

© И.Н.Зубаровский, К.А.Плутахин, 2009
УДК 616.345-089.844-06:616.345-007.61-07-08

И.Н.Зубаровский, К.А.Плутахин

СИНДРОМ ОГИЛВИ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — академик РАМН профессор Н.А.Яицкий) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: псевдообструкция, толстая кишка.

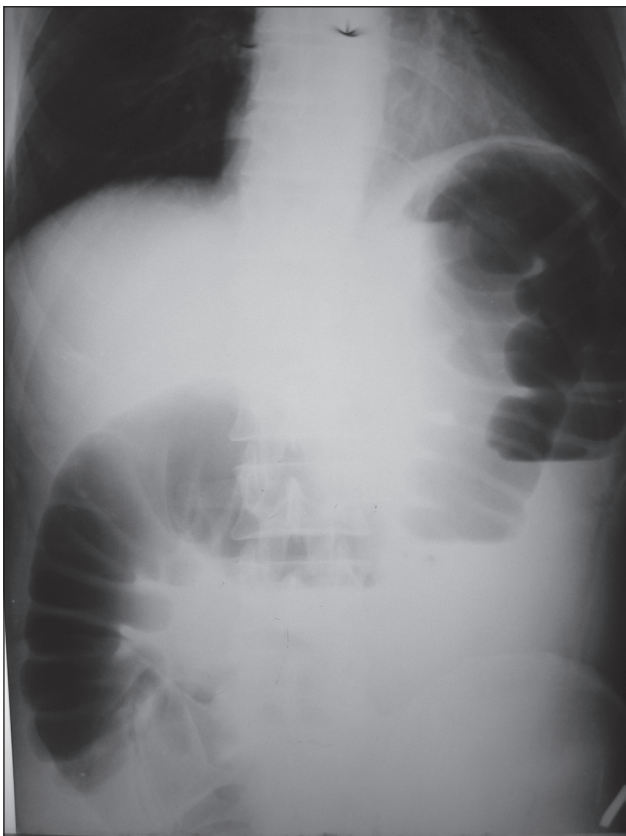
Синдром острой дилатации толстой кишки без видимого механического препятствия или воспаления в ней впервые описан W. Ogilvie в 1948 г. [4]. С тех пор термин «синдром Огилви» является синонимом острой толстокишечной псевдообструкции или острого нетоксического мегаколона. Частота возникновения синдрома Огилви среди больных хирургического профиля составляет 0,09–0,12%, а у оперированных — 0,10–0,19% [1, 3]. Летальность при данном осложнении колеблется от 15 до 60%, основной причиной которой являются некроз и перфорация толстой кишки [1, 2, 5]. Кроме того, неправильная диагностика толстокишечной псевдообструкции приводит к ненужным операциям в 70% случаев [1].

Имея значительный опыт хирургических вмешательств на толстой кишке, в том числе и восстановительных операций, мы впервые столкнулись с синдромом Огилви в послеоперационном периоде. Приводим наше наблюдение.

Больной Б., 44 года, поступил в клинику 13.11.2008 г. с колостомой для восстановления непрерывности толстой кишки. 21.03.2008 г. по поводу перфорации дивертикула сигмовидной кишки, разлитого гнойного перитонита в нашей клинике была выполнена операция: обструктивная резекция сигмовидной кишки (типа Гартмана), санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко. Операционная рана зажила первичным натяжением. На 12-е сутки в удовлетворительном состоянии больной выписан на амбулаторное лечение. В последующем пациенту 2 раза в неделю выполнялись клизмы отключенного отрезка толстой кишки. Сопутствующие заболевания: язва двенадцатиперстной кишки, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический бронхит. Каких-либо других отягчающих факторов в анамнезе выявлено не было. 18.11.2008 г. произведена фиброколоноскопия: дистальный отрезок длиной около 27 см и проксимальная часть толстой кишки без видимых изменений. 21.11.2008 г. выполнена ирригоскопия: прямая и отрезок сигмовидной кишки длиной 27 см без особенностей; через колостому свободно запол-

нены проксимальные отделы толстой кишки, в которых патологических изменений не выявлено. При фиброгастро-скопии, УЗИ брюшной полости, обзорной рентгеноскопии органов грудной полости существенных изменений не обнаружено. В клиническом и биохимическом анализах крови все показатели были в пределах нормы. После подготовки кишечника фортрансом и очистительными клизмами отключенного отрезка кишки больной взят на операцию 24.11.2008 г. Выполнена срединная лапаротомия. Спаечный процесс в брюшной полости выражен незначительно. После мобилизации сигмовидной кишки с колостомой сформирован сигмосигмоанастомоз «конец в конец» двумя рядами швов. Хирургическое вмешательство протекало без технических трудностей. В послеоперационном периоде проводилась стандартная инфузионная, антибактериальная и анальгетическая терапия. Со 2-го дня больному разрешено вставать с постели, принимать жидкости. На 5-е сутки на фоне относительно гладкого послеоперационного течения у больного появились распирающие боли в животе, тошнота, дважды была рвота съеденной пищей. При этом состояние больного относительно удовлетворительное, пульс 66 уд/мин, язык влажный, перистальтика кишечника отчетливая. Однако живот равномерно вздут, мало болезненный при пальпации, симптомы раздражения брюшины отсутствуют; газы не отходят. На обзорной рентгенограмме брюшной полости (рисунок) выявлено изолированное вздутие толстой кишки примерно до зоны анастомоза.

Выполнена фиброколоноскопия. Толстая кишка дистальнее анастомоза спавшаяся, легко расправляется воздухом, содержит вязкую слизь. На 25 см определяется анастомоз, который состоятелен и легко проходим для колоноскопа. Проксимальнее анастомоза в кишке жидкое содержимое. Во время исследования у больного отошли газы, и он отметил некоторое улучшение. Однако в дальнейшем у пациента усилилось вздутие живота, появилась постоянная икота и рвота помимо введенного в желудок зонда. Больной помещен в реанимационное отделение, где, кроме инфузионной корригирующей терапии, с целью стимуляции кишечника выполнена катетеризация эпидурального пространства. Несмотря на проводимую комплексную интенсивную терапию, состояние больного не улучшилось, наоборот, появилась тахикардия до 90 уд/мин,росло вздутие живота. На обзорной рентгенограмме живота, кроме выраженной пневматизации толстой кишки, появились тонкокишечные уровни. Учитывая отсутствие эффекта от консервативных мероприятий, решено повторно выполнить декомпрессию толстой кишки. Под



Обзорная рентгенограмма брюшной полости больного Б., 44 лет (объяснения в тексте).

эндотрахеальным наркозом трансанально на глубину 40 см введен толстый желудочный зонд. После этого по трубке с шумом отошло значительное количество газов и около 500 мл жидкого кишечного содержимого. Толстая кишка промыта 1,5 л жидкости до чистых вод. Трубка оставлена в

кишке. После декомпрессии кишки живот опал и приобрел обычную форму. После выхода из наркоза больной сразу же отметил существенное улучшение: исчезли распирающие боли в животе, тошнота, икота, рвота. В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко. Трансанальная трубка удалена на 2-е сутки. В течение 3 дней отмечался жидкий стул до 4–5 раз сутки с последующим переходом на кашицеобразный и оформленный кал. Заживление операционной раны первичным натяжением. 05.12.2008 г. на 11-е сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

Интерес нашего клинического наблюдения заключается в том, что синдром псевдообструкции толстой кишки возник у пациента среднего возраста, не страдающего серьезными сопутствующими заболеваниями, после операции, не сопровождавшейся техническими трудностями и высокой травматичностью, что не характерно для данного осложнения.

Правильно выбранная лечебно-диагностическая тактика позволила своевременно распознать редкое осложнение и осуществить рациональный план лечения, приведший к благоприятному исходу.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андрианов А.В., Лебедев С.Ю. Синдром Огилви // Хирургия.—1993.—№ 11.—С. 50–55.
2. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии.—М.—СПб., 1999.—1024 с.
3. Тренин С.О., Шишков А.В. Острая толстокишечная псевдообструкция: синдром Огилви // Хирургия.—2007.—№ 4.—С. 32–38.
4. Ogilvie W.H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation: A new clinical syndrome // Br. Med.—1948.—Vol. 2.—P. 671. (Reprinted in Dis. Colon Rectum.—1987.—Vol. 30.—P. 984).
5. Sloyer A.F., Panella V.S., Demas B.E. et al. Digest // Dis. Sci.—1988.—Vol. 33, № 11.—P. 1391–1396.

Поступила в редакцию 27.03.2009 г.