

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬКолоцей В.Н.¹, Страпко В.П.^{1,2}, Якимович Д.Ф.²¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», Гродно, Беларусь

Описывается случай желчнокаменной кишечной непроходимости, когда конкремент обтурировал просвет тощей кишки, вызвав ее некроз. Отсутствовали классические проявления кишечной непроходимости, диагноз был установлен во время оперативного вмешательства. Пациентка была оперирована, выполнена резекция тощей кишки вместе с конкрементом, наложен межкишечный анастомоз.

Ключевые слова: желчнокаменная кишечная непроходимость, энтеролитотомия, резекция тонкой кишки.

Желчнокаменная кишечная непроходимость встречается достаточно редко и составляет 0,3–2,1% от всех случаев острой кишечной непроходимости [4]. В русскоязычной литературе более чем за 100 лет (1883-1993 гг.) было описано около 750 наблюдений билиарной кишечной непроходимости [1]. Однако в последние десятилетия отмечается резкий рост заболеваемости желчнокаменной болезнью, что также проявляется увеличением количества возникающих осложнений. Желчнокаменная кишечная непроходимость возникает вследствие холелитиаза, осложненного образованием внутреннего билиодигестивного свища. Как правило, внутренний свищ образуется между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Причиной образования такого свища является длительное многолетнее нахождение крупного конкремента в желчном пузыре. Вследствие возникающего воспалительного процесса стенка желчного пузыря спаивается со стенкой двенадцатиперстной кишки. Постепенно образуется пролежень и возникает пузырно-дуоденальный свищ, через который конкремент мигрирует в желудочно-кишечный тракт. Миграция крупного конкремента может приводить к обтурации тощей и подвздошной кишки, что приводит к развитию желчнокаменной кишечной непроходимости. В большинстве случаев обтурирующий камень располагается на расстоянии 1-1,5 метра от связки Трейтца [3].

Билиарный илеус не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических симптомов, что в большинстве случаев обуславливает позднюю диагностику и запоздалую операцию. Учитывая, что данное заболевание встречается в основном в старческом возрасте, значимость своевременного и точного диагноза еще более возрастает. В связи с этим огромную роль играет тщательно собранный анамнез, данные ультразвуковой и рентгенологической диагностики, лапароскопия [2].

Как правило, операцией выбора при желчнокаменной кишечной непроходимости является энтеролитотомия. Конкремент по возможности смещают проксимальнее для того, чтобы произвести вскрытие просвета кишки на менее измененном участке. После извлечения конкремента тонкая кишка ушивается двухрядным швом. Однако иногда при желчнокаменной кишечной непроходимости может наступать некроз кишки в зоне ущемления конкремента.

Ниже приводим наше наблюдение

Пациентка К., 77 лет (история болезни 11219), пенсионерка, была доставлена в приемный покой УЗ «ГКБ СМП» машиной «скорой помощи» 18.08.2013 г. в 1015 с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, сухость и горечь во рту. Заболела остро 14.08.2013 г. В анамнезе указаны хронический гастрит, язва желудка, сахарный диабет, кокартроз слева. Стула не было 3 дня. Не мочилась в течение последних суток. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения.

В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс 102 в минуту, ритм правильный. АД 130/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации он мягкий, болезненный во всех отделах, больше в правой половине. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Температура тела 37,0°C. Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости и почек: визуализация затруднена из-за пневматоза кишечника. Желчный пузырь 45x22 мм, сокращен, есть конкременты до 5 мм. Поджелудочная железа: контур ровный, четкий, размеры не увеличены, структура однородная. Селезенка и почки без особенностей. ФГДС: эрозивный рефлюкс-эзофагит. Рефлюкс-гастрит. Дуоденит. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости чаш Клойбера и других патологических изменений не выявлено. В общем анализе крови отмечается выраженный лейкоцитоз (22,9x10⁹/л) со сдвигом формулы влево (палочкоядерных 8%, сегментоядерных 81%), а также сгущение крови (эритроциты 5,2x10¹²/л, гемоглобин 164 г/л, гематокрит 0,49). В биохимическом анализе крови: мочевина 15,4 ммоль/л, креатинин 233 мкмоль/л, билирубин общий 12,4 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза 36 Ед/л, аланинаминотрансфераза 38 Ед/л, амилаза 28 Ед/л.

Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: ИБС: ССН ФК II. Диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. АГ 2 ст. Риск 4. НПА. Хронический пиелонефрит. Хроническая почечная недостаточность II ст. Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом: «Острая сосудистая недостаточность сосудов кишечника».

Пациентке было назначено консервативное лечение: аспирация желудочного содержимого, очистительная клизма, метронидазол 0,5% - 100,0 в/в 3 раза в сутки, ципрофлоксацин 0,2% - в/в 250,0 2 раза в сутки, инфузионная терапия в объеме 3000 мл, фуросемид, коргликон. Состояние пациентки несколько улучшилось, но в связи с неясностью диагноза и для исключения острой хирургической патологии ей была предложена диагностическая лапароскопия. 18.08.2013 г. 1715–1920: произведена диагностическая лапароскопия. При ревизии: в малом тазу и по боковым каналам умеренное количество соломенно-желтого выпота, червеобразный отросток не изменен. В подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс. При ревизии тонкого кишечника ближе к связке Трейтца в 2-х местах участки багрово-синюшного цвета. Выполнена срединная лапаротомия. Установлено, что начальный отдел тощей кишки на протяжении 1 метра раздут, а в его просвете имеется препятствие округлой формы 4x4x3 см, каменной плотности, подвижное, здесь же визуализируются 2 участка стенки тощей кишки багрово-синюшного цвета с наложе-

ниями фибрина. Кишка на этом уровне признана нежизнеспособной. Произведена резекция тощей кишки вместе с конкрементом в пределах на 30 см выше и 15 см ниже участков некроза с наложением анастомоза «конец в конец». В подпеченочном пространстве спаечный процесс, 12-перстная кишка подтянута к желчному пузырю и вовлечена в спаечный процесс. Стенка желчного пузыря без видимых признаков воспаления. Вмешательство на желчном пузыре не проводилось. Брюшная полость промыта, осушена. В корень брыжейки введен новокаин 0,5% - 100 мл и прозерин 2,0. Дренаж в малый таз. Брюшная полость послойно ушита. Иод. Асептическая повязка. Патоморфологическое исследование участка резецированной кишки: выраженное полнокровие, отек стенки и атрофия слизистой тонкой кишки в зоне нахождения конкремента, в прилегающих участках кишки – очаговые некрозы стенки, фибринозно-гнойный перитонит. В операционных краях – полнокровие сосудов подслизистой основы.

В течение двух суток после операции пациентка находилась в отделении реанимации, после чего была переведена в хирургическое отделение. Получала лечение: инфузионная терапия, обезболивающие, антибиотики, антикоагулянты, H₂-гистаминоблокаторы, стимуляторы перистальтики. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. На 12-е сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Диагностика желчнокаменной кишечной непроходимости представляется весьма сложной. Правильный диагноз до операции установить, как правило, не удается. Применяемые традиционные методы диагностики (рентгенографическое исследование, УЗИ, ФГДС, лабораторные методы исследования) не позволяют получить убедительных данных о природе заболевания. В большинстве случаев выставляется иной предварительный диагноз, но благодаря правильно выбранной активной тактике удается избежать потери времени от поступления в стационар до начала операции. Истинный же диагноз устанавливался только во время оперативного вмешательства. Вопрос о выполнении одномоментной радикальной операции по ликвидации кишечной непроходимости и разобщению билиодиге-

стивного свища решается в индивидуальном порядке по строгим показаниям. Такая операция допустима, если она производится высококвалифицированным хирургом, владеющим техникой операций на желчных путях, при условии своевременной диагностики заболевания, удовлетворительного состояния пациента, должной предоперационной подготовки, адекватного анестезиологического пособия, при умении оперирующего хирурга правильно оценить ситуацию в гепатобилиарной зоне. Повторные наблюдения желчнокаменной кишечной непроходимости относятся к казуистическим случаям. Данные литературы говорят о том, что причиной рецидивов является неполноценная ревизия кишечника во время первичной операции с оставлением конкрементов в его просвете. В связи с этим опасность развития повторной желчнокаменной кишечной непроходимости также не может служить основанием для выполнения одномоментной операции, представляющей большой риск для жизни пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в тяжелом состоянии. Кроме того, всегда необходимо учитывать возможность развития холангита при функционирующем билиодигестивном свище. При отсутствии соответствующих условий операцией выбора при желчнокаменной кишечной непроходимости должна являться энтеролитотомия, а в случае развития некроза в зоне ущемления – резекция тонкой кишки вместе с конкрементом [3]. В связи с этим simultaneous операции целесообразно проводить в исключительных случаях – при развитии деструктивного холецистита, перфорации желчного пузыря, механической желтухи, гнойного холангита, возникновении некроза или перфорации стенки двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, улучшение результатов лечения желчнокаменной кишечной непроходимости может быть достигнуто за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов объективного и инструментального исследования, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства. Основной профилактикой данного заболевания будет своевременное выявление пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, с проведением плановой хирургической санации.

Литература

1. Бохан, К.Л. Желчнокаменная кишечная непроходимость / К.Л. Бохан // Вестник хирургии. – 1996. – № 4. – С. 110-112.
2. Добровольский, С.Р. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость / С.Р. Добровольский, М.П. Иванов, И.В. Нагай // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51-55.
3. Кургузов, О.П. Желчнокаменная кишечная непроходимость / О.П. Кургузов // Хирургия. – 2007. – № 6. – С. 13-19.
4. Особенности течения, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости / М.Д. Дибиров и др. // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 13-19.

Literatura

1. Bohan, K.L. Zhelchnokamennaja kishhechnaja neprohodimost' / K.L. Bohan // Vestnik hirurgii. – 1996. – № 4. – S. 110-112.
2. Dobvol'skij, S.R. Zhelchnokamennaja obturatsionnaja kishhechnaja neprohodimost' / S.R. Dobvol'skij, M.P. Ivanov, I.V. Nagaj // Hirurgija. – 2004. – № 3. – S. 51-55.
3. Kurguzov, O.P. Zhelchnokamennaja kishhechnaja neprohodimost' / O.P. Kurguzov // Hirurgija. – 2007. – № 6. – S. 13-19.
4. Osobennosti techenija, diagnostiki i lechenija zhelchnokamennoj kishhečnoj neprohodimosti / M.D. Dibirov i dr. // Hirurgija. – 2007. – № 5. – S. 13-19.

CHOLELITHIC INTESTINAL OBSTRUCTION

Kalotsei V.N.¹, Strapko V.P.^{1,2}, Yakimovich D.F.²

¹-Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²-Health Care Institution «Grodno City Emergency Hospital», Grodno, Belarus

A case of cholelithic intestinal obstruction with wall necrosis caused by blocked lumen of the small intestine due to calculus is analyzed. Typical clinical symptoms of intestinal obstruction are absent. The diagnosis was established during surgical intervention. The patient underwent surgery including resection of the small intestine together with the gallstone. Enteroenteroanastomosis was performed.

Key words: cholelithic intestinal obstruction, enterolithotomy, resection of small intestine.