

© Ф.Б.Алиджанов, У.Р.Жамилов, 2009
УДК 616.33-089.873-06:616.34-007.272-089

Ф.Б.Алиджанов, У.Р.Жамилов

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (ген. дир. — проф. А.М.Хаджибаев), г. Ташкент

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, фитобезоар, резекция желудка.

обследования и лечения 75 больных с ОКН, ранее перенесших резекцию желудка.

Введение. Из числа больных, поступивших в хирургические стационары с приступом спаечной острой кишечной непроходимости (СОКН), оперируют 45–50%, у остальных пассаж кишечника удается восстановить консервативным путем [1]. Несмотря на то, что среди больных с СОКН в 86,5–94,4% причинами образования спаек являются перенесенные ранее вмешательства на органах брюшной полости [3, 4], практически отсутствуют сведения об эффективности консервативной терапии СОКН в зависимости от ранее перенесенной операции. Имеются сведения о том, что в 7,8% случаев СОКН развивается у больных, ранее перенесших резекцию желудка [4]. Вместе с тем, ряд авторов [2, 5] сообщают о большой частоте острой кишечной непроходимости (ОКН) на почве фитобезоаров именно после резекций желудка. Из-за отсутствия дооперационной диагностики фитобезоаров все консервативно излеченные случаи ОКН после ранее перенесенной резекции желудка, как правило, относят к СОКН, и поэтому отсутствуют данные об эффективности консервативной терапии при ОКН, вызванной фитобезоарами.

С целью внесения ясности в вопросы структуры ОКН после ранее перенесенной резекции желудка и эффективности консервативной терапии среди ОКН, вызванной фитобезоарами у данной категории больных, нами проанализированы результаты

Материал и методы. В РНЦЭМП за период с 2002 по 2007 г. находились на лечении с ОКН 744 больных, из них мужчин было 365 (49,1%), женщин — 379 (50,9%). Из 744 больных с ОКН оперированы 517 (69,5%) пациентов, у остальных 227 (30,5%) кишечная непроходимость ликвидирована консервативно.

Из 744 больных, пролеченных по поводу ОКН, 75 (10,1%) в прошлом перенесли резекцию желудка, среди которых преобладали лица мужского пола. Соотношение числа пациентов мужского пола к женскому было 2:1. Возраст больных составил от 19 до 84 лет. Среди пациентов более половины были в возрасте 19–44 лет, пациенты трудоспособного возраста — более 80% (табл. 1).

При сборе анамнеза выяснено, что показанием к резекции у 74 пациентов служила язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения, а 1 пациент был оперирован по поводу рака желудка. Резекция желудка по способу Бильрот-I была произведена 28 (37,3%) больным, по Бильрот-II — 32 (42,6%) и в 15 (20%) наблюдениях способ резекции желудка, выполненной в прошлом, выяснить не удалось. Давность перенесенной резекции желудка — от 2 мес до 36 лет. При анализе сезонности поступления больных выявлено увеличение их числа в осеннее время (табл. 2).

Диагноз острой кишечной непроходимости устанавливался на основании клинических данных и верифицирован с помощью рентгенологического, ультразвукового и компьютерно-томографического (КТ) исследования на томографе CT Brillians-40 фирмы «Philips» (Голландия).

Нами также изучена диагностическая ценность клинических и инструментальных признаков дифференциальной диагностики СОКН и ОКН, вызванной фитобезоарами.

Результаты и обсуждение. При обзорной рентгенографии у всех больных выяв-

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет				Всего
	19–44	45–59	60–74	75 и более	
Мужчины	27	12	8	2	49 (65,3%)
Женщины	11	10	3	2	26 (34,7%)
Всего	38 (50,7%)	22 (29,3%)	11 (14,7%)	3 (4%)	75 (100%)

Таблица 2

Распределение больных по месяцам поступления и методу лечения

Метод лечения	Месяцы												Итого
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Оперативное	1	–	2	2	1	–	1	1	3	15	–	4	30
Консервативное	–	–	2	2	1	–	3	2	4	26	5	–	45
Всего	1	–	4	4	2	–	4	3	7	41	5	4	75

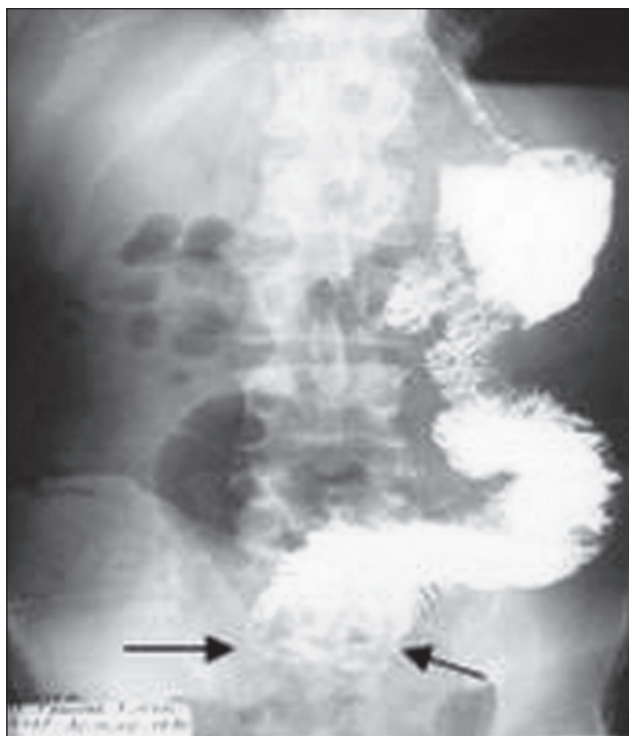


Рис. 1. Рентгенограмма брюшной полости при острой кишечной непроходимости на почве фитобезоара (указан стрелками).

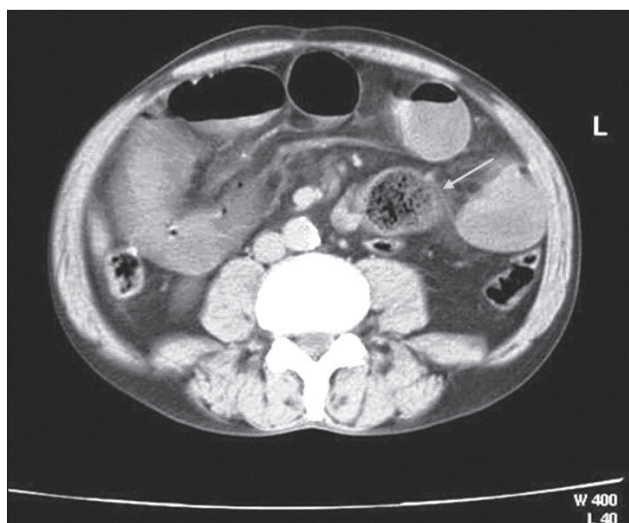


Рис. 2. Наличие фитобезоара (указан стрелкой) в полости тонкой кишки.

лены «чаши» Клойбера. При этом у 74 (98,6%) больных обнаруживались тонкокишечные, а у 1 (1,4%) — толстокишечный уровень. При этом характерных для дифференциации причины ОКН признаков не установлено. При контрастном исследовании ЖКТ из 69 больных лишь у 3 больных удалось выявить тень от фитобезоара (рис. 1).

При ультразвуковом исследовании у всех больных выявлялись увеличение диаметра тонкой кишки, анэхогенное содержимое в полости кишки, маятникообразная перистальтика. Однако фитобезоар, вызвавший ОКН, визуализировать удалось лишь у 2 пациентов.

При КТ фитобезоар удалось выявить у 12 больных из 13. Из них 5 больных оперированы, и интраоперационно данные КТ полностью подтвердились (у 4 выявлена ОКН, вызванная фитобезоаром, и у 1 — спаечная ОКН) (рис. 2).

При наличии клинической картины странгуляционной формы ОКН или признаков перитонита 6 больных подвергнуты лапаротомии в течение 2 ч от момента поступления. При отсутствии явных признаков перитонита и исключении странгуляционной формы кишечной непроходимости проводили КТ и лечебно-диагностический прием (ЛДП), заключающийся во введении спазмолитиков (но-шпа), медикаментозной стимуляции кишечника (прозерин или убретид), двусторонней паранефральной новокаиновой блокады по А.В.Вишневскому, назогастральному зондированию с аспирацией желудочного содержимого, инфузионно-трансфузионной терапии в объеме до 1,5–2 л.

Сразу после опорожнения желудка пациентам рег ос давали 200 мл взвеси сульфата бария для проверки пассажа по желудочно-кишечному тракту.

В связи с неэффективностью консервативной терапии оперировано 30 больных. Из всех оперированных у 20 пациентов причиной непроходимости явилась обтурация просвета тонкой кишки фитобезоаром, у 9 — спайки и у 1 — опухоль сигмовидной кишки (табл. 3).

Как видно из табл. 3, большинство оперированных больных (18 из 29) по поводу ОКН поступили в осенние месяцы. Именно в этот пери-

Таблица 3

Время поступления и причины непроходимости у оперированных пациентов

Вид кишечной непроходимости	Месяцы												Всего
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Спаечная	1	–	–	1	–	–	–	–	1	3	–	3	9
Фитобезоары	–	–	2	–	1	–	1	1	2	12	–	1	20
Опухоль	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	1

од (период созревания плодов и в первую очередь боярышника) среди них преобладали больные ОКН, вызванной безоаром (14 из 18).

Фитобезоар, как правило, находился в подвздошной кишке. Уровень блока фитобезоаром проксимальнее от илеоцекального угла был следующим: до 50 см — у 4 больных, 50–100 см — у 12, более 100 см — у 4. Во всех 20 наблюдениях легко удалась фрагментация фитобезоара с продвижением его фрагментов в слепую кишку. При СОКН у 8 пациентов ОКН ограничивались расщеплением спаек и у 1 — резекцией тонкой кишки. При ОКН, вызванной опухолью сигмовидной кишки, выполнена операция Гартмана.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (26,7%) пациентов: нагноение послеоперационной раны — у 6, пневмония — у 2. Летальный исход имел место у 1 (1,3%) больного со странгуляционной спаечной непроходимостью за счет тяжелой сопутствующей патологии — туберкулеза легких.

Анализ ценности клинико-анамнестических и инструментальных методов при дифференциальной диагностике у оперированных больных показал, что наличие триады — отсутствие толстокишечных уровней у больных с ОКН, ранее перенесенная резекция желудка и осеннее время с высокой степенью вероятности позволяют установить диагноз ОКН, вызванной фитобезоаром. Чувствительность сочетания этих признаков в изучаемой группе составила 78,6%, специфичность — 55,6%, а общая точность — 67,1%.

Консервативная терапия позволила разрешить ОКН после ранее перенесенной резекции желудка у 45 (60%) больных, что подтверждено динамическим наблюдением с рентгенологическим контролем после приема контраста.

Среди консервативно излеченных пациентов у 27 (60%) больных имела место выявленная выше триада признаков, и у 8 из них диагноз обтурации тонкой кишки фитобезоаром подтвержден КТ. Помимо этого, в 40 наблюдениях анамнестически был установлен факт употребления плодов боярышника, характерного для нашего региона, в 3 — имело место употребление хурмы, в 2 — морковного салата и по 1 — джиды, винограда, грецкого ореха и арбуза.

Таким образом, полученные нами результаты в отличие от мнения большинства авторов позволяют заключить, что у ряда больных с ОКН, вызванную фитобезоарами, удастся разрешить консервативными методами.

Выводы. 1. Большинство пациентов, перенесшие ранее резекцию желудка с острой кишечной непроходимостью (ОКН), поступают в осенние месяцы года, что объясняется преобладанием ОКН, вызванной фитобезоаром в период созревания плодов (в первую очередь, боярышника), вызывающих данный вид непроходимости.

2. КТ брюшной полости позволяет с высокой точностью определить у больных с ОКН ее причину — фитобезоары.

Консервативная терапия при ОКН, развившейся после ранее перенесенной резекции желудка, оказалась эффективной в 60% наблюдений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гатаулин Н.Г. Послеоперационная спаечная болезнь брюшины.—Уфа, 1978.
2. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лабаури Л.З. Острая кишечная непроходимость, вызванная безоарами // Анн. хир.—2006.—№ 4.—С. 63–65.
3. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь.—М.: Медицина, 1989.—192 с.
4. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Горский В.А. и др. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Хирургия.—2001.—№ 7.—С. 25–29.
5. Маховский В.З., Ворушили В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости // Хирургия.—2005.—№ 7.—С. 54–55.

Поступила в редакцию 04.05.2008 г.

F.B.Alidzhanov, U.R.Zhamilov

STRATEGY OF TREATMENT OF ACUTE INTES-TINAL OBSTRUCTION IN PATIENTS WHO HAD UNDERGONE RESECTION OF THE STOMACH

An analysis of results of examination and treatment of 75 patients with acute intestinal obstruction (AIO) who had undergone resection of the stomach has shown that the presence of a triad (the absence of colonic levels in AIO patients, previous resection of the stomach and the autumn time) has high probability of AIO diagnosis caused by phytobezoar. Sensitivity of a combination of these signs in the group under study was 78.6%, specificity — 55.6%, the overall accuracy — 67.1%. Conservative therapy in this group of patients was effective in 60% of cases; the rest of the patients had to be treated surgically.