

Д. С. Бойба¹, Д. А. Ключко¹, А. С. Жидков¹, А. В. Махакей²,
О. И. Ляшко², С. А. Жидков¹, Г. Н. Мельников²

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ВЫПАДЕНИЕМ ТОНКОЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «2 городская клиническая больница» г. Минска²

В статье представлен случай успешного лечения спонтанного разрыва сигмовидной кишки с выпадением петель тонкой кишки, произошедшего при акте дефекации после длительного натуживания у женщины 78 лет. Выполнено вправление выпавшей тонкой кишки, ушивание разрыва сигмовидной кишки, наложение петлевой сигмостомы, санация и дренирование брюшной полости. Повреждение анального сфинктера не отмечено. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана из стационара на 14 сутки.

Ключевые слова: сигмовидная кишка, разрыв, выпадение петель кишечника.

*D. S. Boyba D. A. Klyuko, A. S. Zhidkov, A. V. Mahakhey, O. I. Lyashko,
S. A. Zhidkov, G. N. Melnikov*

SPONTANEOUS GIT WITH A THIN LOSS

The article presents the case of sigmoid colon spontaneous rupture with prolapse of the loops of the small intestine successful treatment that occurred during an act of defecation in a 78-year-old woman. The reduction of the prolapsed small intestine, suturing of a sigmoid colon rupture, application of a loop sigmoid, reorganization and drainage of the abdominal cavity were performed. Damage to the anal sphincter was not detected. The postoperative period was uneventful. Discharged from the hospital on the 14th day.

Key words: sigmoid colon, rupture, intestine loops prolapse.

К спонтанным или самопроизвольным разрывы дистальных отделов толстой кишки могут быть отнесены только условно, так как нарушение целостности стенки кишки без причины быть не может. К таким видам повреждения относятся разрывы происходящие чаще всего без внешнего травматического воздействия вследствие повышения внутриполостного давления.

Спонтанный разрыв дистальных отделов толстой кишки с выпадением петель тонкой кишки через анальное отверстие является редко упоминаемым в литературе явлением. Точная этиология данной патологии на сегодняшний день не ясна. Первое упоминание о данной патологии было сделано

Бенджамином Броди в 1827 году [1]. До настоящего времени в литературе сообщалось только о 65 подобных случаях.

Это состояние обычно возникает из-за чрезмерного давления на переднюю стенку прямой либо сигмовидной кишки с ранее существовавшей патологией, такой как дивертикулез, колит, изъязвление, злокачественная опухоль, спайки, облучение, выпадение прямой кишки и матки [2, 3]. Хроническое напряжение из-за патологии, и повышение внутрибрюшного давления вызывают прогрессирующее углубление ректovesикального и маточно-прямокишечного пространства, из-за чего стенка прямой кишки истончается [5]. Сокращение мышц брюшно-

го пресса повышает внутрибрюшное давление, и через эту истонченную область возникает спонтанная перфорация, в основном на противобрыжеечном крае, где кровоснабжение является самым слабым [4, 5]. Точно так же у пациента с запором измененный характер дефекации вызывает предварительное изменение кишечной стенки, которая становится рыхлой из-за хронического воспаления ее слоев и может перфорироваться.

Worbleski D. E. с соавторами считают, что два фактора являются предрасполагающими в данном случае: один – внезапное повышение внутрибрюшного давления, а другой – наличие выпадения прямой кишки [6].

Какой бы ни был механизм, внезапное повышение внутрибрюшного давления, похоже, является основным фактором. Под воздействием внутрибрюшного давления петли подвздошной кишки проталкиваются в ректовезикальное или маточно-прямокишечное пространство, и сильно давят на переднюю стенку прямой кишки и вызывают перфорацию [7]. Это, по-видимому, единственное правдоподобное объяснение спонтанного разрыва.

В простой перфорированной язве прямой кишки есть область уплотнения вокруг краев, в то время как самопроизвольная перфорация является щелевидной, проходит в продольном направлении (редко в поперечном направлении) с минимальными признаками воспаления. В опубликованных случаях сообщают о типичных гистологических изменениях стенки кишки в области перфорации (ишемические области, хронические повреждения, фиброз и т.д.) у пациентов со спонтанным разрывом [2, 5].

На сегодняшний день в литературе описано около 65 случаев самопроизвольного разрыва дистальных отделов толстой кишки. Эти случаи включали 36 мужчин и 29 женщин. Их возраст варьировал от 6 до 96 лет (в среднем 56 лет), и более половины из них были моложе 60 лет. Предрасполага-

ющие факторы, которые вызывали повышение внутрибрюшного давления, были обнаружены у 48 (75%) пациентов, и из них напряжение при дефекации было наиболее распространенным фактором, наблюдаемым у 30 пациентов. Другими предрасполагающими факторами были подъем тяжестей у 4 пациентов, напряжение при мочеиспускании, чихание и рвота по одному пациенту каждый. У 11 пациентов не было выявлено случаев напряжения при дефекации, но у них был хронический запор, который вызывает прогрессирующее углубление ректовезикального или маточно-прямокишечного кармана и ослабление передней стенки прямой кишки, что и могло способствовать перфорации прямой кишки [5].

Некоторые авторы считают выпадение прямой кишки предпосылкой для спонтанного разрыва. De Vogel P. L. и Kamstra P. E. L. наблюдали выпадение прямой кишки у 60% из 57 пациентов [5]. Wrobleski D. E. и Daily T. H. отметили наличие выпадения прямой кишки у 22 из 30 пациентов (73%) со спонтанной перфорацией прямой кишки [6]. Czerniak A. и соавторы сообщили о выпадении прямой кишки в 18 случаях из 27 (67%) [8], и Ellul J. P. M. и соавторы сообщили о выпадении прямой кишки в 76% случаев у пациентов со спонтанной перфорацией прямой кишки [3].

Из 65 рассмотренных случаев место перфорации было упомянуто только в 50 из них. В 29 случаях (58%) перфорация была в сигмовидной кишке, в 8 случаях перфорация располагалась в ректосигмоидном отделе, и перфорация прямой кишки была обнаружена у 13 пациентов (26%). Во всех этих случаях перфорация была на передней противобрыжеечной стенке толстой кишки, которая наиболее слабо кровоснабжается. Вид места разрыва описывался как щелевидный в продольном или поперечном направлении.

Лечение спонтанного разрыва дистальных отделов толстой кишки осуществляется

в соответствии с принципами травмы живота. Выпавший тонкий кишечник или сальник следует вправить в брюшную полость, после соответствующей очистки, и проверить на жизнеспособность. Дефект в кишке следует ушить, а край направить на гистологическое исследование [8]. Наложение превентивной колостомы является дискуссионным.

Пациентка Е, 78 лет, доставлена во 2-ю Городскую клиническую больницу города Минска бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на выпадение через анус тонкой кишки, боли в животе, преимущественно в нижних отделах, боли в области ануса.

Со слов сопровождающих родственников заболела остро – находилась в санузле около 3-х часов. После того, как пациентка вышла из санузла, родственник увидел выпавший участок кишки. Сама на тот момент активно жалоб не предъявляла ввиду когнитивных нарушений (деменции).

Из анамнеза установлено, со слов дочери, что в 1973 году, со слов дочери, у пациентки были тяжелые первые роды естественным путём. После родов появился хронический комбинированный геморрой и запоры. В 1975 году – вторые роды, также естественным путём, после которых, запоры усугубились: увеличилось количество дней без дефекации, вплоть до недели, пациентка стала длительное время сидеть в санузле, до двух часов по времени. Впервые обратилась к проктологу в 2002 году с клиникой выпадения прямой кишки I стадии – было назначено консервативное лечение. В 2010 году – была выполнена вентральная сетчатая ректосакропексия по поводу выпадения прямой кишки. В 2011 году прооперирована по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Выполнена герниолапаротомия с установкой сетчатого трансплантата. В 2012 году случился рецидив выпадения прямой кишки – по этому поводу выполнена операция Делорма. В 2016 году случился повторный

рецидив выпадения прямой кишки – была сделана трансанальная резекция прямой кишки с формированием сигмоанального анастомоза. В 2017 году пациентка перенесла инфаркт миокарда, после чего появилась и стала стремительно прогрессировать деменция. Была признана недееспособной, назначен опекун. Пациентка стала сидеть на унитазе по 4–5–6 часов. Всё время указывала на чувство неполного опорожнения кишечника.

Состояние пациентки на момент осмотра определено как тяжелое. Положение пассивное. Настроение спокойное. В сознании, контакт затруднен из-за явлений деменции. Суицидальных мыслей не высказывает. Телосложение астеническое. Костно-суставная система без патологии. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожные покровы чистые, теплые, обычной окраски, видимые слизистые влажные, без налета, обычной окраски. Температура тела 36,6 °С. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Язык влажный, чистый. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет. Частота дыхания = 16/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений = 86/мин. Артериальное давление = 155/70 мм. рт. ст. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, больше в гипогастрии. Перитонеальные симптомы не определяются, перистальтика выслушивается. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Селезенка не пальпируется. Пульсация брюшной аорты четкая. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая, диурез достаточный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В области ануса определяется выпадение петли тонкой кишки протяженностью ~ 1,5 м. через анус вишнево-багрового цвета, перистальтика вялая.

В приемном покое был выполнен общий анализ крови: лейкоциты $10.1 (10^3/\text{мкл})$, эритроциты $4.94 (10^6/\text{мкл})$, гемоглобин 117 г/л , гематокрит 39.8% , MCV 80.6 фл , MCH 23.7 пг , MCHC 294 г/л , RDW 14.4% , Тромбоциты $188 (10^3/\text{мкл})$. Глюкоза крови – 5.6 ммоль/л .

Электрокардиограмма: ритм правильный, синусовый. Частота сердечных сокращений = $80/\text{мин}$. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Осмотр терапевта: «Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (2018 г.) и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Хроническая сердечная недостаточность, функциональный класс 2. Н1. Артериальная гипертензия 2 стадия, риск 4».

Из приёмного покоя пациентка подана в операционную. Была выполнена кратковременная предоперационная подготовка 30 минут. Она включала инфузионную терапию солевыми растворами ($1,0 \text{ л}$), а также внутривенно цефазолин $2,0$.

Операция: лапаротомия, при рассечении тканей передней брюшной стенки определяется сетчатый трансплантат. При ревизии брюшной полости выпот не обнаружен. На расстоянии $\sim 7 - 8 \text{ см}$. от ануса определяется дефект сигмовидной кишки протяжённостью $\sim 5 \text{ см}$., через который выпадает петля тонкой кишки (дистальный конец на расстоянии $\sim 50 \text{ см}$. от илеоцекального угла). Кишка, после промывания физиологическим раствором, мануально вправлена в брюшную полость (по прошествии 10 минут цвет нормальный, перистальтирует, отчетливо прощупывается пульсация сосудов брыжейки) – признана жизнеспособной. Дефект в сигмовидной кишке ушит одним рядом отдельных узловых швов (ввиду того, что стенка сигмовидной кишки была пастозной, атрофичной, по типу «пергаментной бумаги»). Сформирована петлевая сигмо-

стома. Установлен дренаж в малый таз. Послойный шов раны. Асептическая повязка.

После операции пациентка находилась в отделении анестезиологии и реанимации. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и инфузионная терапия суммарным объемом 1000 мл . На 1-е сутки после операции состояние пациентки тяжелые. Показатели гемодинамики оставались стабильными (Артериальное давление = $114/80 \text{ мм. рт. ст}$. Частота сердечных сокращений = $68/\text{ударов}$ в минуту, SaO₂ – 98%). Частота дыхания = $17/\text{мин}$. Колостома не функционирует. Суточный диурез более 600 мл . По дренажу 200 мл . серозно-геморрагического отделяемого. Гемоглобин составил 112 г/л , эритроциты – $4.54 (10^6/\text{мкл})$, лейкоциты – $15.8 (10^3/\text{мкл})$, тромбоциты – $171 (10^3/\text{мкл})$, глюкоза крови – 11.4 ммоль/л , мочевины 6.4 ммоль/л , билирубин – 7.8 мкмоль/л , К⁺ плазмы – 4.9 ммоль/л , Na⁺ плазмы – 140 ммоль/л , общий белок – 48.5 г/л .

На 3-е сутки состояние пациентки средней степени тяжести, показатели гемодинамики стабильные (Артериальное давление = $151/77 \text{ мм рт. ст}$. Частота сердечных сокращений = $83/\text{мин}$., в мин., SaO₂– 100%), объем инфузионной терапии составил 2200 мл , суточный диурез – 1800 мл ., сигмостома функционирует. По дренажу отделяемого нет, удален. Частота дыхания = $16/\text{мин}$. Гемоглобин составил 196 г/л , эритроциты – $3.83 (10^6/\text{мкл})$, лейкоциты – $11.27 (10^3/\text{мкл})$, тромбоциты – $431 (10^3/\text{мкл})$, глюкоза крови – 8.7 ммоль/л , мочевины 8.0 ммоль/л , билирубин – 6.8 мкмоль/л , К⁺ плазмы – 4.9 ммоль/л , Na⁺ плазмы – 137 ммоль/л , общий белок – 47.3 г/л . Для дальнейшего лечения пациентка переведена в проктологическое отделение.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана из стационара на 14 сутки . Через 6 месяцев выполнен контрольный осмотр. При осмотре состоя-

ние удовлетворительное, колостома функционирует, однако пациентка по-прежнему жалуется на чувство неполного опорожнения кишки и так же длительное время проводит в санузле.

Литература

1. *Al Akbari H. A.* Spontaneous rupture of rectum with evisceration of omentum through anus. A case report and review of literature / H. A. Al Akbari. – Ann. Saudi Med. – 2001. – № 3–4. – P. 246–247.
2. *Ellul J. P.M.* Spontaneous perforation of rectum with evisceration of small intestine through the anus / J. P. M. Ellul, S. Mannion, G. A. Khoury. – Eur. J. Surg. – 1995. – № 16. – P. 925–927.
3. *Goligher J. C.* Injuries of the rectum and colon / J. C. Goligher, H. L. Duthie, H. Nixon. – Surgery of the anus rectum and Colon. – London: Bailliere Tindall. – 1984. – P. 1133–1134.
4. *Spontaneous extra-peritoneal rupture of rectum* / Peenopoulos V. [et al.]. – Ann Gastroenterol. – 2002. – 15(2). – P. 186–189.
5. *Spontaneous rupture of the rectosigmoid colon with small bowel evisceration through the anus* / Czerniak A. [et al.]. – Dis Colon Rectum. – 1983. – P. 821–822.
6. *Vogel De P. L.* Rupture of rectum with evisceration of small intestine through the anus: A complication of advanced rectal prolapse / P. L. Vogel De, P. E. Kamsstra. – Eur J Surg. – 1994. – 160. – P. 187–188.
7. *Worbleski D. E.* Spontaneous rupture of distal colon with evisceration of small intestine through anus: report of two cases and review of literature / D. E. Worbleski, T. H. Dailey. – Dis Colon Rectum. – 1979. – 22. – P. 569–572.

Поступила 18.06.2020 г.