

БЕЗОАРИ КИШЕЧНИКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

А.І.Суходоля, І.О.Козак, В.В.Власов, Е.В.Латинський, С.Р.Микитюк

Кафедра хірургії (зав. – проф. А.І.Суходоля) факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня

Резюме. Проаналізовано наслідки лікування виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) у 926 хворих за період з 1987 до 2003 року. Чоловіків було 812 (87,6%), жінок – 114 (12,4%). Хірургічні втручання виконані 679 пацієнтам віком від 24 до 71 року. Сторонні тіла (безоари) стали причиною виникнення кишкової непрохідності у віддалений післяопераційний період у 2 пацієнтів. Розглянуті умови утворення безоарів кишечника після хірургічного лікування виразки ДПК та вибір методу оперативного лікування кишкової непрохідності.

Ключові слова: дуоденальна виразка, безоари кишечника, кишкова непрохідність, хірургічне лікування.

В останні роки частіше з'являються повідомлення про виникнення безоарів (Б) після різноманітних операцій на шлунку, особливо після ваготомії. Фітобезоари (ФБ) після органозберігальних операцій на шлунку спостерігаються в 0,5-7,8% випадків [1]. Серед чинників, що сприяють утворенню ФБ після операцій на шлунку, вказують на зниження кислотоутворення і пептичної активності шлункового соку, порушення моторики шлунка, велику кількість клітковини в їжі і в'язкого слизу на тлі післяопераційного гастриту. Внаслідок цих змін волокна клітковини харчових мас склеюються і не піддаються протеолітичній дії ферментів шлункового соку, активність яких знижена. По-друге, зміщення рН шлункового соку від оптимальних для ферментативної дії значень знижує активність ферментів шлункового соку. Крім істинних Б виділяють проміжну групу – псевдобезоари, що утворюються з погано пережованої їжі, слизу, згустків крові та інше [2-4]. Третім фактором, що сприяє появі патологічних синдромів після резекції шлунка за методикою Більтрот-П-Гофмейстер-Фінстерер, є висхідний напрямок привідної петлі гастроентероанастомозу (ГЕА) з утворенням гострого кута між вільною і фіксованою частинами цієї петлі, що виникає в результаті підшивання країв отвору мезоколон безпосередньо біля утвореної шпори дистального кінця вільної частини привідної петлі.

Цим прийомом пробують запобігти рефлюксу шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку (ДПК) та розвитку синдрому привідної петлі (СПП). Проте в результаті утворення перегину (шпори) привідної петлі утруднюється евакуація секрету з ДПК, що інколи призводить до розвитку СПП, навіть за відсутності рефлюксу шлункового вмісту в ДПК.

По привідній петлі ГЕА за добу евакуюється в кишечник 1,5 л секрету з підшлункової залози, печінки, та вмісту ДПК. Частота гострої непрохідності привідної петлі ГЕА коливається в межах 0,5-2% (А.А.Шалимов, В.Ф.Саенко, 1987). Перешкодою переміщення дуоденального вмісту також можуть бути спайки, заворот петлі кишки під час формування ГЕА, антиперистальтична інвагінація кишки, внутрішня грижа та інші.

Мета дослідження. Визначити особливості діагностики і тактики лікування хворих зі сторонніми тілами (Б) кишечника після оперативного лікування виразки ДПК.

Матеріал і методи. За період з 1987 до 2003 рік в хірургічному відділенні Хмельницької обласної лікарні з приводу виразки ДПК лікувалося 926 хворих: чоловіків – 812 (87,6%), жінок – 114 (12,4%). Хірургічні втручання виконані 679 пацієнтам віком від 24 до 71 року. Усім хворим проводили загальноклінічні дослідження, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту, фіброгастродуоденоскопію, ультрасоноскопію органів черевної порожнини, рН-метрію

шлунка. За показаннями хворі з поєднаними захворюваннями консультовані відповідними спеціалістами (кардіологом, урологом, гінекологом та ін.). У двох хворих (0,21%) у віддалений післяопераційний період виникла гостра кишкова непрохідність, спричинена сторонніми тілами (Б) шлунково-кишкового тракту.

Результати дослідження та їх обговорення.

Наведемо клінічні випадки. 1. Хворий В., 48 років, поступив у хірургічне відділення районної лікарні 07.03.86 р. о 2 год. ночі зі скаргами на постійний біль у животі, блювання, загальну слабкість. В 1983 році переніс операцію з приводу перфоративної виразки ДПК – первинна резекція шлунка за методикою Більрот-ІІ-Гофмейстер-Фінстерер. Після операції почував себе добре. За місяць до госпіталізації почав відмічати періодичний біль у животі, блювання, нестійкі випорожнення. Обстежений в хірургічному стаціонарі районної лікарні, діагноз: спайкова хвороба органів черевної порожнини. Після консервативного лікування хворий виписаний з покращенням, приступив до роботи. Раптове погіршення здоров'я відмітив 06.03.86 р. Стан хворого тяжкий, виражений ціаноз шкірних покривів та слизових оболонок. Пульс 110 в 1 хв, АТ 95/60 мм. рт. ст. Язик сухий, обкладений білим нальотом. На животі є рубець після верхньої середньої лапаротомії. Живіт здутий, помірно болючий і напружений в усіх ділянках, більше в епігастрії. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Перистальтичні шуми вислуховуються погано. Рентгеноскопія органів черевної порожнини: вільного газу, чаш Клойбера немає. Кукса шлунка зміщена ліво. Евакуація контрасту по відвідній петлі ГЕА сповільнена. Аналіз крові: Нb – 135 г/л, еритроцити – $4,12 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити – $10,9 \cdot 10^9$ /л. Глюкоза крові – 4,54 ммоль/л, сечовина крові – 8,79 ммоль/л. Аналіз сечі: питома вага – 1016, білок – 0,163 г/л, лейкоцити – 2-3 в полі зору, еритроцити – 1-2 в полі зору. Активність амілази в сечі 2048 ум. од. Діагноз: Перитоніт нез'ясованого генезу. Панкреонекроз? Хворому проведена інтенсивна передопераційна інфузійна підготовка. 07.03.86 р. виконана невідкладна операція: видалення псевдобезоару ДПК, дренирування черевної порожнини. Під ендотрахеальним наркозом виконана верхня середня лапаротомія. Роз'єднані численні спайки, виявлені вогнища жирового стеатонекрозу, набряк підшлункової залози, серозно-гнійний розлитий перитоніт. Через брижу поперечної ободо-

вої кишки пальпується щільний пухлиноподібний утвір, до 10 см в діаметрі, округлої форми, розміщений заочеревинно ближче до висхідної ободової кишки і позаду ГЕА. Привідна петля ГЕА зі стороннім тілом у ній розширена. Б розташований біля входу в привідну петлю, повністю закриває просвіт кишки на рівні дванадцятипало-порожньокишкового вигину. Розширена ДПК зміщує догори куксу шлунка, стискає ГЕА. Заочеревинна частина ДПК має ширину 10 см, заповнена рідким вмістом. Б зміщений у напрямку ДПК, після чого вміст з розширеної привідної петлі ГЕА перемістився в куксу шлунка, а звідти по назогастральному зонду – назовні. Дуоденальний вміст, що відтікає по зонду, неприємного колібацилярного запаху. Перемістити конкремент у куксу шлунка не вдалося. З труднощами Б розім'ятий, шматки його переміщені в відвідну петлю ГЕА, дрібні його частинки аспіровані через товстий шлунковий зонд. Шматки конкременту подібні до жовчних. Черевна порожнина промита розчином фурациліну 1:5000, просушена. Підпечінкова сумка дренована за методом Спасокукоцького. Ділянка хвоста підшлункової залози дренована через розріз поперекової ділянки зліва. Перебіг післяопераційного періоду тяжкий. Після видалення дренажів і зняття швів рана загоїлася первинним натягом. Хворий виписаний на 24-й день після операції у задовільному стані. Обстежений в хірургічному стаціонарі обласної лікарні через 5 років, скаржитися на неприємні відчуття в епігастральній ділянці, періодичне блювання жовчю. Рентгеноскопія шлунка: шлунок оперований, вирізано 2/3 шлунка. Евакуація контрасту своєчасна по відвідній петлі. Глюкоза крові – 3,4 ммоль/л, активність амілази сечі – 32 ум. од. Клінічний діагноз: Синдром привідної петлі. Стан після резекції шлунка за методикою Більрот-ІІ-Гофмейстер-Фінстерер. У плановому порядку 21.04.91 р. виконана операція: міжкишковий анастомоз між привідною та відвідною петлями ГЕА. Хворий оглянутий через 5 років після останньої операції, стан задовільний, скарг немає.

Розглядаючи процес утворення псевдобезоару в ДПК після резекції шлунка, можна припустити, що залишки крові, їжі, відторгнуті лігатури під дією секрету печінки, підшлункової залози і ДПК трансформувалися в Б, схожий на жовчний камінь. Процес утворення Б у ви-

ключеній ДПК стимулювався застоєм її вмісту за рахунок порушення евакуації, яку спричинили технічні особливості виконання резекції шлунка. Під час видалення Б ліквідована непрохідність привідної петлі ГЕА, проте знехтувано фактором наявного порушення евакуації дуоденального вмісту. Останнє спричинило необхідність повторної операції (через 5 років) і накладання ентоероанастомозу між петлями ГЕА.

2. Хвора П., 55 років, поступила в стаціонар хірургічного відділення Хмельницької обласної лікарні 23.04.04 р. зі скаргами на періодичний біль, дискомфорт та тяжкість в епігастрії, періодичні нудоти, блювання, погане відходження газів. Хворіє біля 6 місяців. Близько 10 років тому перенесла селективну проксимальну ваготомію з пілоропластиком з приводу виразки ДПК. Останній тиждень біль посилювався, з'явилися відрижка, сухість у роті, запор, підсилювалась і набула постійного характеру нудота. Рентгенографічно барій виповнив тонку кишку на 2/3 довжини, далі пасажу немає. Рентгенокопічно визначені одиничні тонкокишкові рівні, петлі дещо розширені (рис. 1). Вільного газу під



Рис. 1. Рентгенограма органів черевної порожнини з пасажем $BaSO_4$ по кишечнику. Тінь стороннього тіла (вказано стрілкою).

куполами діафрагми не виявлено. Висновок: часткова тонкокишкова непрохідність. Ультрасоноскопічно печінка не змінена, жовчний міхур видовжений, стінки не потовщені, конкременти не візуалізуються. Петлі кишечника розширені до 38 мм з маятникоподібною перистальтикою, що вказує на ознаки кишкової непрохідності. При фіброгастродуоденоскопії прохідність ДПК збережена до горизонтальної частини, далі каламутна рідина, яка при інсуфляції повітрям закидається в шлунок. Результати аналізів: Нв – 149 г/л, еритроц. – $5,0 \cdot 10^{12}$ /л, КП – 0,99; лейкоц. – $5,2 \cdot 10^9$ /л, Нт – 0,5; загальний білірубін – 15,0 мкмоль/л, непрямий, загальний білок – 76 г/л, К – 4,2 ммоль/л, Na – 140 ммоль/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Діагноз: часткова тонкокишкова непрохідність. Консервативна інфузійна терапія до покращення не призвела. Після передопераційної підготовки (очисні клізми, назогастральна декомпресія, інфузійна терапія) 24.04.04 р. під ендотрахеальним наркозом виконано операцію: лапаротомія, видалення стороннього тіла (ФБ) тонкої кишки, дренажування очеревинної порожнини, назоінтестинальна декомпресія порожньої кишки. Під час ревізії черевної порожнини встановлено, що збільшені в діаметрі петлі тонкої кишки містять рідинний вміст та повітря. Через ніс, шлунок, ДПК в порожню кишку введено зонд, по якому видалено 1,5 л застійного кишкового вмісту з повітрям. Пальпаторно в середньому відділі клубової кишки виявлено щільне стороннє тіло розмірами 6 x 4 см, що обтурує її просвіт (рис. 2). Виконано ентеротомію



Рис. 2. Стороннє тіло обтурує просвіт тонкої кишки.



Рис. 3. Вигляд безоару через ентоеротомічний отвір.



Рис. 4. Видалення безоару методом здоювання.

нижче місця обтурації (рис. 3). Безоар видалено шляхом здоювання в ентоеротомічний отвір (рис. 4). Останній зашитий двома рядами вузлових лавсанових швів. Операція завершена дренаванням очеревинної порожнини через лівий поперековий трикутник та зашиванням лапаротомної рани. Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Рана загоїлася первинним натягом. Шви зняті на 3-8 добу, назоінтестинальний зонд видалено на 4 добу. Патогістологічний висновок № 22026-7: у матеріалі ФБ білкові, лускоподібні, ворсинчасті структури. Хвора виписана на 12 добу в задовільному стані з клінічним діагнозом: Гостра обтураційна тонкокишкова непрохідність, стороннє тіло (ФБ) клубової кишки. Хвора оглянута через 6 місяців. скарг немає.

Даний випадок повчальний тим, що хвора, тривалий час проживаючи в Іспанії, харчувалася хурмою. Зниження кислотності і гіпотонія шлунка, зумовлені ваготомією (10 років тому), стали основними причинами утворення ФБ. Можливість міграції ФБ в кишечник, на нашу думку, зумовлена великим діаметром воротаря

внаслідок пілоропластики, на що вказують і інші автори [1, 2].

Аналізуючи ретроспективно рентгенівський знімок (рис. 1), нами виявлена півмісячна тінь, яку давало стороннє тіло в поєднанні з контрастуванням кишечника. Останнє свідчить про необхідність глибокого аналізу рентгенограм у хворих на непрохідність кишечника за участю рентгенолога.

Висновки. 1. Хірургічне лікування виразки дванадцятипалої кишки деколи може створювати умови для утворення безоару в віддалений післяопераційний період. 2. Вибір методу хірургічного лікування кишкової непрохідності, зумовленої безоаром, має бути індивідуальним, органозберігальним, з обов'язковою корекцією огріхів попередньої операції.

Перспективою подальших досліджень є збір, аналіз випадків гострої непрохідності шлунково-кишкового тракту, зумовленої сторонніми тілами (безоарами) після операцій на шлунку, і розробка діагностично-тактичного та інтраопераційного алгоритму вибору методу оперативного лікування таких хворих.

Література

1. Пономарев А.А., Карпов О.Э. Редкие причины непроходимости желудочно-кишечного тракта. – Рязань: Госмедуниверситет им. И.П. Павлова, 2002. – 420 с.
2. Косенко А.В. Випадок тривалого існування стороннього тіла шлунково-кишкового тракту, яке ускладнилося перфорацією дванадцятипалої кишки // Шпит. хірургія. – 2001. – № 3. – С. 150-151.
3. Огородник П.В., Беляев В.В., Литвин А.И. Острая непроходимость двенадцатиперстной кишки, обусловленная желчным конкрементом // Клін. хірургія. – 2003. – № 12. – С. 60-61.
4. Сацукевич В.Н., Казьмин И.А., Ложкевич А.А., Теремков В.К. Фитобезоар желудка как причина тонкокишечной непроходимости // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 49-50.

БЕЗОАРЫ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

*А.И.Суходоля, И.О.Козак, В.В.Власов,
Э.В.Латинский, С.Р.Микитюк*

Резюме. Проведен анализ результатов лечения язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 926 больных в период с 1987 по 2003 год. Мужчин было 812 (87,6%), женщин – 114 (12,4%). Хирургические вмешательства выполнены 679 пациентам в возрасте от 24 до 71 года. Инородные тела (безоары) стали причиной возникновения кишечной непроходимости в отдаленный послеоперационный период у 2 пациентов. Рассмотрены причины образования безоаров кишечника после хирургического лечения язвы ДПК и выбор метода оперативного лечения кишечной непроходимости.

Ключевые слова: дуоденальная язва, безоары кишечника, кишечная непроходимость, хирургическое лечение.

INTESTINAL BEZOARS AFTER SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL ULCER

*A.I.Sukhodolia, I.O.Kozak, V.V.Vlasov,
Ye.V.Latyns'kyi, S.R.Mykytiuk*

Abstract. The consequences of treating duodenal ulcer in 926 patients from 1987 through 2003 were analyzed. There were 812 male patients (87,6%) and 114 female patients (12,4%). Surgical interventions were performed on 679 patients aged from 24 to 71 years. Foreign bodies (bezoars) became the cause of the onset of ileus during the remote postoperative period in 2 patients. The causes of intestinal bezoar formation following surgical treatment of duodenal ulcer and a choice of an operative treatment method for ileus were considered.

Key words: duodenal ulcer, intestinal bezoars, ileus, surgical treatment.

M.I. Pyrogov National Medical University (Vinnytsia)

Надійшла в редакцію 19.06.2006 р.

© Семенова Т.В., Пирогова В.В., Зенько Н.А.

УДК 616.316.1

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Т.В.Семенова, В.В.Пирогова, Н.А.Зенько

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Спостерігалися 118 хворих на слино-кам'яну хворобу (СКХ). На підставі аналізу їх клініко-морфологічного обстеження розроблена класифікація СКХ, яка включає 5 класів залежно від стадії запального процесу і дозволяє виробити диференційований підхід у тактиці лікування.

Ключові слова: слино-кам'яна хвороба, сіалоаденіт.

Слюнно-каменная болезнь (СКБ) является одним из наиболее частых заболеваний слюнных желез (СЖ) – до 52-78% среди всех других патологических процессов СЖ [1-3]. Актуальность проблемы обусловлена тем, что контингент больных представлен в основном лицами трудоспособного возраста, часто заболевание требует удаления СЖ, а единый взгляд на тактику лечения СКБ отсутствует (В.І.Смаглюк,

1998). Морфологические аспекты СКБ до настоящего момента также недостаточно освещены и нуждаются в систематизации. Несмотря на большое количество предложенных классификаций СКБ, ни одна из них не нашла широкого клинического применения [4].

Цель исследования. Изучить морфологические варианты СКБ, значимые для выбора тактики лечения.