

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ФИТОБЕЗОАРОМ

Дмитрий Владимирович Большаков¹, Нияз Закариевич Валиуллин¹, Рамис Рафисович Бурганов^{2,}*

¹*Городская клиническая больница №12, г. Казань,*

²*Казанский государственный медицинский университет*

Реферат

Острая обтурационная кишечная непроходимость, обусловленная безоаром, — редкое заболевание. Частота его колеблется в пределах 0,5–1% случаев механической кишечной непроходимости. Приведено собственное клиническое наблюдение. В приёмный покой поступил больной с жалобами на боли в животе, тошноту, вздутие живота, отсутствие стула. Объективно: живот вздут, при пальпации умеренно напряжён, болезненный в околопупочной области. Назначены очистительные клизмы, динамика положительная. Проба Шварца через 4 и 8 ч после поступления: контраст прослеживается в расширенных петлях тонкой кишки, горизонтальные уровни сохраняются. Установлен диагноз: «Неразрешающаяся острая кишечная непроходимость». Операция: среднесрединная лапаротомия, декомпрессия тонкой кишки по Эбботту-Миллеру, дренирование брюшной полости двумя трубками. Диагноз после операции: «Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость (фитобезоар), серозный перитонит».

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, фитобезоары.

A RARE CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION AS A RESULT OF PHYTOBEZOAR D.V. Bolshakov¹, N.Z. Valiullin¹, R.R. Burganov². ¹*Municipal Clinical Hospital №12, Kazan, Russia,* ²*Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* Intestinal obstruction (ileus) due to bezoar is a rare condition. Its combined prevalence among all cases of intestinal obstruction varies from 0.5 to 1%. An observed case is reported. A patient was admitted at the emergency ward with abdominal pain, nausea, bloating, and constipation. At examination — bloating, abdominal distention, moderate abdominal muscular defense at palpation, paraumbilical tenderness. Colon cleansing was started with a good effect. Gastrointestinal fluoroscopy: at 4 and 8 hours after introduction of barium contrast it is located in the dilated loops of small bowel with persisting air fluid levels. The diagnosis of unresolved intestinal obstruction was set up. The midline laparotomy, small bowel decompression by Abbott-Miller, peritoneal drainage with two tubes were performed. Final diagnosis: «Intestinal obstruction (phytobezoar), non-infected peritonitis». **Keywords:** intestinal obstruction, phytobezoar.

Фитобезоары — конкременты растительного происхождения, образующиеся в желудке в результате проглатывания большого количества пищи растительного происхождения (хурмы, шавеля, дикой груши, кедровых орехов, капуста, зерна и т.п.) [1]. Попадая в желудок, инородное тело (безоар, фитобезоар) под воздействием перистальтики продвигается по ходу желудочно-кишечного тракта и либо выходит естественным путём, либо застревает на определённом участке — в зависимости от величины, формы, массы, количества безоаров, а также анатомо-физиологического состояния органов брюшной полости. Одно из условий самопроизвольной эвакуации инородного тела — отсутствие грубых патологических изменений и функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и других органов брюшной полости [3].

Застреванию инородных тел в желудке способствуют снижение тонуса кишечника, язвенная болезнь, рубцовая деформация пилородуоденального канала. Особенно склонны к застреванию в желудке предметы с преобладанием длины. Инородные тела длиной более 15 см, как правило, задерживаются в желудке, как и конгломераты инородных тел. Часто инородные тела застревают в двенадцатиперстной кишке в связи с её малоподвижностью и наличием *flexura duodenojejunalis*. Возникает настолько плотное

продольное заклинивание инородного тела в нисходящей части двенадцатиперстной кишки, что приходится делать дуоденотомию. Застреванию инородных тел в тонкой кишке способствуют спаечный процесс брюшной полости, грыжи, дивертикул Меккеля и др. [2]. Кроме того, диаметр тонкой кишки уменьшается в дистальном направлении. В ободочной кишке обычными местами застревания инородных тел бывают естественные изгибы, дивертикулы, червеобразный отросток.

Приводим наше наблюдение. Больной Н. 28 лет был доставлен бригадой скорой помощи в приёмное отделение неотложной хирургии 25.07.2012 в 00:30. Предъявлял жалобы на постоянные боли в животе, тошноту, двукратную рвоту, вздутие живота, слабость.

Со слов больного, заболел 22.07.2012, около 14:00 появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал дротаверин (но-шпу), отмечал временное улучшение. 24.07.2012 около 20:00 боли усилились, возникла обильная рвота, в связи с чем вызвал скорую помощь, был доставлен в дежурную хирургическую клинику. Заболевание связывал с употреблением большого количества листьев шавели и 2,5 л пива. В прошлом операций на органах живота и брюшной стенке не было.

Объективные данные. Температура тела 36,6 °С; пульс 88 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный; артериальное давле-

ние 120/80 мм рт.ст; частота дыхательных движений 17 в минуту; рост 176 см, масса тела 60 кг, индекс массы тела 19,37 кг/м². Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Больной пониженного питания. Кожные покровы и склеры физиологической окраски. Язык влажный, умеренно обложен белым налётом. Живот умеренно симметрично вздут, участвует в дыхании. При пальпации умеренно напряжённый, болезненный в околопупочной области. Жёлчный пузырь, печень и селезёнка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Аускультация живота: перистальтика усилена, выявлен «шум плеска».

Ректальное исследование. Сфинктер нормотоничный, ампула прямой кишки со следами каловых масс, кал нормальной окраски. Патологические образования не пальпируются. Геморроидальные узлы не выявлены.

Данные инструментальных исследований от 25.07.2012. На рентгенограмме живота тонкокишечные горизонтальные уровни. При ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «острая кишечная непроходимость».

После клизмы в приёмном отделении отходили газы, был стул, боли уменьшились.

Для проведения пробы Шварца внутрь дана взвесь бария сульфата (150 мл). Поскольку после клизм отмечена положительная динамика, больному было назначено консервативное лечение с динамическим клинорентгенологическим наблюдением. Стол 0. Режим палатный. Динамическое рентгенографическое исследование органов брюшной полости с пробой Шварца на обнаружение чаш Клойбера через каждые 4 ч. Обзорная рентгенография органов брюшной полости: через 4 ч контраст прослеживался в желудке, расширенных петлях тонкой кишки, определялись горизонтальные уровни жидкости; через 8 ч контраст прослеживался в расширенных петлях тонкой кишки, горизонтальные уровни жидкости сохранялись.

Установлен диагноз: «Неразрешающаяся острая кишечная непроходимость».

Предоперационная концепция: острая кишечная непроходимость, неэффективность консервативного лечения, неуточнённая этиология непроходимости; показана лапароскопия для определения оптимальной оперативной тактики.

После предоперационной подготовки в условиях общего обезболивания доступом ниже пупочного кольца открытым способом в брюшную полость введён 10-миллиметровый троакарь, наложен карбоксиперитонеум (10 мм рт.ст.), в брюшную полость введён лапароскоп. Под визуальным контролем в левую подвздошную область введён манипулятор.

При обзорной лапароскопии выявлен сероз-

ный выпот в правом боковом канале и малом тазу объёмом около 150 мл. Червеобразный отросток доступен осмотру, расположен медиально, бледно-голубого цвета, не напряжён, не изменён. Петли тонкой кишки расширены до 4–5 см. Дистальные отделы подвздошной кишки в спавшемся состоянии. Выполнена ревизия подвздошной кишки в восходящем направлении от илеоцекального угла. Спаек нет, инвагинации не выявлено. На протяжении 40 см кишка спавшаяся, далее обтурирована, вышележащие отделы дилатированы. С учётом анамнеза заподозрен фитобезоар. Конверсия.

Среднесрединная лапаротомия. Выпот серозного характера, 150 мл, эвакуирован, взят на бактериальный посев. В 40 см от илеоцекального угла подвздошная кишка на протяжении 30 см обтурирована содержимым плотной эластической консистенции, что и вызывало кишечную непроходимость. Вышележащие отделы тонкой кишки расширены до 5 см секвестрированной жидкостью. Проведена прокакаиновая (новокаиновая) блокада корня брыжейки тонкой кишки (*sol. Novocaini* 0,25% — 100,0). Выполнена фрагментация безоара путём дигитоклазии и низведение его по частям в ободочную кишку. Жидкое кишечное содержимое перемещено в проксимальном направлении и эвакуировано через желудочный зонд. Для декомпрессии кишечника выполнена назоинтестинальная интубация по Эбботту–Миллеру однопросветным зондом. Брюшная полость промыта раствором нитрофураля (фурацилина), осушена, дренирована через отдельные проколы двумя трубками: подпечёночное пространство и малый таз. Выполнена проверка на гемостаз и инородные тела, доступ послойно ушит.

Диагноз после операции: «Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость (фитобезоар), серозный перитонит».

Послеоперационный период протекал без осложнений. Газы начали отходить на 2-й день. По дренажным трубкам из брюшной полости прекратилось поступление отделяемого, трубки удалены на 3-й день. Назоинтестинальный зонд удалён на 4-й день. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 14-й день, больной выписан в удовлетворительном состоянии на 14-й день после операции. Копрограмма выявила наличие большого количества растительной клетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия. — М.: Рипол классик, 2007. — С. 126–127.
2. Бурков С.Г., Арутюнов А.Г., Атабекова Л.А. и др. Ультразвуковая диагностика фитобезоаров желудка. Клиническое наблюдение // *SonoAce-International*. — 2002 — №10. — С. 16–19.
3. Сидоров П.И., Михеева В.В. Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике детского невроза // *Ж. неврол. и психиатр.* — 2000. — №2. — С. 59–60.