



УДК 616.858-06:616.345-007.272-036.65

В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, Е. А. Койчев, Р. П. Ромак

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СИНДРОМА ПСЕВДООБСТРУКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 616.858-06:616.345-007.272-036.65

В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, Е. А. Койчев, Р. П. Ромак

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СИНДРОМА ПСЕВДООБСТРУКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье описан случай рецидивирующего течения синдрома острой псевдообструкции толстой кишки (ОПТК) у 64-летнего мужчины на фоне болезни Паркинсона, который был госпитализирован с классической клинической картиной острой толстокишечной непроходимости, подтвержденной рентгенологически. Пациент был urgently оперирован после проведения предоперационной подготовки, выполнена цекостомия. При дообследовании — выполнении фиброколоноскопии, спиральной компьютерной томографии патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства исключена. Причинами развития острой псевдообструктивной толстокишечной непроходимости в данном случае были признаны ишемия толстой кишки на фоне наличия сопутствующей сердечной патологии, а также прием антипаркинсонических препаратов. После планового восстановления толстокишечной непрерывности пациент был выписан на амбулаторный этап наблюдения и лечения. В течение последующих трех лет пациент был дважды госпитализирован в хирургическое отделение с рецидивом ОПТК, чему предшествовали самостоятельные изменения дозы принимаемых противосудорожных препаратов и грубое нарушение диеты.

В обоих случаях рецидива заболевания у пациента в сроки 24–48 ч удалось восстановить адекватную перистальтику толстой кишки, ее своевременное опорожнение. Улучшение состояния пациента подтверждало правильность выбранной тактики, исключив вынужденную хирургическую декомпрессию толстой кишки.

Ключевые слова: синдром острой псевдообструкции толстой кишки.

UDC 616.858-06:616.345-007.272-036.65

V. V. Grubnik, A. I. Tkachenko, E. A. Koychev, R. P. Romak

CLINICAL CASE OF RECURRENT SYNDROME OF PSEUDOObSTRUCTION OF LARGE INTESTINE IN A PATIENT SUFFERING FROM PARKINSON'S DISEASE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

A case of recurrent course of syndrome of acute pseudoobstruction of large intestine (APLI) in a 64-year-old man against a background of Parkinson's disease, which was hospitalized with the classic clinical picture of the acute large intestine impassability, confirmed roentgenologic is described in article.

A patient was urgently operated after conducting preoperation preparation, cecostomy was executed. With next examination — phibrocolonoscopy implementation, Spiral CT pathology of organs of abdominal and retroperitoneal space was excluded. The causes of development of acute pseudoobstructive large intestine impassability were intestinal ischemia with concomitant cardiac pathology, and also administration of antiparkinsonian drugs. After the planned restoration of intestinal continuity a patient was discharged for the ambulatory stage of observation and medical treatment.

During subsequent three years a patient was twice hospitalized in the surgical department with the APLI relapse, which were caused by change of dose of administered anti-seizure drugs and diet.

In both cases of disease relapse it was succeeded to recover an adequate intestinal peristalsis during 24–48 hours, its timely emptying and improvement of state of patient, which confirmed the correctness of the chosen treatment management, and saved a patient and surgeon from the forced surgical decompression of the large intestine.

Key words: syndrome of acute pseudoobstruction of large intestine.



Первые описания клинических случаев толстокишечной непроходимости, обусловленной забрюшинными злокачественными новообразованиями с инвазией чревного сплетения, были описаны Вильямом Огилви (Sir William Ogilvie) в 1948 г. [1]. За более чем полувековую историю синдрома Огилви (СО), который сейчас более известен как острая псевдообструкция толстой кишки (ОПТК), не удалось разработать четких критериев его диагностики и тактику поэтапного лечения. Этот синдром может протекать с клинической картиной острого живота, в связи с чем в 70 % наблюдений выполняют ненужные оперативные вмешательства [2]. Именно этим обусловлена актуальность своевременной правильной диагностики и лечения данного заболевания. Среди причин развития острого необструктивного расширения толстой кишки уже давно известны ишемия и токсическое поражение кишки. Также ОПТК прочно занимает свое место среди этих причин. Патогенез развития СО полностью не изучен, но в его основе лежит нарушение автономной (вегетативной) регуляции моторной функции толстой кишки [3]. Определенную роль в развитии ОПТК играет применение ряда некоторых групп лекарственных средств, таких как наркотические анальгетики, нестероидные анальгетики, антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты и др. [4; 5].

В 2011 г. в клинику был госпитализирован 64-летний мужчина с классической клинической картиной острой толстокишечной непроходимости, подтвержденной рентгенологически. В анамнезе жизни обратил на себя внимание тот факт, что пациент страдает фибрилляцией предсердий, имеет искусственный водитель ритма, долгое время страдает болезнью Паркинсона, принимает

этиотропное лечение (прамипексол, леводопа). Пациент был urgently оперирован после проведения предоперационной подготовки, выполнена цекостомия, поставлен предварительный диагноз — опухоль левой половины ободочной кишки с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью. В послеоперационном периоде больной получал инфузии кристаллоидов, коллоидов, растворов электролитов, а также стимуляторы перистальтики. При дообследовании — выполнении фиброколоноскопии, спиральной компьютерной томографии — патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства исключена. Причинами развития острой псевдообструктивной толстокишечной непроходимости в данном случае были признаны ишемия толстой кишки на фоне наличия сопутствующей сердечной патологии [6], а также прием антипаркинсонических препаратов, связь с которым в развитии ОПТК уже неоднократно описана в литературе [7]. После планового восстановления толстокишечной непрерывности пациент выписан на амбулаторный этап наблюдения и лечения. В течение последующих трех лет он был дважды госпитализирован в хирургическое отделение с рецидивом ОПТК, чему предшествовали самостоятельные изменения дозы принимаемых противосудорожных препаратов и грубое нарушение диеты. При объективном осмотре обращало на себя внимание несоответствие удовлетворительного состояния пациента и резкое увеличение живота в объеме, многодневная задержка отхождения газов и кала. При этом язык оставался влажным, симптомов интоксикации не было, рвота и болевой симптом в животе не беспокоили. Рентгенологически отмечено резкое расширение толстой кишки, преимущественно в пра-

вых отделах, расширение слепой кишки до 15 см (рис. 1).

В первые часы лечения преимущество отдавалось комплексной инфузии солевых растворов, электролитов, а также стимуляторам перистальтики (медленная внутривенная инфузия неостигмина). Также изучалась проба Шварца, что само по себе служит триггером кишечной моторики.

Известно, что причинами высокой летальности при ОПТК (общая летальность достигает 40 %) является наличие ишемии или перфорации кишки (чаще слепой), риск же спонтанной перфорации составляет 3 % [8; 9]. С целью активной декомпрессии толстой кишки во избежание вышеописанных осложнений выполнялась фиброколоноскопия. В литературе описано, что начальная декомпрессионная терапия без установки декомпрессионной трубки в правой половине толстой кишки может считаться окончательным методом лечения у 50 % больных [9]. В течение первых 24–48 ч отмечалось улучшение состояния пациента, эффективными были постановки газоотводной трубки, при изучении пассажа бариевой взвеси эвакуация контраста оказалась



Рис. 1. Обзорная рентгенография брюшной полости



замедленной, однако сохраненной. Использование различных видов клизм в отсутствие перистальтики совершенно несостоятельно и как итог — даже противопоказанно при СО ввиду высокого риска ишемии и перфорации кишки, развития перитонита [10].

Безусловно, нельзя исключать вероятность развития истинной толстокишечной непроходимости у больных, у которых в анамнезе уже были эпизоды ОПТК. Четких временных границ для оценки эффективности консервативной терапии не существует, это выбор лечащего хирурга. Основным показателем к операции некоторые авторы считают увеличение внутрибрюшного давления в динамике, когда возникает необходимость профилактики развития «компармент-синдрома», также при этом не исключают наложение программированной лапаростомии. Основная же задача хирурга — эвакуация содержимого из толстой кишки как при истинной, так и псевдообструктивной толстокишечной непроходимости. В обоих случаях операцией выбора является цекостомия. В послеоперационном периоде выполняются продленная искусственная вентиляция легких с миорелаксацией, перидуральная анестезия и введение антиоксидантных препаратов для профилактики развития ишемически-реперфузионного синдрома [11]. Также на первый план в послеоперационном ведении пациента выходят мероприятия по устранению основного заболевания, приведшего к развитию СО.

В обоих случаях рецидива заболевания у пациента в сроки 24–48 ч удалось восстановить адекватную перистальтику толстой кишки, ее своевременное опорожнение и достичь улучшения состояния пациента. Это подтверждало правильность выбранной тактики, ис-

ключив вынужденную хирургическую декомпрессию толстой кишки.

В 2002 г. Американское общество гастроинтестинальной эндоскопии (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) опубликовало клинический алгоритм на принципах доказательной медицины для лечения ОПТК [12]. В документе особое внимание обращено на тщательный сбор анамнеза, выявление провоцирующих развитие заболевания факторов, консервативную терапию как первостепенчатый подход к лечению. Первым инвазивным этапом у пациентов с неэффективной консервативной терапией либо же высоким риском перфорации кишки и развития перитонита признана фиброколоноскопия. Активное хирургическое вмешательство показано при отсутствии эффекта консервативной терапии и попыток эндоскопической декомпрессии. Не стоит забывать, что у пациентов с уже имеющимися осложнениями ОПТК (перитонит) хирургическое лечение является методом выбора.

Таким образом, ОПТК — один из видов динамической кишечной непроходимости, которая при отсутствии должного внимания со стороны врача может стать причиной изначально неправильной (а иногда и прямо противопоказанной) тактики ведения пациента, так как может быть принята за истинную обструктивную толстокишечную непроходимость. Поэтому при осмотре пациента с клинической картиной острой толстокишечной непроходимости в выборе дообследования и лечения необходимо учитывать возможность развития СО. Это может помочь избежать ненужных операций, а также развития грозных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ogilvie W. H.* Large-intestine colic due to sympathetic deprivation /

W. H. Ogilvie // Br. Med. J. — 1948. — Vol. 2. — P. 671–673.

2. *Андрюанов А. В.* Синдром Огилви / *А. В. Андрюанов, С. Ю. Лебедев // Хирургия. — 1993. — № 11. — С. 50–55.*

3. *Review article: The pharmacologic treatment of acute colonic pseudo-obstruction / R. De Giorgio, G. Barbara, V. Stanghellini [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2001. — Vol. 15, N 11. — P. 1717–1727.*

4. *Ogilvie's syndrome: Colonoscopic Decompression and analysis of predisposing factors / A. B. Jetmore, A. E. Timmcke, J. B. Gathright [et al.] // Dis Colon Rectum. — 1992. — Vol. 35, N 12. — P. 1135–1142.*

5. *Changing perspective on gastrointestinal complications in patients undergoing cardiac surgery / G. Johnston, K. Vitikainen, R. Knight [et al.] // Am J Surg. — 1992. — Vol. 163, N 5. — P. 525–529.*

6. *Vanek V. W.* Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases / *V. W. Vanek, M. Al-Salti // Dis Colon Rectum. — 1986. — Vol. 29, N 3. — P. 203–210.*

7. *Острая толстокишечная псевдообструкция: синдром Огилви / С. О. Тренин, А. В. Шишков, В. А. Масленников, О. К. Керопян // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 32–38.*

8. *Rex D. K.* Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) / *D. K. Rex // Gastroenterologist. — 1994. — Vol. 2. — P. 233–238.*

9. *Rex D. K.* Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction / *D. K. Rex // Gastrointest Endosc Clin Am. — 1997. — Vol. 7. — P. 499–508.*

10. *Safety and diagnostic yield of laparoscopically assisted full-thickness bowel biopsy / C. H. Knowles, B. Verness, H. Tornblom [et al.] // Neurogastroenterol. Motil. — 2008. — Vol. 20. — P. 774–779.*

11. *Мониторинг внутрибрюшного давления при острой толстокишечной непроходимости / В. М. Тимербулатов, Р. Р. Фаязов, Ш. В. Тимербулатов, Р. Н. Гареев // Вестник хирургии. — 2011. — Т. 170, № 3. — С. 1–34.*

12. *Acute colonic pseudo-obstruction / G. M. Eisen, T. H. Baron, J. A. Dominitz [et al.] // Gastrointest Endosc. — 2002. — Vol. 56. — P. 789–792.*

REFERENCES

1. *Ogilvie W.H.* Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. *Br. Med. J.* 1948; 2: 671–673.

2. *Andrianov A.V., Lebedev S.Yu.* Syndrome Ogilvi. *Khirurgiya* 1993; 11: 50–55.



3. Giorgio R.De, Barbara G., Stanghellini V. et al. Review article: The pharmacologic treatment of acute colonic pseudoobstruction. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2001; 15 (11): 1717-1727.

4. Jetmore A.B., Timmcke A.E., Gathright J.B. et al. Ogilvie's syndrome: Colonoscopic Decompression and analysis of predisposing factors. *Dis Colon Rectum.* 1992; 35 (12): 1135-1142.

5. Johnston G., Vitikainen K., Knight R. et al. Changing perspective on gastrointestinal complications in patients undergoing cardiac surgery. *Am J Surg.* 1992; 163 (5): 525-529.

6. Vanek V.W., Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum.* 1986; 29 (3): 203-210.

7. Trenin S.O., Shishkov A.V., Maslennikov V.A., Ceropyan O.C. Acute enteral pseudoobstruction: the Ogilvi syndrome. *Khirurgiya.* 2007; 4: 32-38.

8. Rex D.K. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Gastroenterologist* 1994; 2: 233-238.

9. Rex D.K. Colonoscopy and acute colonic pseudoobstruction. *Gastrointest Endosc Clin Am.* 1997; 7: 499-508.

10. Knowles C.H., Veress B., Tornblom H. et al. Safety and diagnostic

yield of laparoscopically assisted full-thickness bowel biopsy. *Neurogastroenterol. Motil.* 2008; 20: 774-779.

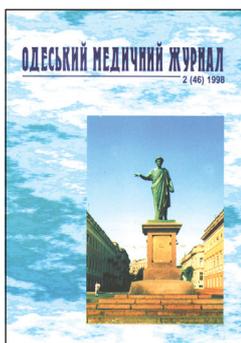
11. Timerbulatov V.M., Fayazov R.R., Timerbulatov Sh.V., Gareev R.N. Monitoring of intraabdominal pressure at acute enteral impassability. *Vestnik khirurgii* 2011; 170(3): 1-34.

12. Eisen G.M., Baron T.H., Dornitiz J.A. et al. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56: 789-792.

Поступила 16.01.2017

Рецензент д-р мед. наук,
проф. М. А. Каштальян

Передплачуйте
і читайте



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому
передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

