

УДК 61

ПОВРЕЖДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСЛЕДСТВИЕ НАХОЖДЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Михайличенко В.Ю., Древетняк А.А., Гавриленко С.П., Кисляков В.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Министерства образования и науки Российской Федерации, Симферополь, e-mail: pancreas1978@mail.ru

Одной из характерных особенностей ранений толстой кишки в мирное время признано значительное разнообразие этиологических факторов. Постоянный рост повреждений толстой кишки, достигающий 6-25%, обусловлен, в числе иных причин, не только не имеющей тенденции к снижению криминогенной обстановкой, но и определенной переориентировкой моральных ценностей в обществе. Перфорация толстой кишки инородным предметом является нечастой патологией встречающейся в хирургической практике. Как правило, при перфорации кишки инородным телом развивается клиника перитонита. Тем не менее необходимо помнить об возможности такой патологии, учитывая как правило неадекватность поведения пациента и попытки скрыть факт мастурбации. Мы приводим клинический случай повреждения толстой кишки вследствие нахождения инородного тела, особенности диагностики и хирургической тактики при данной хирургической проблеме.

Ключевые слова: толстая кишка, перфорация, инородное тело

BOWEL INJURY AS A RESULT OF A FINDING A FOREIGN BODY (CLINICAL OBSERVATION)

Mykhaylichenko V.Yu., Drevetnyk A.A., Gavrilenko S.P., Kyslyakov V.V.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Simferopol, e-mail: pancreas1978@mail.ru

In peacetime, one of the characteristic features of colon wounds recognized considerable variety of etiological factors. Constant growth of lesions of the colon, reaching 6-25%, caused, don't have a tendency to reduce the crime situation, but a certain reorientation of moral values in society. Perforation of the colon by foreign bodies is not a frequent pathology encountered in surgical practice. However, it is necessary remember of the possibility of such pathology, including the inadequacy of the patient's behavior and trying to hide the fact of masturbation. We present a clinical case of colon damage by finding a foreign body, characteristics the diagnosis and surgical tactics in this surgical problem.

Keywords: bowel, injury, foreign body

Актуальность темы. Повреждения ободочной и прямой кишки до сих пор являются актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии в связи с особенностями самой травмы, сложностью своевременной диагностики и выбором адекватной хирургической тактики [1,3]. Несмотря на постоянное пристальное внимание специалистов, при колоректальной травме не снижается количество гнойно-септических осложнений, остается высокой летальность, достигающая 34,2%. Одной из характерных особенностей ранений толстой кишки в мирное время признано значительное разнообразие этиологических факторов. Постоянный рост повреждений толстой кишки, достигающий 6-25%, обусловлен, в числе иных причин, не только не имеющей тенденции к снижению криминогенной обстановкой, но и определенной переориентировкой моральных ценностей в обществе [2,3]. В связи с чем, одним из возможных механизмов повреждения толстой кишки является прободение ее инородным телом, введенным в просвет прямой кишки с целью мастурбации.

Клиническое наблюдение. Больной П., 29 лет, поступил в хирургическое отделение

29.11.2007 г. с жалобами на неотхождение стула и газов в течение последних 8 дней. Сутки назад почувствовал острые боли в животе, в основном в надлонной области с иррадиацией в крестцовую область, промежность. Холостяк, живет с матерью в одной квартире. К секс-меньшинствам себя не относит, телосложение по маскулинному типу, ближе к атлетическому. На этапе первоначального сбора анамнеза сообщил, что 20 ноября 2007 г. был избит знакомыми на общей вечеринке, при этом терял сознание. При тщательном физикальном исследовании следов побоев не обнаружено, однако выявлено исчезновение «печеночной тупости» при перкуссии (подтвержденное обнаружением свободного газа под обеими куполами диафрагмы при обзорной рентгенографии органов брюшной полости), отсутствие перистальтических шумов, выраженная болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в надлонной и левой паховой областях. При ректальном исследовании на высоте пальца определяется нижний полюс инородного тела в виде твердого кольцевидного ободка, лежащего под углом к продольной оси ампулы прямой кишки. При ректоскопии, начиная с 8 см от

ано-перинеального перехода, визуально определяется край инородного тела (пластмассового колпачка от спрей-баллона – лака для волос). Большая часть его плотно охвачена отечной слизистой прямой кишки. При повторном сборе анамнеза под угрозой сообщения в правоохранительные органы пациент сознался, что оговорил знакомых, (т.е. факта избиения или иных насильственных действий со стороны посторонних лиц не было). Он сам ввел себе 8 дней назад баллончик из-под лака для волос в прямую кишку колпачком вперед с целью мастурбации. При выведении предмета (баллона) колпачок остался в просвете толстой кишки, охваченный спазмированной кишечной стенкой, и полностью перекрыл просвет кишки. Пациент, испугавшись огласки, о факте инцидента никому не сообщил. Примечательно, что к числу основных причин, побудивших больного воздержаться от своевременного обращения за медицинской помощью, сам пациент назвал боязнь потери потенциальных клиентов (т.к. больной, с его слов, является востребованным в городе специалистом по программному обеспечению). Все это время (9 дней) больной не ел плотной пищи, надеясь на самостоятельное отхождение колпачка. Однако, появившиеся признаки низкой толстокишечной непроходимости и симптомы перитонита заставили его обратиться за медицинской помощью. Учитывая длительность нахождения инородного тела в просвете толстой кишки и клинику перитонита, попытки трансанального удаления данного предмета признаны бесперспективными. Больной взят в операционную. Произведена средне-нижне-срединная лапаротомия. Выявлен диффузный каловый перитонит, обусловленный дефектом на границе верхне-ампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки, который возник вследствие длительного давления на кишечную стенку изнутри. Дефект кишечной стенки занимал около половины окружности противобрыжечного края, при этом края дефекта ишемизированы, с фибринозными наложениями. Выполнены: резекция ректосигмоидного отдела по Гартману с формированием плоской сигмостомы; санация и дренирование брюшной полости. Учитывая достаточно протяженные воспалительно-некротические изменения в кишечной стенке, для формирования культи прямой кишки потребовалась мобилизация ее значительно ниже тазовой брюшины (до m. levator ani). Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан домой на 10-е сутки после операции. Через 3 месяца пациент госпитализирован повторно. Учитывая относительно короткую культи прямой кишки, невозможность (на тот момент времени, в силу ряда материально-эко-

номических факторов) задействовать современные сшивающие аппараты для наложения низких колоректальных анастомозов, необходимо было выбрать наиболее адекватный метод колоректостомии. В данной ситуации, для восстановления аноректального угла и достижения наиболее приемлемого функционального результата, возобновить непрерывность толстой кишки было решено путем наложения колоректального анастомоза конец-в-бок (типа операции Дюамеля). Больной осмотрен через 1 и 5 месяцев со дня выписки из стационара после восстановления непрерывности толстой кишки, – жалоб не предъявляет, диеты не придерживается. Стул регулярный, самостоятельный, без патологических примесей, 1-2 раза в сутки. Колоректальный анастомоз (при ректороманоскопии) диаметром до 3-х см.

Выводы

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует еще один возможный механизм повреждения толстой кишки инородным телом, помимо одномоментной травмы: вследствие длительного давления на кишечную стенку изнутри (по типу пролежня). Больные в таких случаях обращаются за медицинской помощью достаточно поздно, при уже развившихся осложнениях (некроз стенки кишки, перитонит). При сборе анамнестических данных сведения, сообщаемые самим пациентом, могут быть искажены, а правдивая информация, способствующая своевременной диагностике и выбору оптимальной лечебной тактики скрыта. В связи с этим возрастает роль целенаправленного сбора анамнеза и рутинных методов физического исследования пациента. При обнаружении длительно находящегося в просвете кишки, иммобильного инородного тела следует заподозрить формирующийся дефект вследствие пролежня кишечной стенки и ставить вопрос об экстренной лапаротомии и резекции кишки. Попытки трансанального, эндоскопического удаления инородного тела в подобной ситуации, как правило, бесперспективны и приводят к еще большей травматизации кишки и потере времени.

Список литературы

1. Малашенко А.А. Результаты лечения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта среди заключенных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы кемеровской области / А.А. Малашенко, О.А. Краснов, С.И. Минин // Медицина в Кузбассе. – 2010. – № 3. – С. 22–26.
2. Макодзоба А.М. Перфорация толстой кишки инородным телом с образованием ограниченного межкишечного абсцесса / А.М. Макодзоба, В.Л. Коваленко, Е.Г. Корчагина, И.Н. Лазарева // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2008. – № 6. – С. 71–73.
3. Шелыгин Ю.А. Колопроктология / Ю.А. Шелыгин // Клинические рекомендации, Москва, 2015. – 527с.