

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНОЇ ПСЕВДОПУХЛИНИ ШЛУНКА

Ф. Г. Кулачек, С. С. Теплицький, С. Л. Левітес
Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ф. Г. Кулачек)
Буковинської медичної академії, м. Чернівці

Неспецифічну запальну псевдопухлину називають «несправжньою пухлиною» [3]. Кожному хірургу доводиться диференціювати злоякісну пухлину від хронічного запалення, особливо на фоні гострого хірургічного захворювання, ускладненого перитонітом. У таких сумнівних невідкладних ситуаціях часу для остаточного встановлення діагнозу небагато, а спостереження перебігу захворювання в динаміці надто ризиковане.

Утворення запальної псевдопухлини в організмі зумовлене наявністю стороннього тіла, яке є екзогенним подразником і спричинює виникнення реактивного запалення в тканинах. Це ехінокок, цистіцерк, променеві гриби; специфічні мікроорганізми (збудники прокази, туберкульозу, сифілісу); хімічні та біологічні речовини, які застосовують з лікувальною метою (парафін, вазелін, хінін, молоко, кров, тальк), марлева серветка, риб'яча та м'ясна кістка, шматки деревини, хвойні та марлеві голки, шовкова нитка, алопластичний матеріал [2].

Існують також ендогенні подразники: гематома, кальозна виразка шлунка, яка пенетрує в суміжні органи або черевну стінку, рак шлунка або кишечника з ознаками хронічного запалення, некротизовані тканини. Отже, запальну псевдопухлину вважають місцевим ураженням, зумовленим впливом локальних механізмів (реакція на стороннє тіло – лігатуру, тампон), або вираженою загальною реакцією організму (при виникненні ураження за типом колагенозу). Тактика хірургічного лікування запальної псевдопухлини шлунка не визначена. Деякі хірурги вважають, що лікування повинно бути тільки оперативним [1]. Обсяг втручання – від розсічення та вирізання «пухлини» до резекції шлунка, гастректомії, комбінованої операції з резекцією або видаленням суміжних органів. Наводимо спостереження.

Хворий Ж., 43 років, госпіталізований в клініку 14.10.98 об 11.50 з скаргами на загальну слабкість, постійний біль в надчеревній ділянці, який поширювався по правому і лівому бічним каналам, втрату апетиту. О 7 год вперше виник інтенсивний біль в надчеревній ділянці, який поступово посилювався. Місяць тому хворого лікували в терапевтичному відділенні з приводу змішаного декомпенсованого цирозу печінки, спленомегалії, портальної гіпертензії. Проведена патогенетична і соматична терапія. Виписаний в задовільному стані.

Язик вологий, обкладений білим на шаруванням. Живіт правильної форми, обмежено бере участь в диханні, під час пальпації напружений, значно болючий в надчеревній та обох бічних ділянках. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Під час перкусії виявлений глухий звук над печінкою. Аналіз крові: Нб 130 г/л, л. $13,4 \times 10^9$ в 1 л. Проведена гастродуоденофіброскопія (ГДФС): по-

Література

1. Березницький Я. С., Рубан В. М., Спивак С. П. Воспалительные псевдоопухли органов брюшной полости псевдоопухли слепой кишки // Там же. – 1985. – № 2. – С. 30–32.
3. Матяшин И. М., Дикштейн Е. А., Яремчук А. Я., Бал-

верхневий гастрит. При ультразвуковому дослідженні: цироз печінки, спленомегалія, хронічний холецистит.

Встановлений діагноз: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), перитоніт.

У невідкладному порядку, після проведення передопераційної підготовки виконана операція. В черевній порожнині містилося 600 мл ексудату солом'яно-жовтого забарвлення. Петлі тонкої кишки помірно гіперемовані. Печінка зрошена з передньою стінкою шлунка. Під час роз'єднання зрошень виявлений гнояк, що містив 50 мл гною з фібрином. В субкардіальному відділі шлунка по малій кривині визначається дефект серозної оболонки розмірами 2,5 × 2 см, у вигляді кратеру, вкритого фібрином. Вся передня стінка шлунка значно інфільтрована. ДПК і воротар в старих спайках, утворених жовчним міхуром і печінкою. Підшлункова залоза горбиста, щільно зрошена з задньою стінкою шлунка. В ділянці дефекту серозної оболонки здійснено біопсію, дефект прикритий пасмом великого сальника, яке фіксоване до краю кратера за типом операції Ошеля – Полікаріова. Діагноз після операції: виразка–рак субкардіального відділу шлунка, ускладнена прикритою перфорацією, підпечінковий абсцес, дифузний серозний перитоніт. Висновок гістологічного дослідження: фіброзна тканина з лейкоцитарною інфільтрацією і ділянками некрозу.

Після виконання операції проведена протизапальна та десенсибілізуюча терапія. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

Рентгеноскопія шлунка. Стравохід вільно прохідний, його контури рівні. Шлунок каскадної форми з перегином у субкардіальному відділі назад, натщесерце містить слиз, складки слизової оболонки значно стовщені, звивисті. При тугому заповненні контури шлунка рівні, перистальтика глибока, евакуація контрастної речовини вільна. Ампула ДПК швидко випорожнюється, ніша не знайдена. При трахеоскопії грижа діафрагми не визначається. Висновок: каскадний шлунок, гастродуоденіт.

ГДФС. Стравохід прохідний. В шлунку натщесерце міститься багато слизу. Складки слизової оболонки звивисті, еластичні, гіперемовані, набряклі. Воротар прохідний. Слизова оболонка ДПК вогнищево гіперемована. Висновок: гастрит, дуоденіт.

Отже правильний діагноз запальної псевдопухлини шлунка встановлений тільки після оцінки стану органів черевної порожнини під час виконання оперативного втручання за невідкладними показаннями, отримання даних гістологічного, рентгенологічного, ендоскопічного дослідження і ретроспективного аналізу клінічних даних. Запальна псевдопухлина шлунка проявилася ознаками «гострого живота» та дифузного перитоніту.

// Клин. хірургія. – 1992. – № 5. – С. 76–78.

2. Лохвицкий С. В., Баширов А. В. Воспалительные

тайтис Ю. В. Воспалительные псевдоопухли пищеварительного тракта и передней брюшной стенки. – К.: Здоровья, 1980. – 126 с.