

Успешное эндоскопическое лечение параколического абсцесса как осложнения дивертикулярной болезни

А.И. Хрипун¹, Г.Б. Махуова^{1,2}, А.А. Извеков^{1,2}, М.В. Монахов^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, Российская Федерация

Successful endoscopic treatment of diverticular disease complicated by paracolic abscess

A.I. Khripun¹, G.B. Makhova^{1,2}, A.A. Izvekov^{1,2}, M.V. Monakhov^{1,2}

¹ State educational government-financed institution of higher professional education «Pirogov Russian National Research Medical University», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

² Federal government-financed healthcare institution «V.M. Buyanov City clinical hospital, Moscow healthcare department», Moscow, Russian Federation

Цель представления клинического наблюдения. Оценить возможности внутрипросветной эндоскопии при лечении дивертикулитов, осложненных параколическим абсцессом.

Основные положения. Представлен клинический случай лечения осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки с помощью внутрипросветной эндоскопии. Пациенту, поступившему в экстренном порядке с диагнозом «ущемленная послеоперационная вентральная грыжа», проведен комплекс лабораторных и инструментальных исследований, на основании результатов которых верифицирован воспалительный инфильтрат в правой подвздошной области с признаками абсцедирования. Попытка выполнить малоинвазивное вмешательство в объ-

Aim of clinical case presentation. To evaluate potential of intraluminal endoscopy for the treatment of diverticulitis, complicated by paracolic abscess.

Summary. The clinical case of complicated colonic diverticula treatment by intraluminal endoscopy is presented. Patient at urgent admission was diagnosed to have “strangulated postoperative ventral hernia”; however the complex laboratory and instrumental investigations revealed inflammatory infiltrate in the right iliac area with signs of abscess formation. Attempts to carry out abscess drainage under ultrasound control were unsuccessful. To rule out potential neoplastic disease and determine the scope of surgical intervention videoassisted colonoscopy was carried out that revealed ascending colon diverticulum as a cause for paracolic abscess.

Монахов Михаил Владимирович — врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», ассистент кафедры хирургии и эндоскопии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». Контактная информация: monakhov_mv@mail.ru; 115616, г. Москва, ул. Бакинская, д. 26
Monakhov Mikhail V. — endoscopist, endoscopy department, Federal government-financed healthcare institution «Buyanov City clinical hospital». Contact information: monakhov_mv@mail.ru; 115616, Moscow, Bakinskaya St., 26

Извеков Александр Александрович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ». Контактная информация: aliz.dr@mail.ru; 115616, г. Москва, ул. Бакинская, д. 26

Махуова Гульмира Балтабековна — кандидат медицинских наук, заведующая отделением хирургии ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ». Контактная информация: gulmira1976@mail.ru; 115616, г. Москва, ул. Бакинская, д. 26

Хрипун Алексей Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии факультета усовершенствования врачей ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Контактная информация: surgery_fuv@inbox.ru; 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

Khripun Aleksey I. — MD, PhD, professor, head of the chair of surgery and endoscopy, faculty of postgraduate medical education, Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Contact information: surgery_fuv@inbox.ru; 117997, Moscow, Ostrovityanova St., 1.

Поступила: 07.12.2016 / Received: 07.12.2016

еме дренирования полости абсцесса под ультразвуковым контролем не увенчалась успехом. Для исключения бластоматозного процесса и определения объема оперативного вмешательства проведена видеоассистированная колоноскопия и установлена причина развития параколического абсцесса — дивертикулит восходящей ободочной кишки.

Результаты. Благодаря выполнению эндоскопических манипуляций налажено адекватное внутреннее дренирование абсцесса, позволившее добиться разрешения воспалительного инфильтрата и последующего полного выздоровления пациента.

Заключение. Таким образом, внутреннее эндоскопическое дренирование параколического абсцесса, образовавшегося как осложнение дивертикулита ободочной кишки, может служить хорошей альтернативой экстренной хирургической операции благодаря уменьшению экономических затрат на лечение и улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, параколический абсцесс, эндоскопическое дренирование.

Results. Endoscopic procedure provided successful surgical intervention that resulted in adequate internal drainage of the abscess was subsequent resolution of inflammatory infiltrate and complete patient recovery.

Conclusion. Internal endoscopic drainage of the paracolic abscess that developed on the background of colonic diverticulitis can be successful alternative to urgent surgery due to reduction of treatment cost and improvement of quality of life of patients.

Key words: diverticular disease, paracolic abscess, endoscopic drainage

Для цитирования: Хрипун А.И., Махуова Г.Б., Извеков А.А., Монахов М.В. Успешное эндоскопическое лечение параколического абсцесса как осложнения дивертикулярной болезни. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(4):108-12.

DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-4-108-112

For citation: Khripun A.I., Makhova G.B., Izvekov A.A., Monakhov M.V. Successful endoscopic treatment of diverticular disease complicated by paracolic abscess. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2017; 27(4):108-12.

DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-4-108-112

Стандартными методами лечения дивертикулита ободочной кишки являются антибактериальная терапия и оперативное вмешательство [1]. Наблюдающееся в последние годы активное внедрение в клиническую практику малоинвазивных способов лечения хирургических больных внесло коррективы и в стратегию терапии дивертикулярной болезни [3]. Вместе с тем до сих пор вызывают споры вопросы, касающиеся показаний как к традиционным, так и к малоинвазивным оперативным вмешательствам, объемов и сроков их выполнения [2]. При этом, по нашему мнению, недооценены возможности внутрисрезовой эндоскопии [4]. При очевидных преимуществах внутреннего дренирования параколического абсцесса и минимальных финансовых затратах в сравнении с традиционными методами лечения качество жизни пациентов с дивертикулярной болезнью кишечника без применения чрескожных дренирований и открытых оперативных вмешательств однозначно выше.

Представляем клиническое наблюдение, демонстрирующее успешное эндоскопическое лечение параколического абсцесса, образовавшегося как осложнение дивертикулярной болезни.

Пациент Ж., 54 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в Городскую клиническую больницу им. В.М. Буянова с жалобами на

умеренные боли в правой подвздошной области в проекции старого послеоперационного рубца и повышение температуры тела до 38°C, которые, со слов больного, отмечаются в течение 5 дней и связаны с интенсивной физической работой. Самостоятельно не лечился. В связи с усилением болей и повышением температуры тела до фебрильной вызвал бригаду скорой помощи. Из истории жизни установлено, что у пациента имеются язвенная болезнь желудка и хронический панкреатит, из перенесенных операций — традиционная аппендэктомия, выполненная 40 лет назад.

При поступлении: общее состояние пациента расценено как удовлетворительное. Температура тела 37,3°C. Лимфатические узлы не увеличены. Кардиореспираторных нарушений нет. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 80 в минуту. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах, за исключением правой подвздошной области, где в проекции старого послеоперационного рубца (доступ по Волковичу—Дьяконову) определяется плотное, малосмещаемое, болезненное образование размером 7×5 см, кожа над которым не изменена. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Притупление перкуторного звука в отлогих местах не определяется. Симптомов раздражения

брюшины нет. Перистальтика кишечника активная. Физиологические отправления в норме.

Пациент осмотрен хирургом, который установил предварительный диагноз: инфильтрат в брюшной полости; ущемленная послеоперационная вентральная грыжа (?), в связи с чем назначено лабораторное и инструментальное дообследование. Существенных отклонений лабораторных показателей не обнаружено. Уровень лейкоцитов в крови при поступлении составил $10,60 \times 10^9 / \text{л}$. При *ультразвуковом исследовании* (УЗИ) в правой подвздошной области, непосредственно под апоневрозом, выявлена гиперэхогенная структура размером $16 \times 8 \times 10$ мм со сплошной акустической тенью (каловый камень? инородное тело?), вокруг образования — гипоэхогенная зона с гиперэхогенными участками (отек с инфильтрацией), переходящая на подкожную жировую клетчатку (область рубца), размером 50×35 мм, с неровным контуром, с участками неоднородности (отек). Дефекты в апоневрозе четко не визуализированы. На рентгенограммах органов брюшной полости и грудной клетки патологии не выявлено.

По экстренным показаниям выполнена компьютерная томография органов брюшной полости. При этом в правом отделе забрюшинного пространства и подвздошной области визуализирован инфильтрат размером 58×42 мм с деформацией купола слепой кишки, в центре которого определяется дополнительное образование высокой плотности с разряжением в центре (инородное тело?), округлой формы, размером 15×10 мм (рис. 1). Аппендикс не визуализируется, отмечается утолщение стенок терминального отдела подвздошной кишки. Инфильтрация распространяет-

ся на апоневроз, нельзя исключить абсцедирование. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена.

С учетом результатов объективного осмотра и дополнительных исследований пациенту установлен клинический диагноз: инфильтрат в брюшной полости; инородное тело в правой подвздошной области?; опухоль слепой кишки?. В связи с отсутствием убедительных данных, которые бы свидетельствовали об абсцедировании, пациент госпитализирован в хирургическое отделение, где была начата терапия с использованием спазмолитиков, прокинетики, противовоспалительных и антибактериальных препаратов, назначен лабораторный контроль и дополнительное инструментальное исследование толстой кишки. На фоне лечения к 5-м суткам пребывания пациента в клинике острые воспалительные изменения регрессировали: существенно уменьшилась выраженность болевого синдрома, температура тела снизилась до субфебрильной, размер инфильтрата в правой подвздошной области, согласно результатам пальпации, уменьшился до 5×3 см. Вместе с тем при лабораторном контроле выявлено значительное (до $19,20 \times 10^9 / \text{л}$) увеличение количества лейкоцитов в крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. На основании данных, полученных при повторном УЗИ брюшной полости, нельзя было исключить абсцедирование инфильтрата.

Учитывая субъективное улучшение самочувствия пациента на фоне терапии, отсутствие признаков перитонита, четкое отграничение воспалительного процесса в правой подвздошной области, установлены показания к выполнению малоинвазивного оперативного вмешательства

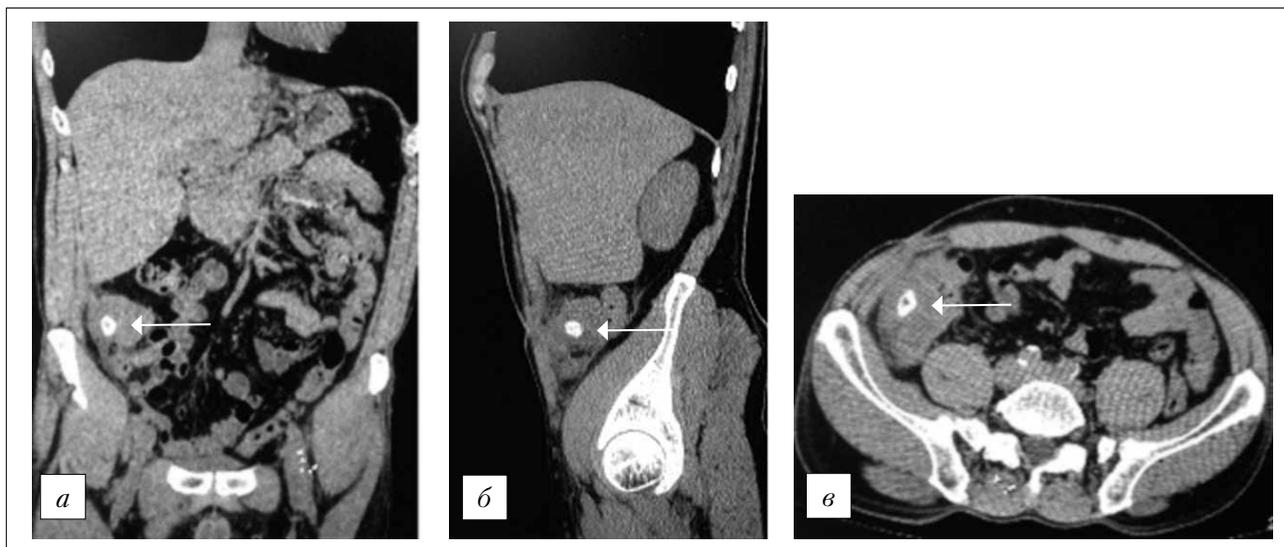


Рис. 1. Компьютерные томограммы органов брюшной полости. Подозрение на инородное тело (образование с разряжением в центре — указано стрелкой).

а — коронарная проекция; *б* — сагиттальная; *в* — аксиальная

Fig. 1. Abdominal computed tomography. Presentation suspicious for foreign body with hypodense center, arrow).

а — coronal plane; *б* — sagittal plane; *в* — axial plane

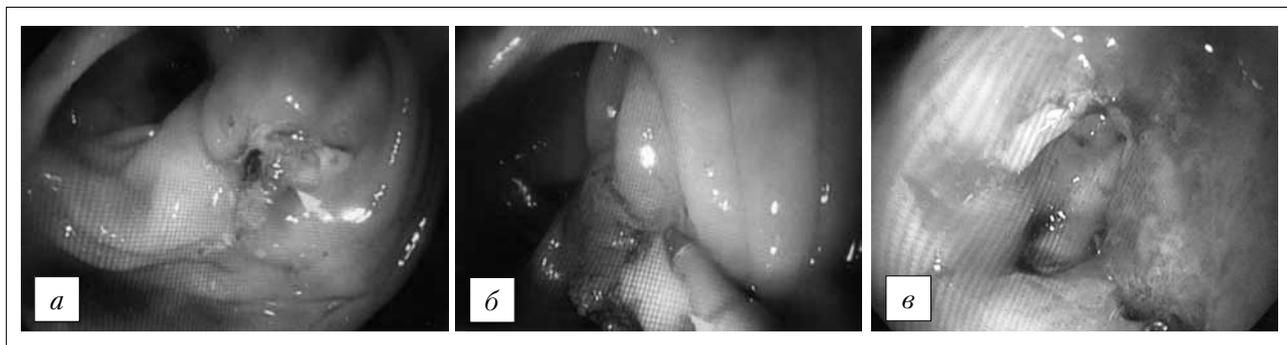


Рис. 2. Эндосфото толстой кишки
a — дивертикул, obtурированный фекалитом; *б* — литоэкстракция с одномоментным выделением порции гноя; *в* — полость дивертикула после удаления фекалита

Fig. 2. Endoscopy of the colon

a — diverticulum, obturated by coprolith; *б* — lithoextraction followed by pus discharge; *в* — diverticulum lumen after coprolith extraction

в объеме дренирования полости абсцесса под УЗ-контролем. Однако в связи с отсутствием четкого акустического «окна» в проекции послеоперационного рубца в правой подвздошной области и грубой деформацией слепой кишки с фиксацией спаечным процессом в этой зоне, по-видимому, в результате вторичного заживления раны попытки выполнить чрескожное вмешательство не увенчались успехом.

Для оценки изменений ободочной кишки и определения дальнейшей хирургической тактики на 10-е сутки от начала заболевания и 5-е сутки после поступления пациента в клинику выполнена ирригоскопия, при этом бариевой взвесью с помощью контрастной клизмы заполнены все отделы толстой и терминальные отделы подвздошной кишки. В просвете слепой и восходящей ободочной кишки — умеренное количество кишечного содержимого, что затрудняло детальный осмотр. На остальном протяжении контуры кишки ровные, просвет ее не изменен, гаустрация равномерная, прослеживается во всех отделах, опорожнение неполное, рельеф слизистой оболочки без изменений.

С учетом неполноценности осмотра толстой кишки и в первую очередь для исключения бластоматозного поражения ее правых отделов после адекватной подготовки кишечника выполнена колоноскопия. Обнаружено, что в верхней трети восходящей ободочной кишки визуализируется край фекалита, окруженный выраженным воспалительным валом слизистой оболочки (рис. 2, а). При инструментальной пальпации выделена порция сливкообразного гноя (рис. 2, б). С использованием биопсийных щипцов выполнены фрагментация и экстракция конкремента, в результате чего обнажилась полость дивертикула (рис. 2, в). Для исключения бластоматозного процесса произведен забор слизистой оболочки из краев дивертикула. На момент окончания эндо-

скопического исследования визуализировалось адекватное дренирование паракишечного абсцесса. Заключение, основанное на результатах гистологического исследования биоптата: фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с умеренно выраженным активным хроническим воспалением.

Пациенту продолжена антибактериальная терапия. Через сутки после эндоскопического вмешательства отмечена отчетливая положительная динамика в виде полного купирования болевого синдрома и нормализации температуры тела. Данные контрольного УЗИ: в правой подвздошной области, в проекции средней трети послеоперационного рубца под апоневрозом визуализируется зона инфильтрации размером 30×20 мм со свищевым ходом шириной 5 мм. Из лабораторных данных отмечено уменьшение количества лейкоцитов до $8,2 \times 10^9/\text{л}$.

Пациент в удовлетворительном состоянии выписан на 9-е сутки пребывания в клинике с окончательным диагнозом: дивертикулярная болезнь восходящей ободочной кишки, перфоративный дивертикулит с формированием паракишечного абсцесса.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует благоприятный исход лечения пациента с осложненной формой дивертикулярной болезни без применения агрессивного оперативного вмешательства. В основе удовлетворительного результата, безусловно, лежит правильное тактическое ведение больного: выполнение на первом этапе мероприятий, направленных на купирование воспаления и верификацию диагноза, на втором этапе колоноскопии, позволившей достоверно дифференцировать дивертикул восходящей ободочной кишки как источник воспаления и осуще-

ставить адекватное дренирование парадивертикулярного абсцесса в просвет кишки. Именно реализация эндоскопического этапа лечения обеспечила последующее эффективное купирование воспалительного процесса и выздоровление пациента.

Выводы

Всесторонний анализ результатов клинических, лучевых и эндоскопических исследований позволяет четко установить локализацию, клини-

ческую форму, тяжесть осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки и определить наиболее правильную тактику ведения пациента.

Расширение показаний к применению эндоскопических методов исследования и манипуляций при лечении пациентов с осложнёнными формами дивертикулярной болезни ободочной кишки позволит сузить показания к травматичным оперативным вмешательствам и таким образом улучшить качество жизни пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict interest. The authors declare no conflict of interest.

Список литературы/References

1. *Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И., Багаутдинов Ф.З., Куляпин А.В.* Современные аспекты лечения осложнённой дивертикулярной болезни толстой кишки. *Клин и эксп хир* 2013; 3(9):6-11 [*Timerbulatov V.M., Timerbulatov M.V., Mekhdiyev D.I., Bagautdinov F.Z., Kulyapin A.V.* Modern issues of complicated diverticular colon disease treatment. *Klin i eksp khir* 2013; 3(9):6-11].
2. *Andersen J.C., Bundgaard L., Elbrond H., Laurberg S., Walker L.R., Støvring J.* Danish Surgical Society. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. *Dan Med J* 2012; 59(5):C4453.
3. *Regenbogen S.E., Hardiman K.M., Hendren S., Morris A.M.* Surgery for diverticulitis in the 21st century: a systematic review. *JAMA Surg* 2014; 149(3):292-303.
4. *Sean T. Martin, Luca Stocchi.* New and emerging treatments for the prevention of recurrent diverticulitis. *Clin Exp Gastroenterol* 2011;4:203-12. doi:10.2147/CEG.S15373.