

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.34-007.272-07-089

С.В. Тарасенко, В.Б. Афтаев, А.В. Маркова

РЕДКАЯ ФОРМА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Тарасенко С.В.) ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова»
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, БСМП, г. Рязань

Ключевые слова: кишка, безоар, непроходимость.

Безоар можно определить как плотное образование, формирующееся в просвете желудочно-кишечного тракта, на основе непереваренных компонентов пищи или инородных тел [1, 3].

В зависимости от основного состава веществ, входящих в безоары, различают трихобезоары (волосные опухоли), фитобезоары (из растительной клетчатки), себобезоары (из бараньего или говяжьего жира), шелакобезоары (из спиртовых лаков), гемобезоары (из сгустков крови), безоары эмбрионального происхождения, наконец, смешанные безоары.

Хорошо известно, что наиболее часто встречаются трихо- и фитобезоары, причем первые — преимущественно у лиц женского пола, а вторые — у мужчин (74,4%) в возрасте от 30 до 60 лет (67%) [3] и гораздо реже в более пожилом возрасте.

Фитобезоар обычно имеет вид твердого округлого или цилиндрической формы тела, центр которого состоит из остатков растительного происхождения, в отличие от трихобезоара, представляющего собой плотно свалившийся войлокообразный комок волос. Летальность вследствие различных осложнений, обусловленных безоарами, при отсутствии лечения может достигать 30% [1, 2]. Непосредственной причиной смерти чаще всего являются желудочно-кишечные кровотечения, перфорация, острая кишечная непроходимость.

Рецидивы осложнений (наиболее часто — острая кишечная непроходимость) характерны для трихобезоаров и встречаются преимущественно у лиц с определенными психосоматическими отклонениями. В нашей практике встретился клинический случай рецидивирующей острой кишечной непроходимости на

почве фитобезоаров у психически здоровой пациентки.

Больная К., 67 лет, поступила в клинику 12.05.2004 г. с жалобами на боли, преимущественно в правых отделах живота, появившиеся остро за 2 сут до госпитализации и первоначально имевшие распространенный схваткообразный характер, сухость во рту, тошноту, повышение температуры тела до 37,2 °С, задержку стула в течение 3 сут. Из анамнеза: холецистэктомия, гастроэнтероанастомоз, выполненный в 1991 г. по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом привратника.

Общее состояние удовлетворительное. Живот не вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в нижних отделах.

В течение последующих суток развилась типичная клинико-рентгенологическая картина острой тонкокишечной обтурационной непроходимости, по поводу чего больная оперирована.

Под эндотрахеальным наркозом произведена нижняя срединная лапаротомия. В брюшной полости — умеренное количество светлого выпота. Верхний этаж брюшной полости запаян. Петли тонкой кишки примерно до середины раздуты, содержат жидкость и газ (рис. 1). В просвете средней трети тонкой кишки определяется плотноэластическое образование, обтурирующее ее просвет (рис. 2). Произведена энтеротомия дистальнее инородного тела. Удалено инородное тело тонкой кишки серо-зеленого цвета, плотноэластической консистенции, размерами 3×3×2 см с последующим зашиванием энтеротомического отверстия. Брюшная полость осушена. Других инородных тел в желудке и по ходу кишечника нет. Шов на рану.

Выписана на 14-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Через 1 год и 5 мес 31.10.2005 г. больная вновь в экстренном порядке поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в верхних отделах живота, рвоту с примесью желчи, сухость во рту. Больна в течение 3 дней, когда появились схваткообразные боли в верхних отделах живота и рвота. Рентгенологически определялось расширение петель тонкой кишки до 3–4 см.

В ходе активного расспроса выяснено, что больная в течение одного года принимала препараты на основе морских водорослей «Сплат» до первой госпитализации и возобновила прием данной биологической добавки через 6 мес после выписки из стационара.



Рис. 1. Высокая обтурационная декомпенсированная тонкокишечная непроходимость, обусловленная фитобезоаром.



Рис. 2. Фитобезоар в просвете тощей кишки.



Рис. 3. Извлечение фитобезоара.



Рис. 4. Удаленный фитобезоар.

Больная повторно оперирована. На протяжении примерно 1 м от pl. duodenojejunalis тонкая кишка раздута, стенка её гипертрофирована, содержит жидкость и газ. Примерно в 50 см друг от друга — два плотных образования 6×4×4 см плотнотканной консистенции. Дистальный отделы тонкой кишки спавшиеся. Поперечная энтеротомия ниже безоаров (рис. 3). Последние удалены (рис. 4). Зондовая декомпрессия тонкой кишки. Энтерорафия однорядным узловым капроновым швом Пирогова—Матешука. Шов на рану.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки после операции.

Интерес представленного клинического наблюдения заключается в рецидивном формировании инородного тела желудочно-кишечного тракта — фитобезоара. Возможно, в данном

случае имеет место предрасположенность организма к формированию органических безоаров, этиологию которой ещё предстоит выяснить. Подобных клинических случаев в литературе нам не встретилось.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Добровольский С.Р., Узакбаева Д.И., Абушайбех Л.Г., Садовый П.Г. Редкая причина тонкокишечной непроходимости // Хирургия.—2005.—№ 7.—С. 53–54.
2. Маховский В.З., Кирилов Ю.Б., Тактика хирурга при инородных телах желудочно-кишечного тракта.—Ставрополь, 1980.—С. 128.
3. Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни.—Казань: Изд-во университета, 1969.—С. 185.

Поступила в редакцию 06.03.2006 г.