишечной непроходимости. Оперирована 14.02.2017 г., произведено устранение заворота, сигмопексия, дренирование брюшной полости, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте (рис. 1, а). Сигмовидная кишка признана жизнеспособной, от выполнения ее резекции решено было воздержаться, учитывая беременность и экстренное родоразрешение. *Объективный осмотр:* состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожа обычной окраски. Гемодинамика стабильная. Живот вздут, участвует в акте дыхания, асимметричный за счет выбухания левой половины, при пальпации – мягкий, болезненный в левой половине, где определяется баллонообразно раздутая петля кишки. Перкуторно – тимпанит; притупление в отлогих частях не определяется. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается, ослаблена. Газы не отходят. Стула не было 5 дней. *Per rectum:* тонус сфинктера сохранен, в ампуле прямой кишки кала нет, сфинктер не зияет, патологических новообразований не выявлено. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости – выраженный пневматоз левой половины ободочной кишки. В общем анализе крови (ОАК) в день поступления: эритроциты – $5,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, гематокрит – 38 %, лейкоциты – $13,8 \cdot 10^9/л$. В биохимическом анализе крови (БАК): глюкоза – 4 ммоль/л, мочевины – 10 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л, общий билирубин – 10 мкмоль/л. Предварительный диагноз: «Острая кишечная непроходимость. Заворот мегадолихоколон». После клизмы отошло значительное количество газов с примесью кала. Боли купировались, вздутие живота уменьшилось, рвота прекратилась. Эффект от консервативного лечения позволил продолжить его. Начата инфузионная терапия. Однако через 12 ч боли в животе возникли вновь, стали нестерпимыми, иррадиировали в крестец. При контроле пассажа бария по кишечнику контраст через 12 и 16 ч располагался в терминальных петлях подвздошной кишки и в куполе слепой кишки. Выставлены показания

к экстренной операции. Выполнена средненижняя срединная лапаротомия. Сигмовидная кишка на протяжении 80 см дилатирована до 18–20 см, не перистальтирует. Имеет место заворот мегадолихоколон на 360°. Жизнеспособность сигмовидной кишки сомнительна (рис. 1, б). Оральной места заворота петли кишечника расширены до 8–10 см, аборальнее – спавшиеся. Правый яичник увеличен в размерах до 3,5 см. На его поверхности определяется точечный дефект, из которого поступает геморрагическое содержимое. Диагноз: «Заворот мегадолихоколон». Странгуляционная кишечная непроходимость. Апоплексия правого яичника. Произведена резекция сигмовидной кишки по Гартману, клиновидная резекция правого яичника. Брюшная полость дренирована. Выписана на 10-е сутки с рекомендацией явиться на реконструктивную операцию, которая выполнена в плановом порядке 13.05.2019 г.

Больной Ч. А. В., 34 лет, поступил 28.02.2019 г. Больным себя считает в течение 6 ч, когда ночью отметил появление резкой боли во всех отделах живота, тошноты, рвоты, задержки стула, слабости, холодного липкого пота. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в СГКБ № 6. Отмечает, что с детства страдает периодическими нелокализованными болями в животе, неоднократно лечился по поводу хронического панкреатита. *Объективно:* состояние тяжелое, обусловлено эндогенной интоксикацией, водно-электролитными нарушениями. Сознание ясное. Кожа несколько бледная, влажная. Артериальное давление – 90 и 70 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений – 76 уд./мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, правильной формы, асимметричный за счет выбухания верхних отделов, болезненный преимущественно по ходу ободочной кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика ослаблена. Перкуторно – тимпанит. Отмечается выраженный шум плеска. Газы не отходят. Стула не было. *Per rectum:* тонус сфинктера сохранен, в ампуле прямой кишки кала нет, сфинктер не зияет. При рентгеноскопии органов брюшной полости – определяется выраженная дилатация толстой кишки с чашей Клойбера. В общем анализе крови в день поступления: эритроциты – $5,4 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 154 г/л, гематокрит – 42 %, лейкоциты – $7,5 \cdot 10^9/л$. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 3 ммоль/л, креатинин – 136 мкмоль/л, билирубин общий – 19 мкмоль/л, прямой – 5 мкмоль/л. Предварительный диагноз: «Острая кишечная непроходимость. Заворот толстой кишки?».

Оперирован в экстренном порядке. В брюшной полости умеренное количество серозного выпота с гнилостным запахом. Ободочная кишка раздута до 15 см, черного цвета, не перистальтирует. При ревизии обнаружено, что у больного имеется аномалия развития кишечника (мегаколон, *mesenterium commune*). Произошел заворот ободочной и терминального отдела подвздошной кишки вокруг общей брыжейки на 360°, они нежизнеспособны. Выполнена резекция терминального отдела подвздошной кишки и ободочной кишки до средней трети сигмовидной по типу операции Гартмана (без предварительного разворота во избежание «синдрома включения») (рис. 2, б). Сформирована илеостома в мезогастррии справа, дренирование брюшной полости.

Через 8 ч после операции по илеостоме выделилось около 1000 мл геморрагического отделяемого. С целью исключения продолженного тромбоза кишечника снято несколько швов с лапаротомной раны. При ревизии осмотренные петли кишечника не изменены. Произведена плазматрансфузия 3 доз свежезамороженной плазмы с целью коррекции гемостаза. В дальнейшем послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан на 14-й день с рекомендацией явиться на реконструктивную операцию, которая выполнена в плановом порядке 15.05.2019 г.

З а к л ю ч е н и е. Представленные клинические наблюдения демонстрируют объективные трудности диагностики аномалий развития толстой кишки, осложненных ее заворотом, у больных, поступающих в хирургический стационар по «скорой помощи» с клинической картиной острой кишечной непроходимости.

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. Тихонов А. А., Ачкасов С. И., Горинов А. В. Рентгенодиагностика врожденных нарушений положения и фиксации толстой кишки // Мед. визуализация. 2006. № 6. С. 24–30.
2. Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Распутин А. А. и др. Эндохирургическое лечение мальротации кишечника у новорожден-

ных и младенцев // Хирургия : Журн. им. Н. И. Пирогова. 2016. № 4. С. 34–39.

3. Манафов С. С., Нармина З. Г. Сонографические особенности аномалий развития толстого кишечника у больных с хроническим запором // Вестн. хир. Казахстана. 2016. № 1 (46). С. 11–18.
4. Джавадов Э. А., Курбанов Ф. С. Хирургическое лечение хронического копростазиса // Хирургия : Журн. им. Н. И. Пирогова. 2011. № 2. С. 46–49.
5. Raahave D. Dolichocolon revisited : An inborn anatomic variant with redundancies causing constipation and volvulus // World J. Gastrointest. Surg. 2018. Vol. 10 (2). P. 6–12. Doi: 10.4240/wjgs.v10.i2.
6. Эргашев Н. Ш., Саттаров Ж. Б. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей // Вестн. хир. им. И. И. Грекова. 2014. Vol. 173, № 4. С. 73–77. Doi: 10.24884/0042-4625-2014-173-4-73-77.

REFERENCES

1. Tihonov A. A., Achkasov S. I., Gorinov A. V. X-ray Diagnostics of Congenital Disturbances of Colon's Position and Fixation. Medical imaging. 2006;6:24–30. (In Russ.).
2. Kozlov Yu. A., Novozhilov V. A., Rasputin A. A., Us G. P., Kuznecova N. N., Pakel'chuk A. Endoscopic treatment of intestinal malrotation in newborns and infants. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2016;(4):34–39. (In Russ.). Doi: 10.17116/hirurgia2016434-39.
3. Manafov S. S., Narmina Z. G. Sonographic features of abnormalities of the colon in patients with chronic constipation. Bulletin of surgery in Kazakhstan. 2016;1(46):11–18. (In Russ.).
4. Dzhavadov E. A., Kurbanov F. S. Surgical treatment of chronic coprostasis. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2011;(2):46–49. (In Russ.).
5. Raahave D. Dolichocolon revisited : An inborn anatomic variant with redundancies causing constipation and volvulus. World J Gastrointest Surg. 2018 Feb 27;10(2):6–12. Doi: 10.4240/wjgs.v10.i2.
6. Ergashev N. S., Sattarov Z. B. Features of clinical picture and diagnostic aspects of intestinal rotation and fixation disorders in children. Grekov's Bulletin of Surgery. 2014;173(4):73–77. (In Russ.). Doi: 10.24884/0042-4625-2014-173-4-73-77.

Информация об авторах:

Шапкин Юрий Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского (г. Саратов, Россия), ORCID: 0000-0003-0186-1892; **Чалык Юрий Викторович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского (г. Саратов, Россия), ORCID: 0000-0002-5872-287X; **Климашевич Владимир Юрьевич**, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры общей хирургии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского (г. Саратов, Россия); **Стекольников Николай Юрьевич**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского (г. Саратов, Россия), ORCID: 0000-0002-1407-8744; **Беликов Андрей Владимирович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского (г. Саратов, Россия); **Халеев Иван Александрович**, аспирант кафедры общей хирургии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского (г. Саратов, Россия).

Information about authors:

Shapkin Yuri G., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General Surgery, Saratov State Medical University (Saratov, Russia), ORCID: 0000-0003-0186-1892; **Chalyk Yuri V.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of General Surgery, Saratov State Medical University (Saratov, Russia), ORCID: 0000-0002-5872-287X; **Klimashevish Vladimir Yu.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of General Surgery, Saratov State Medical University (Saratov, Russia); **Stekolnikov Nikolay Yu.**, Associate Professor of the Department of General Surgery, Saratov State Medical University (Saratov, Russia), ORCID: 0000-0002-1407-8744; **Belikov Andrey V.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of General Surgery, Saratov State Medical University (Saratov, Russia); **Khaleev Ivan A.**, Postgraduate Student of the Department of General Surgery, Saratov State Medical University (Saratov, Russia).