

© ЗДЗИТОВЕЦКИЙ Д. Э., БЕЛОБОРОДОВ А. А., ДАНИЛИНА Е. П., БОРИСОВ Р. Н., ТЯПКИН С. И.

УДК 616.341-007.64:616.381-002

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОНКОЙ КИШКИ С ПЕРФОРАЦИЕЙ И РАЗВИТИЕМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Д. Э. Здзитовецкий, А. А. Белобородов, Е. П. Данилина, Р. Н. Борисов, С. И. Тяпкин

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. Ю. М. Лубенского, зав. — к. м. н., доцент Д. Э. Здзитовецкий.

Резюме. В сообщении приведено описание клинического случая распространенного гнойного перитонита, вызванного перфорацией дивертикулов тонкой кишки у больной с дивертикулярной болезнью тонкого кишечника. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки является редко встречающейся патологией, диагностирующейся, как правило, только при развитии осложнений, в связи с чем, представляющей большой интерес для хирургов.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь тонкой кишки, дивертикулит, распространенный гнойный перитонит.

Впервые дивертикул тонкой кишки описал Fabricius Hildanus в XVI веке. Официально термин «дивертикул» был введен в 1698 году после того, как F. Ruysch описал грыжеподобное образование в стенке подвздошной кишки [2].

Дивертикул тонкой кишки является редко встречающейся патологией. Так за последние 40 лет отечественными и зарубежными авторами описано всего около 80 клинических случаев дивертикулов тонкой кишки [8]. По секционным данным различных авторов, частота дивертикулов всех отделов тонкой кишки составляет от 0,06 до 1,9% и диагностируются в основном как случайные находки по данным компьютерной томографии, энтерографии или во время операции [1, 2]. По данным аутопсий частота дивертикулов тонкой кишки составляет 0,3-1,3% [10]. При этом истинным дивертикулом является только дивертикул Меккеля, встречающийся у 2-5 % людей [3].

Дивертикулы тонкой кишки локализуются в двенадцатиперстной кишке в 60-70% случаев, в тощей кишке — в 20-25%, и в 5-10% случаев — в подвздошной кишке [10]. В 3-5% случаев дивертикулы двенадцатиперстной кишки сочетаются с дивертикулами тощей и подвздошной кишки [2]. Размеры дивертикулов варьируют от 3-5 мм до 4-5 см; наиболее часто эта патология встречается у больных пожилого возраста, при этом, болеют преимущественно мужчины [2].

Этиология дивертикулеза неизвестна, в настоящее время считается, что в результате нарушения моторики кишечника на фоне длительного повышенного давления в просвете кишечника возникает выпячивание слизистой оболочки и подслизистого слоя через мышечную стенку в местах прохождения сосудов в кишечной стенке [6].

Как правило, дивертикулез не имеет четкой клинической картины, проявляясь лишь диспепсическими расстройствами и диагностируется, как правило, только при развитии осложнений, которые отмечаются в 10-30% случаев [4, 5]. Операцией выбора при дивертикулезе является резекция пораженного участка кишки с анастомозом конец в конец, при одиночных дивертикулах возможна

дивертикулэктомия [6, 7, 8, 9]. Летальность у больных с дивертикулярной болезнью, при развитии осложнений может достигать 50% [2].

Больная К. 74 лет, 16.01.2013 года доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение клиники ГКБСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярска с диагнозом: «Острый живот, острый холецисто-панкреатит».

При поступлении в стационар пациентка предъявляла жалобы на нелокализованную боль в животе, вздутие живота, повышение температуры тела до 37,3°C. Из анамнеза установлено, что пациентка заболела остро, вышеописанные симптомы появились около 5 часов назад.

16.01.2013 года в приемном отделении ГКБСМП им. Н.С. Карповича больная была осмотрена хирургом. Данные объективного статуса: состояние тяжелое, больная правильного телосложения. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД — 130/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения с частотой 86 ударов в минуту. Температура тела — 37,5°C. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, подвздут, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации живот болезненный и напряженный по левому флангу. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный, перистальтика кишечника вялая. Газы не отходят, стул был сутки назад, оформленный. При ректальном обследовании патологии не выявлено. По данным ультразвукового исследования брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, поликистоз почек и пневматоз кишечника. В биохимическом анализе крови и общем анализе мочи патологических изменений обнаружено не было, в развернутом анализе крови обнаружено повышение уровня лейкоцитов до $11,7 \times 10^9 / \text{л}$, «сдвиг» лейкоцитарной формулы влево с повышением уровня палочкоядерных форм

до 33 %, токсическая зернистость нейтрофилов. Пациентка с диагнозом «Сегментарный мезентериальный тромбоз сигмовидной кишки?» по экстренным показаниям взята в операционную.

Больной выполнена диагностическая лапароскопия, при осмотре брюшной полости: петли тонкого и толстого кишечника умеренно раздуты, гиперимированы, перистальтика вялая, в брюшной полости — гнойный выпот, на висцеральной и париетальной брюшине — наложения фибрина. Вышеописанные изменения расценены как распространенный гнойный перитонит. Выполнена нижне-срединная лапаротомия.

При ревизии брюшной полости начиная от связки Трейца на протяжении тощей кишки обнаружены множественные дивертикулы размером от 1,5x0,5 до 3x3 см (рис. 1).

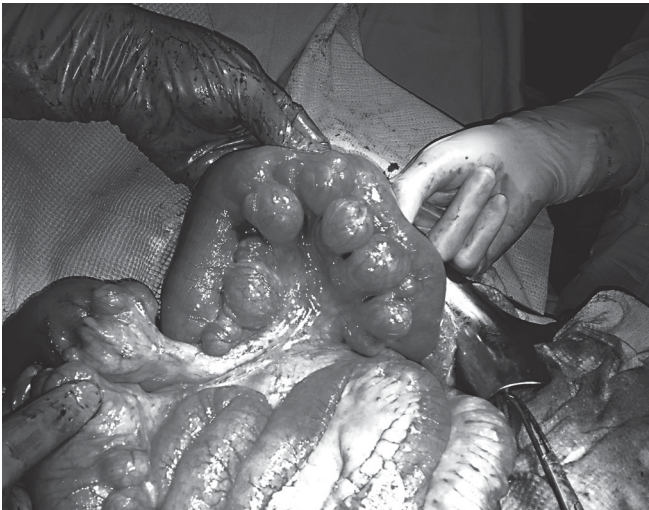


Рис. 1. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки.

В 10 см от илеоцекального угла обнаружены две петли подвздошной кишки, резко утолщенные, спаянные между собой. При разделении петель обнаружены два перфорированных дивертикула спаянные между собой с образованием соустья. В проксимальном направлении на расстоянии 10 см имеется дивертикул 0,3x0,3 см с перфорацией. Выполнена резекция 70 см подвздошной кишки с наложением анастомоза «бок в бок», брюшная полость санирована, дренирована, наложена программируемая лапаростома. Послеоперационный диагноз: Дивертикулярная болезнь тонкой кишки, дивертикулит. Перфорация дивертикулов тонкой кишки. Распространенный гнойный перитонит. Больная для дальнейшего лечения переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии.

18.01.2013 года выполнена операция: программируемая релапаротомия, ревизия, санация, дренирование брюшной полости, закрытие лапаростомы. На операции: в брюшной полости явления перитонита купированы, швы на анастомозе состоятельные, лапаростома закрыта. 20.01.2013 года больная переведена в 3-е хирургическое отделение.

Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи удалены на 10-е сутки, швы с передней брюшной стенки сняты на 12-е сутки. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. 31.01.2013 года больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Наше наблюдение подтверждает, что дивертикулярная болезнь тонкой кишки отличается скудной клинической симптоматикой и представляет значительные трудности для диагностики в рутинной практике, особенно в условиях ургентной хирургии. Несмотря на относительно небольшую частоту встречаемости, данная патология часто сопровождается развитием угрожающих жизни осложнений, требующих экстренного оперативного лечения.

DIVERTICULAR DISEASE OF THE SMALL INTESTINE WITH PERFORATION AND DEVELOPING A DISSEMINATED PURULENT PERITONITIS

D. E. Zdzitovetsky, A. A. Beloborodov,

E. P. Danilina, R. N. Borisov

Krasnoyarsk State Medical University
named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

Abstract. The article describes the clinical case of a widespread purulent peritonitis caused by perforated diverticulitis of the small intestine in patients with diverticular disease of the small intestine. Diverticular disease of the small intestine is rarely encountered pathology, is diagnosed usually only in the development of complications, therefore, is of great interest to surgeons.

Key words: diverticular disease of the small intestine, diverticulitis, widespread purulent peritonitis.

Литература

1. Циммерман Я.С. Дивертикулы пищеварительного тракта и их осложнения // Клиническая медицина. — 2011. — № 5. — С. 9-16.
2. Avalos-González J., Zaiar-Magaca A. Duodenal diverticulum in the third portion of duodenum as a cause of upper gastrointestinal bleeding and chronic abdominal pain. Case report and literature review // Cir. Cir. — 2008. — Vol. 76, № 1. — P. 65-69.
3. Barnert J., Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 6, № 11. — P. 637-646.
4. Butler J.S., Collins C.G., McEntee G.P. Perforated jejunal diverticula: a case report // J. Med. Case Reports. — 2010. — Vol. 172, № 4. — P. 172.
5. Dubecz A., Ottmann J., Schweigert M. et al. Management of ERCP-related small bowel perforations: the pivotal role of physical investigation // Can. J. Surg. — 2012. — Vol. 55, № 2. — P. 99-104.
6. Liu D., Chen L. Management of the total bowel diverticular disease // Hepatogastroenterology. — 2009. — Vol. 56, № 96. — P. 1679-1682.

7. Mantas D., Kykalos S., Patsouras D. et al. Small intestine diverticula: Is there anything new? // World J. Gastrointest. Surg. — 2011. — Vol. 3, № 4. — P. 49-53.

8. Schnueriger B., Vorburger S.A., Banz V.M. et al. Diagnosis and management of the symptomatic duodenal diverticulum: a case series and a short review of the literature // J. Gastrointest. Surg. — 2008. — Vol. 12, № 9. — P. 1571-1576.

9. Veen M., Hornstra B.J., Clemens C.H. et al. Small bowel diverticulitis as a cause of acute abdomen // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 21, № 1. — P. 123-125.

10. Yang C.W., Chen Y.Y., Yen H.H. et al. Successful double balloon enteroscopy treatment for bleeding jejunal diverticulum: a case report and review of the literature // J. Laparosc. Adv. Surg. Tech. — 2009. — Vol. 19, № 5. — P. 637-640.

Сведения об авторах

Згзитоветский Дмитрий Эдуардович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406; e-mail: zdz64@mail.ru.

Белобородов Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406; e-mail: beloborodov-a@yandex.ru.

Данилина Елена Петровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406.

Борисов Роман Николаевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406.

Тякин Сергей Игнатьевич — заведующий 3 хирургическим (гнойным) отделением МБУЗ ГКБСМП имени Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17, тел. 8(391)2469407; e-mail: tyarkin.s@yandex.ru

Менеджмент и здравоохранение



© АРТЮХОВ И. П., ДАВЫДОВ Е. Л., КАПИТОНОВ В. Ф., ХАРЬКОВ Е. И.

УДК 616.12-008.331.1-036-085:612.67:314.144

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

И. П. Артюхов, Е. Л. Давыдов, В. Ф. Капитонов, Е. И. Харьков

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н. проф. И. П. Артюхов; кафедра пропедевтики
внутренних болезней и терапии, зав. — д. м. н., проф. Е. И. Харьков, кафедра управления
в здравоохранении ИПО, зав. — д. м. н., проф. И. П. Артюхов.

Резюме. В статье представлены результаты основных показателей социально-экономической характеристики больных артериальной гипертонией (АГ) — 211 человек пожилого, 107 пациентов старческого и 108 больных среднего возраста, полученных с помощью социологического опроса. Сделан вывод о большом количестве одиноко проживающих пациентов, а также о более качественном лечении пациентов, проживающих совместно с детьми и внуками.

Установлено, что большинство пациентов удовлетворены уровнем оказываемой им медицинской помощи. При этом свыше 2/3 пациентов пожилого и 3/4 больных старческого возрастов считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной, в то же время около 50% больных приходится оплачивать лечение АГ.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, артериальная гипертония, социально-экономическая характеристика.

В настоящее время обращаемость населения за лечебно-диагностической помощью обычно определяется по медицинской документации и/или по результатам опросов об их состоянии здоровья [1]. Хотя у обоих этих подходов есть и достоинства и недостатки, считается, что опросы о состоянии здоровья населения дают более четкую дополнительную информацию, особенно о тех услугах, которые не отражаются или недостаточно отражаются в медицинской документации. Важным преимуществом опроса перед медицинской документацией является и то, что он позволяет устанавливать связь

между обращаемостью за лечебно-диагностической помощью и демографическими и социально-экономическими характеристиками пациентов [2,4]. Наконец, опрос о состоянии здоровья — это сравнительно дешевый и оперативный способ восполнить пробелы данных в медицинской документации [6]. На сегодняшний день не вызывает сомнения, что частота заболеваемости артериальной гипертонией (АГ) увеличивается с возрастом. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, в РФ распространенность АГ после 60 лет составляет свыше 60%, а после 80 лет приближается к 80% [7].