

Случай из практики

УДК 616.34-007.251

ЗАБРЮШИННАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. В. Гусев¹, доктор медицинских наук,

А. Э. Говорливых^{2*},

А. Ю. Соловьев²

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

²ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Иваново», 153032, Россия, г. Иваново, ул. Воронина, д. 11.

РЕЗЮМЕ Представлен клинический случай редкой патологии – дивертикула двенадцатиперстной кишки с перфорацией с атипичной клинической и интраоперационной картиной у пациентки 71 года.

Ключевые слова: дивертикул двенадцатиперстной кишки, перфорация.

* Ответственный за переписку (corresponding author): govorlivyh@bk.ru.

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДДК) занимают второе место по частоте встречаемости после дивертикулов ободочной кишки. Для них характерно бессимптомное течение, вследствие чего они чаще выявляются случайно, при патологоанатомических вскрытиях или при эндоскопических исследованиях по поводу других заболеваний [2, 4, 6, 7]. Клинические проявления воспаления ДДК не специфичны, и диагноз этот является диагнозом исключения, а спонтанная перфорация дуоденального дивертикула удивительно редка: в мировой литературе описано немногим более 160 случаев [1, 2, 3, 5, 6, 10, 11]. В подавляющем большинстве случаев этот диагноз устанавливался во время хирургического вмешательства или посмертно.

Перфорация может происходить как в свободную брюшную полость, так и ретроперитонеально (в большинстве случаев) [6, 8, 9]. Перфорация проявляется острыми болями в правом подреберье и эпигастрии (по типу кинжальных при прободении в свободную брюшную полость), тошноты и рвоты. При проведении рентгенологического исследования брюшной полости в 27% случаев может выявляться эмфизема забрюшинной клетчатки, свободный газ под куполами диафрагмы (при перфорации в брюшную полость). В ходе операции определяется небольшое количество серозного выпота в брюшной полости, забрюшинная клетчатка в области двенадцатиперстной кишки бывает пропитана желчью [2, 6, 7].

Чрезвычайная редкость патологии и трудности ее прижизненного выявления побудили нас описать данный клинический случай.

Пациентка N., 71 года, была доставлена в приемное отделение городской больницы бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли в животе без четкой локализации, тошноту, рвоту желудочным содержимым, общую слабость.

Со слов больной стало известно, что за 19 часов до поступления, накануне вечером, без видимой причины появились резкие, по типу «кинжальных», боли по всему животу, тошнота. Ранее подобных болей не возникало, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки отрицает. Прием обезболивающих не давал значимого эффекта: боли сохранялись, была повторная рвота желудочным содержимым, нарастала общая слабость, в связи с чем и была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

В анамнезе – аппендэктомия, холецистэктомия, выполненные более десяти лет назад.

При поступлении в хирургическое отделение состояние больной было тяжелым, положение – пассивное, на каталке, ввиду выраженной слабости и болей. Кожные покровы, видимые слизистые – бледные. ЧД – 20 в минуту, дыхание жесткое. ЧСС – 90 в минуту. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации напряжен и болезнен во всех отделах без четкой локализации, однако печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина – Блюмберга положительный во всех отделах. Перистальтика выслушивается.

Общий анализ крови при поступлении: уровень лейкоцитов – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, миелоцитов – 1%, палочкоядерных нейтрофилов – 3%, сегментоядерных нейтрофилов – 51%, лимфоцитов – 21%. На обзорной

рентгенограмме брюшной полости справа в среднем этаже визуализируются единичные горизонтальные уровни жидкости.

Учитывая клинику перитонита, решено выполнить диагностическую лапаротомию после предоперационной подготовки.

В ходе оперативного вмешательства в правой подвздошной области выявлено небольшое количество серозного выпота. Желудок нормальных размеров, передняя стенка его не изменена. Вскрыта сальниковая сумка, при осмотре задней стенки желудка, поджелудочной железы нарушений не выявлено. При дальнейшей ревизии в правой подвздошной области обнаружена шнуровидная спайка (после аппендэктомии) между прядью большого сальника и париетальной брюшиной, вокруг которой перекручен илеоцекальный угол: слепая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки цианотичны, не перистальтируют, слепая кишка дилатирована до 6 см. Спайка рассечена, после этого кишки приняли нормальную окраску, начали перистальтировать. В правом подреберье также имелся выраженный спаечный процесс после холецистэктомии – спайки были частично разделены, патологии не выявлено. Дальнейшее разделение спаек в этой области было признано нецелесообразным ввиду высокой вероятности повреждения тонкой кишки. Другой патологии в брюшной полости не обнаружено. После новокаиновой блокады брыжейки тонкой кишки и установки контрольного дренажа в малый таз выполнено ушивание лапаротомной раны.

В послеоперационном периоде проводилась консервативная инфузионная, противовоспалительная, антибактериальная, реологическая терапия. Состояние больной улучшилось.

Однако через 6 дней пациентка отметила усиление болей, появление вздутия живота, отсутствие стула. Выполнена рентгенограмма органов брюшной полости: справа в верхнем этаже брюшной полости

визуализируются мелкие горизонтальные уровни жидкости, по правому боковому каналу – небольшое количество газа. Начата стимуляция кишечника, после которой практически сразу появился стул, боли в животе уменьшились.

На 10-й день после операции без видимой причины возникли резкие боли во всех отделах живота, перитонеальная симптоматика. Выполнена экстренная релапаротомия, на которой обнаружено жидкостное образование в забрюшинном пространстве справа. Гнойник вскрыт внебрюшинным способом, получено около 100 мл гнойного отделяемого. Произведена ревизия правой почки – патологии не выявлено, паранефральная клетчатка пропитана гноем. Выполнено дренирование и тампонирование полости гнойника.

Через 15 часов больная умерла. При патологоанатомическом вскрытии обнаружена забрюшинная перфорация дивертикула боковой стенки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

В результате анализа данного клинического случая установлены факторы, не позволившие выявить забрюшинную перфорацию двенадцатиперстной кишки в ранние сроки. Прежде всего, это редкость патологии и особенности интраоперационной картины. Наличие спаечного процесса в правом подреберье затруднило интраоперационную ревизию указанной области, а выявленная интраоперационно шнуровидная спайка с перекрутом кишечника и наличием визуальных изменений стенки кишечника были приняты за истинную причину заболевания. Кроме того, положительная динамика в раннем послеоперационном периоде свидетельствовала о том, что причина заболевания устранена.

Надеемся, что описание данного редкого клинического случая с особенностями клинических проявлений поможет в будущем в ранней диагностике забрюшинной перфорации двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Некроз дивертикула двенадцатиперстной кишки с перфорацией в свободную брюшную полость / И. Н. Барамя, Ю. А. Супрун, А. Н. Лавчук, Ю. А. Диброва // *Клин. хирургия.* – 1986. – № 2. – С. 56–57.
2. Редкое осложнение дивертикула двенадцатиперстной кишки в сочетании с мальротацией кишечника / Н. И. Глушков, Г. М. Горбунов, В. Д. Шубинский, Г. А. Тросиненко // *Вестн. хирургии.* – 2006. – № 3. – С. 84–85.
3. Гонза, Р. В. Случай успешного лечения пациентки с перфорацией дивертикула двенадцатиперстной кишки в сочетании с мальротацией кишечника / Р. В. Гонза // *Хирургия Украины.* – 2014. – № 2. – С. 112–116.
4. Карапыш Д. В., Агуреев Е. Н. Перфоративный дивертикул двенадцатиперстной кишки как сложный клинический случай, алгоритм ведения // *Инновационные наукоемкие технологии: теория, эксперимент и практические результаты* : докл. Всерос. науч.-техн. конф. – Тула : изд-во ТулГУ, 2006. – С. 83.
5. Ames, J. Perforated duodenal diverticulum: Clinical and imaging findings in eight patients / J. Ames, M. Federle, K. Pealer // *Abdom Imaging.* – 2009. – Vol. 34. – P. 135–139.
6. Duarte, B. Perforated duodenal diverticulum / B. Duarte, K. K. Nagy, J. Cintron // *British J. of Surgery.* – 1992. – Vol. 79, № 9. – С. 877–881.
7. Marhin, W. W. Management of perforated duodenal diverticula / W. W. Marhin, B. J. Amson // *Canadian J. of Surgery.* – 2005. – Vol. 48, № 1. – P. 79.
8. Clinical challenge: diverticulitis of third and fourth portion of the duodenum with perforation / T. Y. Ming [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* – 2012. – Vol. 104. – P. 156–159.

9. Perforated duodenal diverticulum, a rare complication of a common pathology: a seven-patient case series / A. Rossetti [et al.] // World J. Gastrointest Surg. – 2013. – Mar 27, № 5(3). – P. 47–50.
10. Perforated Duodenal Diverticulum / Vundavalli Sattibabu, Satish Dalal, Mahavir Singh Jangra, Tulit Chhabra // J. of Case Reports. – 2017. – Vol. 7(1). – P. 82–84.
11. Duodenal diverticulum: case report of a perforated extraluminal diverticulum containing ectopic pancreatic tissue / J. Volchok, T. Massimi, S. Wilkins, E. Curletti // Arch Surg. – 2009. – Vol. 144(Feb, 2). – P.188–190.

RETROPERITONEAL PERFORATION OF DUODENUM DIVERTICULUM

A. V. Gusev, A. E. Govorlivykh, A. Yu. Solovyov

ABSTRACT. A clinical case of rare pathology namely duodenum diverticulum with perforation and atypical clinical and intraoperative finding in a patient aged 21 years old is presented.

Key words: duodenum, diverticulum, retroperitoneal perforation.