

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МИГРАЦИЕЙ ПИЩЕВОДНОГО СТЕНТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*М.А.Каштальян, С.А.Пастерначенко,
О.С.Герасименко, В.Ю.Шаповалов*

**Военно-медицинский клинический центр Южного региона
Одесса, Украина**

Острая кишечная непроходимость (ОКН) принадлежит к тяжелым заболеваниям органов брюшной полости. Наличие целого ряда причин, которые приводят к возникновению ОКН, разные формы кишечной непроходимости и, как следствие, особенности диагностики и хирургической тактики при каждом виде ОКН диктуют индивидуальный подход к каждому больному с ОКН. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости ОКН составляет 9,4-27,1% [3, 5, 9, 11]. Она отличается сложным течением, высокой летальностью (до 25%) среди больных, оперированных по поводу «острого живота» [1, 3, 7]. Наиболее частыми причинами обтурации тонкой кишки являются опухоли, рубцовые и воспалительные сужения, инородные тела [2, 4, 8, 12].

Мы сочли необходимым представить редкий случай обтурационной тонкокишечной непроходимости, обусловленный миграцией пищевода стента. Описания подобных случаев в доступной литературе мы не встречали. Частота миграции таких стентов, по данным литературы, минимальна и составляет 0-8% [6, 10]. Стенты мигрируют, как правило, на небольшие расстояния [8, 11, 12].

Больной П., 1957 г.р., поступил в ВМКЦ ЮР с жалобами на спастические боли в животе, рвоту, неотхождение кала и газов в течение 2-х дней. Из анамнеза: в 2009 г. прооперирован в институте онкологии г. Киев по поводу рака желудка. Была выполнена гастрэктомия. На 5-6-е сутки у больного развилась несостоятельность эзофагоэноанастомоза. Для ликвидации затеков больному был установлен пищевода стент, не покрытый оболочкой.

На 30-е сутки после операции наступило выздоровление больного. В дальнейшем не обследовался.

Через год (в конце 2010 г.) больной начал периодически отмечать схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся тошнотой, рвотой. Жалобы исчезали после ограничения объема питания. Похудел за год на 25 кг. Обращался в различные лечебные учреждения, но от госпитализации и детального обследования отказывался.

19.12.2011 г. госпитализирован в отделение абдоминальной хирургии ВМКЦ ЮР с вышеперечисленными жалобами. Больной сниженного питания (рост 175 см, вес 52 кг). В легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 100/70 мм рт.ст. Пульс 80 в 1 минуту. Язык влажный. Живот умеренно вздут. При пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется болезненный неподвижный инфильтрат. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяется инородное тело брюшной полости и тонкокишечные уровни (рис. 1).



Рис. 1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости больного П.



Рис. 2. Энтерография больного П.

После очистительной клизмы отошли газы и стул, уменьшились боли в животе, что позволило отсрочить операцию и провести до-

обследование. Выполнено: УЗИ ОБП — выявлены конкременты в желчном пузыре (больного периодически беспокоили боли в правом подреберье); фиброэзофагоскопия — рефлюкс-эзофагит; фиброколоноскопия — субатрофический спастический колит, долихосигма; энтерография (рис. 2).

Установлен диагноз: Неполная обтурационная тонкокишечная непроходимость, вызванная мигрировавшим пищеводным стентом. Состояние после гастрэктомии (2009 г.) по поводу рака желудка. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

22.12.11 г. выполнена лапаротомия. В брюшной полости умеренно выраженный спаечный процесс, печень однородная — опухолевидных образований нет, желчный пузырь увеличен в размерах, содержит конкременты. Петли тонкой кишки спаяны между собой в виде конгломерата, в центре которого прощупывается металлический стент. При разделении спаек между петлями тонкой кишки вскрылся межпетельный абсцесс — выделилось 50 мл сливкообразного гноя без запаха. Стенки абсцесса хрящевидной плотности (частично иссечены, отправлены на гистологическое исследование — метастазов не обнаружено), дефекта стенки тонкой кишки нет. При дальнейшей ревизии найден участок тонкой кишки, на расстоянии 80 см от связки Трейца, с инородным телом (мигрировавшим стентом, переломленным в виде буквы Г, размерами 15*2 см), обтурирующим просвет кишки (рис. 3). Приводящая петля умеренно расширена (до 4 см), стенка ее гипертрофирована (явления неполной обтурационной тонкокишечной непроходимости). Удалить стент через еюнотомический разрез не представляется возможным (стент неподвижен, плотно фиксирован к стенке кишки).

Решено выполнить резекцию участка тонкой кишки с инородным телом. Выполнена резекция участка тонкой кишки со стентом, с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза «бок в бок» (рис. 4).

Симультанно выполнена холецистэктомия. В малый таз установлен дренаж. Брюшная полость послойно ушита. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. На 6-е сутки после операции выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через месяц — поправился на 8 кг, болей в животе нет, стул ежедневно.



Рис. 3. Участок тонкой кишки со стентом. Рис. 4. Резецированная кишка со стентом.

Таким образом, в редких случаях возможна миграция пищеводных стентов на большие расстояния, что может явиться причиной острой кишечной непроходимости.

Литература

1. Бобров О.Е., Киркилевский С.И., Бучнев В.И. и др. Лечение несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза // Таврический медико-биологический вестник. — 2005. — №1. — С.11-13.
2. Бобров О.Е., Киркилевский С.И., Бучнев В.И. и др. Принципы лечения несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2005. — Т. 1 (9). — №5. — С. 18-20.
3. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — №5. — С. 33-39.
4. Ганул В.Л., Киркилевский С.И. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов. — Киев, 2003. — 200 с.
5. Гринев М.В., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Острая кишечная непроходимость как проблема неотложной хирургии // Вестник хирургии — 1992. — №5. — С. 130-138.
6. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. — М., 2007. — 392 с.

7. Кувшинов Ю.П., Поддубный Б.К., Ефимов О.Н. и др. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, №3. — С. 72-78.
8. Курыгин А. А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. — СПб.: Питер, 2001. — 480 с.
9. Плечев В.В., Пашков С.А., Латыпов Р.З. Острая кишечная непроходимость (проблемы, решения). — Уфа: Башбиомед, 2004. — 280 с.
10. Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов. — Волгоград, 2000. — С. 211.
11. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. — М.: АСТ, 2004. — 336 с.
12. Radecke K. Impact of self — expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients // *Gastrointest. Endosc.* — 2005.