

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617-089.844

© Коллектив авторов, 2020

М.Н. Климентов¹, С.В. Сысоев², М.С. Чупина¹, К.А. Останина¹ **ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ ДИВЕРТИКУЛИТОМ, ПАРАКОЛИЧЕСКИМ АБСЦЕССОМ, ПСОАС-АБСЦЕССОМ С ЗАТЕКОМ ПО ЛЕВОМУ ПАХОВОМУ КАНАЛУ В МОШОНКУ**

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
 Минздрава России, г. Ижевск

²БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница», г. Ижевск

Цель: провести анализ клинического наблюдения пациента с диагнозом дивертикулярная болезнь ободочной кишки, осложнённая дивертикулитом, параколическим абсцессом, псоас-абсцессом с затеком по левому паховому каналу в мошонку.

Материал и методы. Был проведён ретроспективный анализ клинического наблюдения пациента, находившегося на лечении в колопроктологическом отделении РКБ 1 МЗ УР города Ижевска.

Результаты. Пациенту Р., 67 лет, были произведены следующие оперативные вмешательства: ревизия органов мошонки и паховой области слева; нижнесрединная лапаротомия – вскрыт абсcess в правой подвздошной области; резекция средней трети (с/3) сигмовидной кишки по типу операции Гартмана; вскрытие и дренирование флегмоны мошонки и ревизия левого пахового канала. Состояние больного оставалось средней степени тяжести. Была назначена повторная КТ, на которой было выявлено, что абсcess левой подвздошно-поясничной мышцы сохраняется. Была произведена повторная ревизия пахового канала. Через 3 месяца пациенту была выполнена реконструктивно-восстановительная операция.

Заключение. Таким образом, одним из возможных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки, возникающих в результате транслокации микробов из гнойного очага, может быть формирование псоас-абсcessа с распространением гноя по межфасциальным пространствам таза в паховый канал и мошонку.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, дивертикулит, псоас-абсcess.

M.N. Klimentov, S.V. Sysoev, M.S. Chupina, K.A. Ostanina **DIVERTICULAR DISEASE OF THE SIGMOID COLON COMPLICATED BY DIVERTICULITIS, PARACOLIC ABSCESS, PSOAS-ABSCESS WITH PATHOLOGICAL EXUDATE FLOWING THROUGH THE LEFT INGUINAL CANAL INTO THE SCROTUM**

Objective: to analyze the clinical observation of a patient with a diagnosis of diverticular colon disease complicated by diverticulitis, paracolic abscess, psoas abscess with pathological exudate flowing through the left inguinal canal into the scrotum.

Material and methods. A retrospective analysis of clinical observation of a patient treated in coloproctology department of the Republican Clinical Hospital 1 in the city of Izhevsk was carried out.

Results. Patient R., 67 years old, underwent following surgeries: revision of the scrotum and inguinal region on the left side; lower median laparotomy - an abscess in the right iliac region was opened; resection of middle third of sigmoid colon by Hartmann operation; opening and drainage of scrotum phlegmon and revision of the left inguinal canal. The patient's condition remained of moderate severity. A second CT scan was performed and it was found that the abscess of the left iliolumbar muscle is preserved. A second revision of the inguinal canal was performed. After 3 months, the patient underwent reconstructive surgery.

Conclusion. A possible complication of diverticular disease of the colon that occurs as a result of translocation of microbes from a purulent focus, may be the formation of a psoas abscess with the spread of pus along the interfascial spaces of the pelvis into the inguinal canal and scrotum.

Key words: diverticular disease, diverticulitis, psoas abscess.

Дивертикулярная болезнь (дивертикулёз) ободочной кишки – морфофункциональный патологический процесс, отличительным признаком которого являются мешковидные выпячивания слизистого и подслизистого слоёв в стенке кишки, покрытые висцеральной серозной оболочкой (дивертикулы) [1-3].

В течение XX века был отмечен рост заболеваемости дивертикулярной болезнью более чем в десять раз. За последние два десятилетия в США число заболевших увеличилось в три раза и в настоящий момент составляет 71–126 госпитализаций на 100 тысяч населения в год [1,3]. Похожая ситуация наблюдается в Канаде, Великобритании и

Германии. В России частота выявления дивертикулярной болезни колеблется в зависимости от регионов.

В настоящее время дивертикулярную болезнь принято называть «болезнью цивилизации». Данная патология относится к числу наиболее распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта [3].

Частота заболеваемости дивертикулёзом увеличивается с возрастом пациентов. До 40 лет заболевание встречается менее чем у 5% населения, в возрасте 50–60 лет частота встречаемости увеличивается до 14%, у лиц старше 80 лет – до 60–65% [1,4]. Среди мужчин и женщин распространённость заболевания при-

мерно одинаковая. Известно, что в возрасте моложе 50 лет чаще болеют мужчины, а в возрасте старше 50 – женщины. В 95% дивертикулы располагаются в сигмовидной или сигмовидной и нисходящей ободочных кишок.

Перфорация дивертикула является четвёртой по частоте встречаемости среди причин экстренного хирургического вмешательства и третьей по частоте встречаемости среди причин формирования кишечных стом.

Одним из вариантов острого осложнения дивертикулярной болезни является перфоративный дивертикулит с перитонитом, формированием абсцесса (параколического, тазового, отдаленного) и забрюшинной флегмоны.

Под нашим наблюдением был пациент, у которого перфорация дивертикула сигмовидной кишки привела к развитию не только параколического абсцесса, но и формированию абсцесса в окружающей клетчатке подвздошно-поясничной мышцы.

Псоас-абсцесс характеризуется тяжёлым течением и общим нарушением состояния. В патологический процесс воспаления вовлекаются малая и большая подвздошные мышцы и поясничные мышцы. Последняя сложно поддаётся диагностике в связи с тем, что данная мышца анатомически глубоко залегает в области таза. Принято считать, что в основе заболевания лежит аденофлегмона – воспаление лимфоузлов и жировой клетчатки, расположенных в толще m. Psoas. Данное заболевание является редким, встречается у 0,01% общего числа хирургических больных. Однозначных причин возникновения илеопсоита не выявлено. Он может быть первичным – при лимфогенном заносе инфекции из гнойных очагов нижней половины тела, реже из отдаленных гнойных очагов [5].

Однако чаще всего встречается второй вариант, когда гнойная инфекция распространяется в толщу подвздошно-поясничной мышцы из пораженных костей таза и позвоночника, из малого таза или брюшной полости. Почти у трети пациентов после обследования выставляют другой диагноз, а абсцесс выявляют только во время операции или повторной операции.

Цель исследования – провести анализ клинического наблюдения пациента с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложнённой дивертикулитом, параколическим абсцессом, псоас-абсцессом с затеком по левому паховому каналу в мошонку.

Материал и методы

Был проведён анализ клинического наблюдения пациента, находившегося на ле-

чении в колопроктологическом отделении Первой республиканской клинической больницы МЗ УР» города Ижевска.

Результаты и обсуждение

Больной Р., 67 лет, поступил в приёмный покой с жалобами на боли в левой половине мошонки, боли внизу живота и температуру до 40°C. Боли беспокоили в течение 10-12 дней. Ввиду усиления болей и сохранения гипертермии больному был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в дежурную хирургию, где был осмотрен хирургом и урологом. Данных за острую хирургическую патологию выявлено не было. Был установлен диагноз острый левосторонний орхоэпидидимит. Больной был направлен в дежурное урологическое отделение на госпитализацию.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное; АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 68 уд./мин, ЧДД – 16 уд./мин. Живот мягкий, болезненный над лоном. Симптом сотрясения почек с обеих сторон отрицательный. Визуально левая половина мошонки увеличена, гиперемирована. Пальпаторно левое яичко увеличено в размерах, несколько напряжено, резко болезненно. Левый придаток яичка чётко не дифференцируется, очагов флюктуации и размягчения нет. Правое яичко и придаток без особенностей. Мочеиспускание в норме.

Заключение УЗИ: левое яичко объёмом 13 см³, увеличен придаток (тело 7мм, хвост 20 мм), оболочки утолщены до 7 мм, семенной канатик – до 7мм. Вены слева расширены. Правое яичко не увеличено.

Анализ крови: лейкоцитоз – $17,2 \times 10^{12}/л$, эритроцитоз – $6,13 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 41 мм/час, повышение содержания креатинина – 144 мкмоль/л и мочевины – 7,7 ммоль/л. Общий анализ мочи: моча мутная, присутствуют белок, эритроциты, кетоновые тела, лейкоциты, слизь.

С клиническим диагнозом острый левосторонний орхоэпидидимит больному была назначена противовоспалительная терапия.

В связи с неэффективностью консервативной терапии, ухудшением общего состояния, резким увеличением размеров левой половины мошонки и левой паховой области больному была выполнена ревизия органов мошонки и паховой области слева. Получено до 200 мл гноя, после санации установлены дренажи.

На следующий день при контрольной КТ обнаружено формирование параколического абсцесса на фоне перфорации дивертикула и абсцесса подвздошно-поясничной мышцы.

Заключение КТ: в левой поясничной мышце на уровне L2-L3 позвонков обнаружен инфильтрат размерами 83,4×51×178 мм на фоне увеличения объема тканей, скопления жидкости с геморрагическим компонентом с перегородками и пузырьками воздуха, распространяющимися в подвздошную мышцу, забрюшинную клетчатку, в паховый канал и мошонку слева. В данный инфильтрат тесно подпаяна петля сигмовидной кишки, в стенках которой многочисленные дивертикулы диаметром до 5-8 мм. Периколическая клетчатка вдоль сигмовидной кишки и клетчатка таза инфильтрированы с наличием жидкости и пузырьков воздуха.

На основании данных обследования был выставлен клинический диагноз дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки с перфорацией и параколическим инфильтратом, забрюшинным абсцессом слева с затёком в левую паховую область и мошонку, гнойным фуникулитом слева. В связи с этим было принято решение о переводе пациента в колопроктологическое отделение для дальнейшего лечения.

Была выполнена нижнесрединная лапаротомия, вскрыт абсcess в левой подвздошной области, проведены резекция с/3 сигмовидной кишки по типу операции Гартмана, вскрытие и дренирование флегмоны мошонки и ревизия левого пахового канала. Псоас-абсcess не обнаружен. Состояние больного оставалось средней степени тяжести.

По результатам повторной КТ было выявлено, что абсcess левой подвздошно-поясничной мышцы сохраняется. Была произведена повторная ревизия пахового канала, при которой через внутреннее кольцо пахового канала отмечалось поступление сливкообразного зеленоватого гноя с запахом. Полость абсcessа была санирована растворами антисептика с добавлением 3% перекиси водорода до чистых промывных вод. Было выполнено дренирование полости абсcessа полимерной (ПВХ) трубкой.

В результате бактериологического исследования раневого отделяемого была выявлена 4-я степень обсемененности E. Colli.

Послеоперационный период без осложнений. Назначена антибактериальная терапия: цефепим (1,0×2 раза в день в/м), метрогил (500 мг×3 раза в день в/в), ванкомицин (1,0×2 раза в день в/в).

Спустя 22 дня после операции больной был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. На момент выписки: колостома в левой подвздошной области функционировала без признаков гиперемии и отёка; послеоперационная лапаротомная рана зажила первичным натяжением; рана мошонки поверхностная, очистилась от гнойного отделяемого и стала самостоятельно рубцеваться.

Спустя 2 месяца пациент был приглашён на консультацию в колопроктологическое отделение по поводу проведения реконструктивно-восстановительной операции. В результате осмотра кожа вокруг сигмостомы – без мацерации и гиперемии. По ирригограммам: ободочная кишка и культя сигмовидной кишки с дивертикулами, без признаков воспаления. Через месяц пациенту была выполнена реконструктивно-восстановительная операция. Дистальный конец сигмовидной кишки был резецирован до 6 см, проксимальный – до 8 см. Было произведено наложение сигморектального анастомоза конец в конец. Послеоперационный период – без осложнений. Пациент был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Выводы

В последние годы заметно увеличился интерес к проблеме дивертикулярной болезни. Активно продолжается изучение возможных осложнений этого заболевания. Таким образом, одним из осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки, возникающим в результате транслокации микробов из гнойного очага, может быть формирование псоас-абсcessа с распространением гноя по межфасциальным пространствам таза в паховый канал и мошонку. Информирование пациентов, своевременное лечение и методы профилактики могут значительно снизить риски осложнений данной патологии.

Сведения об авторах статьи:

Климентов Михаил Николаевич – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Адрес: 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281. E-mail: klimentov52@mail.ru.

Сысов Сергей Валентинович – к.м.н., заведующий колопроктологическим отделением БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» Минздрава России. Адрес: 426039, г. Ижевск, Воткинское шоссе, 57.

Чупина Маргарита Сергеевна – студентка 4 курса ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Адрес: 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281. E-mail: chupina.margarita@yandex.ru.

Останина Ксения Александровна – студентка 5 курса ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Адрес: 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281. E-mail: kcyousha@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелыгин, Ю.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки./ Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, Л.А. Благодарный [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 22 с.

2. Тимербулатов, В.М. Дивертикулярная болезнь толстой кишки/ В.Г. Сахаутдинов, Д.И. Мехдиев. – М.: Информреклама, 2000. – 191 с.
3. Шельгин, Ю.А. Классификация дивертикулярной болезни/Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, А.И. Москалев // Колопроктология. – 2014. – № 4(50) – С. 5-13.
4. Буторова, Л.И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика и лечение: пособие для врачей/Л.И. Буторова. – М.: 4ТЕ Арт, 2011. – 48 с.
5. Кочетов, Г.П. Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения/ Г.П. Кочетов, М.С. Балеев, Н.Н. Митрофанова, В.Л. Мельников // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-5. – С. 972-974.

REFERENCES

1. SHelygin, YU.A. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu vzroslyh pacientov s divertikulyarnoj bolezni'yu obodochnoj kishki./ YU.A. SHelygin, S.I. Achkasov, L.A. Blagodarnyj [i dr.]. – М.: GEOTAR-Media, 2013. – 22 s. (In Russ.).
2. Timerbulatov, V.M. Divertikulyarnaya bolezni' tolstoj kishki/ V.G. Sahautdinov, D.I. Mekhdiev. – М.: Informreklama, 2000. – 191 s. (In Russ.).
3. SHelygin, YU.A. Klassifikaciya divertikulyarnoj bolezni/YU.A. SHelygin, S.I. Achkasov, A.I. Moskaev // Koloproktologiya. – 2014. – № 4(50) – S. 5-13. (In Russ.).
4. Butorova, L.I. Divertikulyarnaya bolezni' tolstoj kishki: klinicheskie formy, diagnostika i lechenie: posobie dlya vrachej/L.I. Butorova. – М.: 4TE Art, 2011. – 48 s. (In Russ.).
5. Kochetov, G.P. Gnojnyj ileopsoit: voprosy etiologii, diagnostiki i lecheniya/ G.P. Kochetov, M.S. Baleev, N.N. Mitrofanova, V.L. Mel'nikov // Fundamental'nye issledovaniya. – 2015. – № 1-5. – S. 972-974. (In Russ.).