

А.И. ЛЫСОВ, Н.Г. ЛУД,
В.К. МАРЧЕНКО

ФИТОБЕЗОАР «ВСТАВКИ» У ПАЦИЕНТКИ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО КАРЦИНОИДА ЖЕЛУДКА

УЗ «Могилевский областной
онкологический диспансер»,
УО «Витебский государственный
медицинский университет»,
Республика Беларусь

Карциноиды относятся к редко встречающимся злокачественным опухолям эпителиального происхождения [3]. Частота их колеблется от 4 до 8,3% опухолей желудочно-кишечного тракта. В желудке встречаются в 2-5% случаев, а по данным аутопсий в 15,6% [2]. Макроскопически карциноид представляет собой полиповидную опухоль, склонную к распространению в подслизистом слое. Характерны инфильтративный рост и агрессивное течение.

Безоары желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относятся к особому роду заболеваний, близким во многих случаях к инородным телам [4]. В некоторых случаях безоары желудка сочетаются с таковыми тонкой кишки. Факторами, способствующими образованию безоаров, являются оперативные вмешательства на желудке, снижение секреторной функции желудка и нарушение эвакуации из него, плохое пережевывание пищи, наличие вязкой слизи и особенности питания [1].

Приводим наше наблюдение.

Больная К., 53 лет, поступила в 1 хирургическое отделение УЗ «МООД» 24 марта 2003 г. с диагнозом: карциноид верхней трети тела желудка.

При поступлении предъявляла жалобы на отрыжку, чувство переполнения в желудке, дискомфорт. При рентгенологическом исследовании желудка на задней стенке в субкардии, ближе к большой кривизне, определяется краевой дефект наполнения около 3 см. Контуры желудка ровные, перистальтика активная, глубокая. Заключение: рак субкардиального отдела желудка. При гастрофиброскопии обнаружен полип в верхней трети тела желудка по большой кривизне неправильной формы, диаметром до 12-17 мм. Гистологическое исследование биоптата опухоли: карциноид желудка. По данным лабораторных методов исследования отклонений от нормы не выявлено. 01.04.2003 г. выполнена чрезбрюшинная экстирпация желудка с еюногастропластикой по Захарову, формированием серозно-мышечного «сфинктера», ЛАЭ D1.

Гистологическое исследование: злокачественный карциноид желудка, рост в пределах слизистого и подслизистого слоев. Метастазов опухоли в лимфоузлах и по краям резекции не выявлено. При контрольном рентгенологическом исследовании на 15-16 сутки через 2, 6, 24 часа: пищеводно-тонкокишечный анастомоз свободно порционно проходим. Складки слизистой во «вставке» грубые, отечные (рис. 1). Через 35 секунд бариевая взвесь через «жом» поступает в ДПК. Последняя также с грубым рельефом складок. Эвакуация по ДПК порционная с интервалом 5-7 секунд. Через 2 часа контрастное вещество фрагментарно заполнило тонкую и толстую кишку до селезеночного угла. Через 6 часов и 24 часа – контрастное вещество в толстой кишке. Заключение: гастроюнопластика, еунит, дуоденит с ускоренной эвакуацией по тонкой кишке.

25.11.2004 г. пациентка поступила в отделение с жалобами на боль в эпигастриальной области, тошноту, периодически рвоту. В беседе с пациенткой установле-

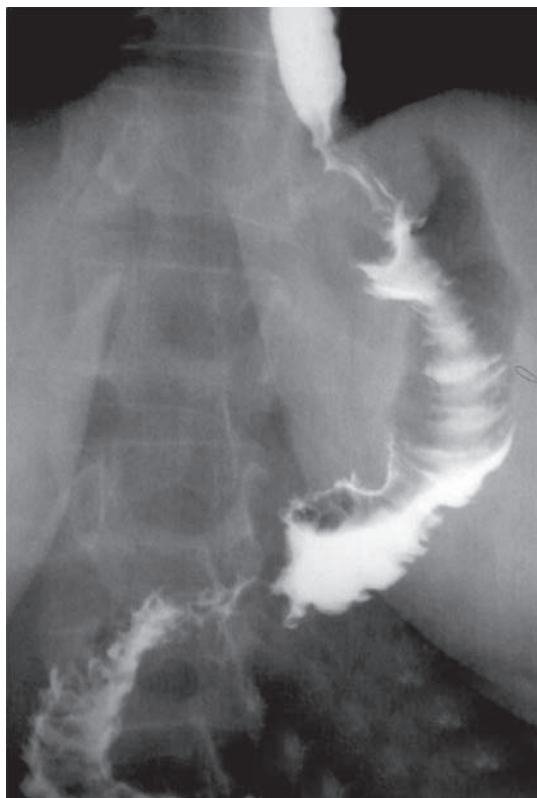


Рис. 1.



Рис. 2.

но, что в пищу употребляла большое количество хурмы.

При рентгенологическом исследовании 26.11.2004 г. - пищевод свободно проходим. Желудок удален, выполнена гастропластика. В трансплантате горизонтальный уровень жидкости, кишка расширена до 7-8 см, содержит слизь. На расстоянии 20 см от пищеводно-кишечного анастомоза дефект наполнения с четким контуром с краевым затеканием контрастного вещества (рис. 2). Эвакуацию получить не удалось. Заключение: высокая тонкокишечная непроходимость.

26.11.2004 г. выполнена срочная операция - лапаротомия, энтеротомия, удаление фитобезоаров. Во время операции установлено, что «вставка» резко расширена, стенки кишки гипертрофированы, на уровне еюно-дуоденоанастомоза инородные тела. Выполнена энтеротомия. В просвете «вставки» обнаружено несколько фитобезоаров размерами 2х2х3 см, кото-



Рис. 3.

Рис.1, 2, 3 - рентгенограммы больной К. после экстирпации желудка с еюногастропластикой

рые удалены. Послеоперационный период без осложнений.

Обследована 16.06.2005г. При рентгенологическом исследовании пищевод проходим, желудок удален. Еюногастропластика по Захарову. Тонкокишечная «вставка» шириной 4 см. Эвакуация из «вставки» в ДПК порционная (рис. 3).

Интерес данного наблюдения обусловлен следующим:

- пациентке с редким злокачественным новообразованием желудка (карциноид) выполнена экстирпация желудка с еюногастропластикой и формированием «серозно-мышечного сфинктера» с хорошим непосредственным результатом;

- образованием фитобезоара во «вставке» (возможно от употребления хурмы) в последующем с развитием острой непрохо-

димости, потребовавшей экстренного хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вусик И.В., Евтушенко В.А., Каракишишева М.Б. *Анналы хирургии.* – 2005. - №1. - С. 74-76.
2. Зайцев В.Ф., Рагузин К.К., Юдина О.А., Жидков С.А., Петрова Н.Г. Сложность диагностики карциноидных опухолей толстого кишечника. В кн. «Материалы 3 съезда онкологов и радиологов СНГ» часть 2. – Минск, 2004. ч. 2. - С. 143.
3. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.И. *Опухоли желудка.* - М. – «Медицина». - 1988. – 255 с.
4. Пономарев А.А., Курыгин А.А. Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. - М. «Медицина». – 1987. - 231с.

Поступила 15.02.2006 г.
