

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.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 78 больных СКБ, среди которых 45 мужчин (57,7%) и 33 женщины (42,3%) возрастом от 11 до 67 лет. У 71 больного (91%) конкременты располагались в поднижнечелюстной СЖ или ее выводном протоке. У остальных больных (9%) наблюдали сиалолитиаз околоушных СЖ.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию, бимануальное исследование области СЖ, специальные методы исследования – сонографию СЖ, сиалографию. Удаленные СЖ подвергали морфологическому исследованию, макро- и микроскопическому (тонкие срезы выполняли стандартными методами, окрашивали гематоксилином и эозином). Результаты исследований подвергали статистической обработке.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании анализа полученных результатов нами разработана клинико-морфологическая классификация СКБ, представляющая собой алгоритм для выбора лечебной тактики.

А. Слюнно-каменная болезнь, острый сиалоаденит.

В. Слюннокаменная болезнь, хронический сиалоаденит.

Класс 1. Слюнно-каменная болезнь без выраженного сиалоаденита.

Класс 2. Хронический сиалоаденит в стадии обострения или острый серозный сиалоаденит.

Класс 3. Острый гнойный сиалоаденит.

Класс 4. Фиброзно-обструктивный хронический сиалоаденит.

Класс 5. Абсцедирующий и деструктивный сиалоаденит.

Тип 1: конкремент выводного протока СЖ. Тип 2: конкремент СЖ.

Клинико-морфологические изменения, выявленные у больных, распределились следующим образом. К 1 классу нами отнесены 14 больных (17,9%), у которых выраженные клинические проявления СКБ отсутствовали. Конкременты СЖ выявлялись либо случайно при обследовании по поводу другого заболевания, либо обращали внимание больных периодическими явлениями слюнной колики. Объективное исследование обычно не обнаруживало изменений в СЖ. При ультразвуковом исследовании изменений экоструктуры паренхимы СЖ также не отмечалось, однако в большинстве случаев удавалось обнаружить расширение выводного протока СЖ проксимальнее камня и сам конкремент в виде эхоплотного образования. Сиалография в этой группе выполнена 9 больным, определялось расширение прокси-

мальных отделов слюнного протока, иногда можно было выявить дефект наполнения в месте расположения конкремента. По данным УЗИ и сиалограмм 1 тип СКБ отмечен у 10 больных 1 класса (71,4%), 2 тип – у 4 больных. В этом классе СКБ активные лечебные мероприятия не показаны, ряду больных рекомендовали физиотерапевтические процедуры.

Больные 2 класса составляют основную по частоте группу больных с СКБ, в наших наблюдениях – это 28 больных (35,9%). Объективно выявлялась увеличенная болезненная СЖ, иногда пальпируется уплотненный слюнный проток, из которого выделяется слизистый секрет. Эти больные представляют собой группу первого обращения с проявлениями сиалоаденита. Сонографически структура железы гипэхогенна, диффузно-неоднородна. По данным сиалографии, выявляется расширение протока СЖ, контрастирование паренхимы может быть ослабленным и неоднородным. У 25 больных (89,3%) конкременты располагались в просвете расширенного слюнного протока (1 тип), у остальных – в паренхиме СЖ. В этой группе больных кратковременный курс консервативной противовоспалительной терапии быстро приводил к купированию воспалительного процесса и положительному клиническому эффекту. Оперативные вмешательства больным со СКБ этого класса не выполняются.

Больные с острым гнойным сиалоаденитом (3 класс) составили 21,8% от общего числа наших наблюдений, то есть 17 пациентов. Эти больные отмечали резко болезненную припухлость в области СЖ, неприятный вкус во рту, повышение температуры тела. При осмотре и пальпации определялось значительное увеличение СЖ, напряжение ее протока и выделение из него гноя. Инструментальные исследования дают результаты, сходные с таковыми у больных 2 класса, однако диффузные изменения паренхимы СЖ были более выражены. У ряда больных отмечались начальные явления склерозирования паренхимы СЖ и сужения различных отделов ее протока. Это объясняется тем, что, в отличие от пациентов 2 класса, у больных с гнойным сиалоаденитом, в основном, ранее были явления воспаления. Рано начатая противовоспалительная и антибактериальная терапия позволяла избежать оперативного вмешательства и у пациентов с 3 классом заболевания.

Пациенты с фиброзно-обструктивным сиалоаденитом (4 класс) представляют основную часть больных, подвергаемых радикальному оперативному лечению. Мы наблюдали 9 (11,5%) таких пациентов, перенесших ранее многократные обострения сиалоаденита, и на момент осмотра обнаруживали у них резко уплотненную и чаще болезненную СЖ со скудным слизисто-гнойным отделяемым из уплотненного протока. Сонографически определяются участки расширенных протоков, паренхима железы гиперэхогенная, на ее фоне определяются конкременты. Сиалография позволяет выявить участки сужения и расширения выводных протоков железы, неравномерное их заполнение и извитость, паренхима четко не определяется. Если камень расположен в начальных отделах протока, то основные изменения касаются внутрижелезистых протоков 1-3 порядков, они прерывисты, заполняются неравномерно, расширены. Паренхима зачастую не определяется. При нахождении камня в СЖ (2 тип) определяется дефект контрастирования паренхимы. Больным 4 класса при наличии выраженных фиброзных изменений СЖ показано ее удаление, что и было нами выполнено в 7 случаях. Если рубцово-атрофические процессы в ткани железы выражены умеренно, по возможности следует удалить конкремент, сохраняя СЖ.

Больные 5 класса с абсцедирующим деструктивным сиалоаденитом составили 12,8% (10 пациентов). При осмотре определяется припухлость, гиперемия и болезненность в области СЖ, выделений из протока нет либо они гнойные. В ткани СЖ либо в перигландулярных тканях сонографически определяется полость абсцесса, в которой нередко находится сам конкремент. Абсцесс вскрывают, удаляют камень и некротизированные ткани СЖ, рану дренируют. После купирования острого процесса СЖ обычно удается сохранить.

Выводы. 1. Наиболее частой формой СКБ является хронический или острый серозный сиалоаденит. 2. Разработанная классификация СКБ позволяет выделять группы больных в зависимости от характера воспалительных изменений в СЖ и определять тактику лечения. 3. Наиболее информативными методами исследования являются сонография и сиалография, которые позволяют проводить топическую диагностику поражения СЖ и определять стадии воспалительного процесса.

Перспективы научного поиска. Перспективным в данном направлении есть выделение групп больных согласно предлагаемой классификации слюннно-каменной болезни в зависимости от пола и возраста.

Литература

1. Лісова І.Г. Малоінвазивна діагностика хронічних непухлиних захворювань слинних залоз з використанням магнітно-резонансної томографії // Укр. ж. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2001. – Т. 5, № 4. – С. 14-17.
2. Львова Л.В. Слюнные железы – сиалоаденит // Стоматол. – 2002. – № 4. – С. 6-9.
3. Ottaviani F., Capaccio P., Rivolta R. Salivary gland stones: US evaluation in shock wave lithotripsy // Radiology. – 1997. – V. 204, № 2. – P. 437-441.
4. Лісова І.Г. Сучасні уявлення про морфофункційні особливості слинних залоз людини // Укр. мед. альманах. – 2001. – Т. 4, № 4. – С. 97-102.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

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

Резюме. Наблюдались 118 больных со слюннно-каменной болезнью (СКБ). На основании клиннико-морфологического обследования разработана классификация СКБ, включающая 5 классов в зависимости от стадии воспалительного процесса, позволяющая выработать дифференцированный подход в тактике лечения.

Ключевые слова: слюннно-каменная болезнь, сиалоаденит.

CLINICO-MORPHOLOGICAL CLASSIFICATION OF SIALOLITHIASIS

T.V.Semyonova, V.V.Pyrohova, N.A.Zen'ko

Abstract. One hundred and eighteen patients with sialolithiasis (SL) have been followed up. A classification of SL, including 5 classes, depending on the stage of an inflammatory process, enabling to plan a differentiated therapeutic approach on the basis of a clinico-morphological examination has been elaborated.

Key words: sialolithiasis, sialoadenitis.

M.Gorky State Medical University (Donetsk)

Надійшла в редакцію 21.05.2006 р.