

N.V. ZUBOVA, Y.A. SLAVKO, N.B. TUKHANOVA, I.M. SULEIMENOVA
Asfendiyarov Kazakh National medical university

A CLINICAL CASE OF CYSTIC FIBROSIS WITH LIVER DAMAGE

Resume: Cystic fibrosis (CF) is a rare (Orphan) diseases. This is - an inherited disease in which affected all the vital organs and systems, and above all - slime: bronchopulmonary, gastrointestinal, hepatobiliary, pancreas, urogenital tract, which makes it difficult to increase the viscosity of the secrets of their evacuation, and sweat glands. Timely diagnosis of cystic fibrosis is another unresolved health issue. In most cases, the development of patients in early childhood gastrointestinal, respiratory syndromes, diagnosis is late. Often unrecognized timely cystic fibrosis is a "mask" other diseases that demonstrates presented a clinical case of cystic fibrosis with the development of cirrhosis of the liver, which was installed a child under the age of 8 years, while the characteristic clinical symptoms were observed in the first months of life.

Keywords: Cystic Fibrosis, children, liver damage.

М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, А.Б. КУДАЙБЕРГЕН, С.Т. НУРМАГАНБЕТ, Д.Ш. МУРАТОВ
Казакхский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ

УДК 616.34-007.43-007.271

Изучая функциональные и морфологические изменения тонкой кишки при ущемленных грыжах, изменения зависят в первую очередь от степени ущемления кишечных петель, от времени нахождения кишечных петель в грыжевом мешке. Первостепенную очередь в распознавании ущемленных грыж имеет значение рентгенологическое исследование:

А) в ранние сроки, а именно от 1 до 6 часов скопление газа и жидкости в петле, находящейся в грыже.

Б) в поздние сроки, а именно в 6 часов и более, кроме указанных выше наличия газа и жидкости в брюшной полости, появляются симптомы кишечной непроходимости - чаши, располагающиеся вблизи грыжи.

Степень распространенности патоморфологических изменений стенки тонкой кишки зависит от формы компенсации, что позволяет определить адекватный объем оперативного вмешательства.

Ключевые слова: Ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость, тонкая кишка, рентгенологическое исследование

Актуальность: Острая тонкокишечная непроходимость вследствие ущемления петель кишки в грыжевом мешке на протяжении многих лет является одной из актуальных проблем неотложной хирургии. Наиболее частым содержанием грыжевого мешка является петля тонкой кишки (до 85%). В литературе имеются единичные сообщения об эффективности рентгенологического исследования в целях выявления острой кишечной непроходимости, когда, как выяснилось только впоследствии, эта катастрофа возникает в связи с ущемлением грыжи (Э.Ф. Ротермель 1952).

Цель работы: Объективно определить адекватный объем оперативного вмешательства, при ущемленной грыже.

Разнообразие этиологии, многокомпонентность патогенеза, поздняя обращаемость пациентов, трудности диагностики отражаются на результатах лечения. Для улучшения качества и результатов лечения существенное значение имеют морфологические изменения в стенке тонкой кишки. Взаимодействие функциональных и морфологических изменений в стенках тонкой кишки на разных этапах развития определяет важнейшие осложнения этого тяжелого заболевания и смертельные исходы.

Петля кишки, проникая в грыжевой мешок, становится в необычные анатомо-физиологические

условия, подвергается постоянной травматизации и раздражению. При изучении больных с ущемленными грыжами мы отметили скопление газа и жидкости в петле кишки, находящейся в грыжевом мешке. Также мы отметили морфологические изменения в стенке тонкой кишки, зависящие от многих факторов, в динамике.

При первом рентгенологическом исследовании, в ранние часы с момента ущемления, в области грыжи мы находили раздутую газом петлю тонкой кишки (2-3 часа). Иногда, кроме газа, в кишке, находящейся в грыже, наблюдается наличие жидкости. Дальнейшее исследование показывает, что количество жидкости увеличивается, а газа становится как будто меньше. Сравнительно ранним признаком тонкокишечной непроходимости является изолированное вздутие тонкой кишки без уровня жидкости (симптом "изолированной петли"). В вертикальной позиции пациента дугообразно изогнутая раздутая газом петля тонкой кишки имеет вид арки. Затем появляются уровни жидкости, которые вначале имеют вид буквы "J" с газовым пузырем над двумя уровнями жидкости, расположенными на разной высоте. Иногда можно видеть переливание жидкости из одной петли в другую. По мере накопления жидкости оба уровня соединяются, вследствие чего образуется картина перевернутой чаши (чаша Клойбера).

При рентгенологическом исследовании в поздние сроки (6 и более часов) в области грыжи газ не определяется, однородная тень обусловлена жидкостью. При нарастании непроходимости с увеличением количества жидкости арки могут превращаться в чаши, а при уменьшении количества жидкости возникает обратная картина - чаши превращаются в арки. Для тонкокишечной непроходимости характерно наличие множественных чаш в центре брюшной полости, где расположены петли тонкой кишки. С прогрессированием непроходимости ширина уровней жидкости увеличивается, а высота воздушного столба снижается. Характерен симптом растянутой пружины: непрерывные на всем протяжении кишки утолщенные керкринговые складки (Алиев М.А., Шальков Ю.Л. 1996г.).

В своей работе Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., Негребов М.Г., Александров Л.В., Ба М.Р., Андрейчиков А.А. (2015г.) отмечают следующие функциональные и морфологические изменения: **Компенсированная форма:** отсутствие отделяемого по назогастральному зонду, на обзорной рентгенограмме брюшной полости пневматизация тонкой кишки с единичными уровнями в ней, при УЗИ дилатация тонкой кишки, в просвете газ или незначительное количество жидкости, толщина кишечной стенки до 4 мм, моторно-эвакуаторная функция снижена.

Субкомпенсированная форма: наличие отделяемого по назогастральному зонду, множественные уровни жидкости и газа в тонкой кишке на обзорной рентгенограмме брюшной полости, при УЗИ дилатация тонкой кишки, в просвете газ и жидкость, толщина стенки 4-7 мм, моторно-эвакуаторная функция снижена.

Декомпенсированная форма: наличие отделяемого по назогастральному зонду, множественные тонкокишечные уровни с локализацией арок во всех отделах брюшной полости, при УЗИ резкая дилатация тонкой кишки, жидкость и газ во всех проксимальных отделах тонкой кишки, толщина ее стенки более 7 мм, моторно-эвакуаторная функция отсутствует.

Морфологические изменения:

При компенсированной форме в проксимальном направлении на расстоянии 10 см от видимой границы некроза целостность всех слоев тонкой кишки не нарушена. Отмечается незначительный отек слизистой оболочки. Сосуды подслизистой основы спавшиеся. На расстоянии 15 и 20 см микроскопических изменений не выявлено. В дистальном направлении на расстоянии 5 см от видимой границы некроза отмечается умеренный отек слизистой оболочки, целостность слоев не нарушена. Сосуды спавшиеся. На расстоянии 10 и 15 см от видимой границы некроза микроскопических изменений не выявлено.

При **субкомпенсированной форме** в проксимальном отделе на расстоянии 10 см от видимой границы некроза обширные кровоизлияния выявляются во всех оболочках стенок кишки. Однослойный цилиндрический эпителий местами отделен от крипт. На протяжении 20 и 25 см во всех наблюдениях не отмечено изменений стенки тонкой кишки. В дистальном направлении на расстоянии 10 см от границ видимого некроза отек слизистой оболочки. Однослойный цилиндрический каемчатый эпителий без признаков деструкции. На расстоянии 15 и 20 см от видимой границы некроза изменений стенки кишки во всех наблюдениях не выявлено.

Наиболее выраженные изменения отмечены при **декомпенсированной форме**.

В проксимальном направлении на расстоянии на расстоянии 10 см от видимой границы некроза также отмечается выраженный отек всех слоев кишечной стенки с геморрагическим пропитыванием. Каемчатый эпителий слизистой оболочки деформирован, местами оторван от крипт. На расстоянии 30 и 35 см во всех наблюдениях микроскопических изменений не выявлено. В дистальном направлении на расстоянии на расстоянии 10 см от видимой границы некроза выявляется выраженный отек всех слоев стенки тонкой кишки. Цилиндрический эпителий слизистой оболочки сохранен. На расстоянии 20 см и 25 см микроскопические изменения не выявлены.

При исследовании больных с ущемленными грыжами вскоре после ущемления наблюдается чаще газ в петле кишки, опустившийся в грыжу, жидкость в это время бывает реже. В дальнейшем нарастает количество жидкости. Как видно, скопившиеся в петле кишки, находящиеся в грыже газ и жидкость имеют определенное значение в образовании ущемления. Определенный интерес представляет рентгенологическая картина брюшной полости в случае длительного существования ущемления. Через 8-10 часов с момента ущемления, отмечается увеличение количества газов за счет появления небольших газовых пузырей в тонкой кишке вблизи грыжи. Далее эта картина становится более четкой, т.е. через 12-24 часа контрастировали уже типичную картину непроходимости тонкой кишки. Если в случае явного ущемления грыжи этот момент является показателем тяжести состояния больного, то в случаях небольших грыж, когда имеется небольшое выпячивание не привлекающее внимание исследователя, этот факт - наличие рентгенологических симптомов непроходимости приобретает особое значение. Как мы отметили выше, появившийся симптом чаш локализуется, в первую очередь, вблизи ущемившейся грыжи. Так как довольно часто больные с грыжами поступают в поздние сроки после ущемления, когда газ в кишке, находящейся в грыже, уже не определяется, может создаваться затруднительное положение в разрешении вопроса о характере заболевания, следовательно и выборе лечебных мероприятий. В подобных неясных случаях рентгенологическое исследование также может оказать врачу существенную помощь, направив его мысль по правильному руслу. Сравнительный анализ рентгенологических данных у больных с вправимыми и ущемленными грыжами дает основание для утверждения, что скопление газа и жидкости является признаками ущемления.

О причинах возникновения и характере газа в тонкой кишке имеется ряд работ (Алиев М.А., Шальков Ю.Л. 1996г.; Власов П., М Шипуло 2005г.; Либерман И.М. 1955г., Жуловчинов М.У. 1991г.; Петров В.И. 1964г.), в которых авторы различно освещают этот вопрос. В основном имеющиеся сообщения можно объединить в следующие группы:

- Газ как продукт расщепления пищи находится в кишке в результате нарушения абсорбции;
- Газ проникает в кишку в результате заглатывания воздуха;
- Газ диффундирует из сосудов вследствие застоя крови в измененной петле кишки.

Окраска жидкости варьировала в зависимости от большего или меньшего содержания форменных элементов крови. В процессе исследования было установлено также, чем длительнее срок от момента операции и появления признаков ущемления, тем определеннее жидкость имела окраску, приближающуюся к обычному цвету крови. Таким образом, установлено, что эта жидкость является трансудатом. А.П. Крымов (1950), касаясь жидкости, скопившейся в грыжевом мешке, пишет: “ В начале ущемления – светлая серозная жидкость – застойный трансудат; как показали работы последнего времени, он обладает бактерицидными свойствами. В дальнейшем наступает розовое окрашивание в связи с накоплением форменных элементов”.

Нарушение двигательной функции кишки, явление застоя в кровеносных сосудах возникающие в результате сдавления – все это, правильной объяснить повреждением нервных стволов, как это убедительно показано в работах И.И. Колесниченко(1953г), А.С. Альтшуля (1961г) и др. Уже при небольших степенях сдавления страдают двигательные волокна нервов, которые по исследованиям А.С. Альтшуля (1961г), имеют свои окончания не только в мышце, но и в кровеносных сосудах и ауэрбаховском сплетении. В результате повреждения нервных аппаратов происходит нарушение циркуляции крови, повышение порозности стенки сосудов, что ведет к выхождению газа и жидкости в просвет кишки. Газ, который находили при рентгенологическом исследовании больных возник в результате глубоких изменений в петле кишки, отнюдь не являясь результатом заглатывания или каких-либо химических процессов в кишке.

Наблюдающиеся патологические изменения тонкой кишки обуславливаются нарушениями рецепторных аппаратов кишки, которые вызваны новыми необычными анатомо-физиологическими соотношениями, в которые ставится кишка при грыжах. Рентгенологическим исследованием тонкой кишки при грыжах выявлены следующие изменения:

А) нарушение тонуса (чередование атонических и спазмированных петель).

Б) нарушение двигательной функции - замедление продвижения бария (8-10-12 часов), длительная задержка его в петлях кишки вблизи грыжи в петле, находящейся в грыжевом мешке (5-8 ч).

В) морфологические изменения – перестройка складок слизистой оболочки, их утолщение.

Выводы: Изучая функциональные и морфологические изменения тонкой кишки при ущемленных грыжах, изменения зависят в первую очередь от степени ущемления кишечных петель, от времени нахождения кишечных петель в грыжевом мешке. Первостепенную очередь в распознавании ущемленных грыж имеет значение рентгенологическое исследование:

А) в ранние сроки, а именно от 1 до 6 часов скопление газа и жидкости в петле, находящейся в грыже.

Б) в поздние сроки, а именно в 6 часов и более, кроме указанных выше наличия газа и жидкости в брюшной полости, появляются симптомы кишечной непроходимости - чаши, располагающиеся вблизи грыжи.

Степень распространенности патоморфологических изменений стенки тонкой кишки зависит от формы компенсации, что позволяет определить адекватный объем оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Э.Ф. Ротермель. Рентгенодиагностика острой кишечной непроходимости: диагностика «острого живота». – М.: 1952. –261 с.
- 2 Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости - Алматы: Білім, 1996. – 218 с.
- 3 Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., Негребов М.Г., Александров Л.В., Ба М.Р., Андрейчиков А.А. Морфологические изменения тонкой кишки при острой странгуляционной тонкокишечной механической непроходимости // Клиническая медицина. – 2015. - №4. – С. 56-61.
- 4 Власов П., Шипуло М. Острый живот. Лучевые методы исследования: конспект врача // Медицинская газета. - 2005. - №96. - С.15.
- 5 Либерман И.М. Рентгенологическое изучение тонкой кишки при грыжах. – М.: 1955. – 80 с.
- 6 Жуловчинов М.У. Оптимизация хирургической тактики при ущемленных грыжах у больных старшей возрастной группы. - Алма-Ата: 1991. – 125 с.
- 7 Петров В.И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. – М.: 1964. - 232 с.
- 8 А.П. Крымов. Брюшные грыжи: Краткое руководство для врачей и студентов. - Киев: Госмедиздат УССР, 1950. – 74 с.
- 9 А.С. Альтшуля. Механическая непроходимость кишечника. – М.: 1961. - 157 с.
- 10 Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. - СПб.: Питер, 1996. – 286 с.
- 11 Сапин М.Р., Милуков В.Е. Изменения сосудистых и тканевых структур в стенках тонкой кишки при моделировании острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости в эксперименте // Морфологические ведомости. – 2002. - №1. – С. 98-100.
- 12 Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery // World J. Emerg. Surg. – 2011. - №6. – P. 48-54.
- 13 Czechowski J. Conventional radiography and ultrasonography in the diagnosis of small-bowel obstruction and strangulation Acta Radiol. – 1996. - №167(6). - 1451 p.

М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, А.Б. КҰДАЙБЕРГЕН, С.Т. НҰРМАҒАНБЕТ, Д.Ш. МУРАТОВ
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ хирургия №3 жүрек-қан тамыр хирургия курсымен

ЖАРЫҚ ҚЫСЫЛҒАН КЕЗІНДЕ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖӘНЕ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

Түйін: Жарық қысылған кезінде жіңішке ішектің функционалды және морфологиялық өзгерістерін зерттеген кезде, өзгерістер біріншіден ішек ілмектерінің қысылу дәрежесіне және жарық қапшығының ішінде болу уақытына байланысты.

Қысылған жарықты анықтауда рентгенологиялық зерттеудің маңызы зор:

А) ерте кезеңде, яғни 1 – 6 сағаттарда жарық қапшығында орналасқан ішек ілмектерінде газ және сұйықтық жиналады.

Б) кеш кезеңде, яғни , 6 сағат және одан көп, жоғарда айтылған іш қуысында газ және сұйықтық жиналудан басқа ішек өтімсіздік симптомдары жарық орналасқан аймағында пайда болады.

Жіңішке ішектің қабырғасының патоморфологиялық өзгерістердің жайылу дәрежесі компенсация формасына байланысты, ол операциялық араласудың адекватты көлемін анықтауда маңызы бар.

Түйінді сөздер: Қысылған жарық, жедел ішек өтімсіздігі, жіңішке ішек, рентгенологиялық зерттеу

M.U. ZHULOVCHINOV, A.B. KUDAIBERGEN, S.T. NURMAGANBET, D.S. MURATOV
Asfendiyarov KazNMU department of surgery №3 with course of cardiovascular surgery

MORPHOLOGICAL CHANGES OF A SMALL INTESTINE AT THE RESTRAINED HERNIAS

Resume: Morphological changes of a small intestine at the restrained hernias, changes depend first of all on extent of infringement of intestinal loops, on the time spent of intestinal loops in a hernial bag,

Paramount place in the recognition of strangulated hernia matters X-ray:

А) In the early stages, namely, from 1 to 6 hours accumulation of gas and liquid in the loop is in hernia.

В) In later periods, namely 6 hours or more, in addition to the above there is gas and fluid in the abdominal cavity, the symptoms of bowel obstruction – a bowl, located near the hernia.

The prevalence of pathological changes in the small intestine wall depends on the forms of payment that allows you to define an adequate volume of surgical intervention.

Keywords: Restrained hernias, acute intestinal obstruction, small intestine, X-ray

Н.Х. МУСАБАЕВ, Е.М. ИМАНТАЕВ, М.М. АЛТАЙ, А.Е. ӘДІЛОВА, Т.К. КУРМАНБЕКОВ
А.Б. МУСЛИМОВА, Ғ.А. НАУРЫЗБАЙ, А.Қ. НҮСПАҚЫНОВ

*Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
 кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии*

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

УДК 617-89.844

Рубцовые стриктуры пищевода образуются у 70-80% больных, перенесших его химический ожог (Ванцян Э. Н., Тоцаков Р. А., 1971; Черноусов А.Ф., 1999). Среди методов лечения рубцовых стриктур пищевода наиболее распространенными являются различные способы дилатации и бужирования (Бакиров А.А., 2001; Мирошников Б.М., Федотов Л.Е., Павелец К.В., 1995; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Stiff G. et al., 1996). Эффективность бужирования, по сведениям этих авторов (Katzka D.A., 2001; Годжелло Э.А., 1998; Jackson C, Jackson C.W., 1943) составляет 70-96%. Другие авторы приводят данные о 26-57% эффективного бужирования (Авилова О.М., Багиров М.М., 1983; Кролевец П.П. с соавт., 1983; Петровский Б.В. с соавт., 1985; Черноусов А.Ф. с соавт., 1986). При неэффективности бужирования рубцовой стриктуры пищевода показана пластика пищевода. Объем эзофагопластики определяется протяженностью рубцового поражения пищевода. Так, у лиц с распространенными стриктурами выполняется тотальная пластика пищевода. При необходимости накладывается гастростома. При сужении нижнего отдела пищевода и кардии (сегментарная стриктура) производится частичная пластика пищевода – резекция пораженного участка с замещением его трансплантатом. Допустимо формирование обходного пищеводно-желудочного анастомоза. Целью исследования является рассмотрение наиболее эффективных методов консервативного и оперативного лечения рубцовых стриктур пищевода.

Ключевые слова: бужирование, гастростома, пластика пищевода

Актуальность. Дальнейшее совершенствование оперативного лечения больных с рубцовыми диагностиками, тактики консервативного и стриктурами пищевода является важной и