

УДК 616.34-007.272

Кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем. Особенности диагностики и лечения

**З.А. Тер-Аветикян, В.В. Саарян, С.Г. Агабекян,
С.С. Шахбазян**

*ЕГМУ им. М.Гераци, кафедра общей хирургии
0025, Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: кишечная непроходимость, желчный камень, билиодигестивный свищ

Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная желчными камнями (желчнокишечная непроходимость (ЖКН), или «билиарный илеус»), относится к редким осложнениям желчнокаменной болезни (ЖКБ) и составляет от 0,5 до 4% всех наблюдений острой непроходимости тонкой кишки. В результате повторных приступов холецистита развивается массивный спаечный процесс в подпеченочном пространстве, что приводит к плотному сращению желчного пузыря со стенками двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок с последующим образованием, вследствие пролежней, так называемых «билиодигестивных» свищей между желчным пузырем и каким-либо отделом желудочно-кишечного тракта [2, 4]. При этом в кишечник из желчного пузыря попадают крупные желчные камни. Чаще образуются холецистодуоденальные свищи (44-68%), реже – холецистоободочные (4%). Холецистотонкокишечные свищи занимают промежуточное положение по частоте образования.

Наиболее часто ЖКН страдают пациенты пожилого и старческого возраста, в основном женщины (соотношение 1/3). К характерным анамнестическим признакам этой патологии можно отнести длительное течение болезни, частые приступы острого холецистита, наличие крупных конкрементов, внезапное разрешение острого приступа на высоте воспалительных явлений – это необязательные, но характерные признаки для данной патологии. Как правило, через 1-2 суток после очередного приступа болей в правом подреберье возникают приступы схваткообразных болей по всему животу или около пупка, перестают отходить газы, отсутствует стул и затем возникает рвота. Таким образом, картина калькулезного холецистита сменяется картиной кишечной непроходимости. В некоторых случаях развитие кишечной непроходимости возможно вне

приступа калькулезного холецистита, на фоне относительно спокойного состояния больных.

Клиническая картина зависит от уровня обтурации тонкой кишки. При низком уровне обтурации клиническая картина будет соответствовать классической картине тонкокишечной непроходимости. При высоком уровне обтурации ведущими симптомами будут многократная рвота, наличие застойного кишечного содержимого при зондировании желудка на фоне незначительного или полного отсутствия вздутия живота, отсутствия схваткообразных болей, характерных для тонкокишечной непроходимости. Особым видом непроходимости является синдром Бувере, при котором конкремент вызывает непроходимость на уровне пилородуоденальной зоны [4, 5].

Наиболее широко применяемыми и информативными методами инструментальной диагностики при ЖКН являются обзорная рентгенография (РГ) и УЗИ брюшной полости. Специфичными для ЖКН ультразвуковыми признаками являются аэрохолия и визуализация конкремента в просвете кишки. Специфичными признаками ЖКН при РГ также являются аэрохолия и наличие тени рентгеноконтрастного камня вне проекции желчных путей, что может быть выявлено только при содержании кальция более 20%. К неспецифичным признакам ЖКН при РГ относятся общие признаки тонкокишечной непроходимости. Компьютерная томография (особенно спиральная) считается «золотым стандартом» диагностики. Позволяет выявить не только камень, но и свищи желчного пузыря, имеет чувствительность 93% и специфичность 100%. Однако наиболее часто желчнокаменная кишечная непроходимость диагностируется во время оперативного вмешательства, предпринятого по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) неясного генеза [4].

Лечение ЖКН. Хотя процент отхождения билиарных камней на фоне медикаментозной терапии относительно высок (указывается на 14,7% случаев спонтанного отхождения камней диаметром менее 2,5 см), большинству пациентов все-таки требуется оперативное вмешательство.

Существуют две позиции в хирургическом лечении ЖКН, согласно которым рекомендуется проводить оперативное лечение в один [6, 7] или два [1, 3] этапа. Одноэтапное оперативное вмешательство предусматривает одновременное устранение кишечной непроходимости, выполнение холецистэктомии и закрытие холецистокишечной фистулы. Двухэтапное лечение предполагает устранение кишечной непроходимости на первом этапе, с последующей холецистэктомией и закрытием свища в плановом порядке. Некоторыми авторами рассматриваются три варианта оперативной тактики: энтеролитотомия без вмешательства на желчных путях, энтеролитотомия с одномоментным вмешательством на желчных путях и имеющемся свище, энтеролитотомия с отсроченным вмешательством на желчных путях и свище [4].

В основной массе случаев желчный камень удаляется через энтеротомию, выполненную ниже обтурации. Допустимым считается также продвижение конкремента в расширенную часть кишки с последующей энтеротомией. В случае прочной фиксации желчного камня к кишечной стенке и ее деструктивных изменений, сегмент кишки, несущий камень, резецируется. При лапаротомии необходимо тщательно проверить весь кишечник для исключения присутствия любых дополнительных камней.

Мы являемся сторонниками одномоментного выполнения холецистэктомии и ликвидации билиодигестивного свища за исключением случаев, когда наличие выраженных воспалительных изменений в подпеченочном пространстве сопровождается крайне высоким риском развития несостоятельности швов на кишечнике, что вынуждает воздержаться от одномоментной операции. В этих случаях радикальная операция (холецистэктомия и закрытие свища) может выполняться в плановом порядке. Отказ от радикальной операции нередко приводит к рецидиву билиарного илеуса, холангиту, секреторной диарее вследствие прохождения солей желчных кислот непосредственно в толстую кишку.

Материал и методы

За последние 12 лет в нашей клинике находились 9 больных с острой обтурационной тонкокишечной непроходимостью, вызванной желчным камнем. Из них женщин было 6, мужчин – 3, возраст больных – от 62 до 90 лет. Выраженные боли схваткообразного характера были отмечены у 8 пациентов, у одного пациента болевой синдром отсутствовал. Все больные указывали на рвоту, в том числе 7 – на многократную. Задержка стула и газов имела место у 6 из 9 пациентов. В сроки от 1 до 3 суток от начала заболевания поступили 7 пациентов, в сроки до 6 суток – двое больных. Желчнокаменный анамнез имелся у 6 из 9 пациентов. При осмотре у 7 пациентов отмечалось вздутие и асимметрия живота в большей или меньшей степени, у 5 выслушивался шум плеска. Ни у одного больного конкременты или опухолевидные образования брюшной полости через переднюю брюшную стенку, а также ректально и вагинально не пальпировались. Кроме стандартных лабораторных исследований, малоинформативных в данной ситуации, в качестве инструментальной диагностики использовали обзорную РГ брюшной полости с определением уровней жидкости в кишечнике. Это исследование было проведено всем 9 больным. В 7 наблюдениях обнаружена тонкокишечная непроходимость, в 1 — пневматоз тонкой кишки при отсутствии уровней жидкости и лишь в 1 — аэрохолия, тонкокишечная непроходимость — рентгенологическая картина расценена как острая тонкокишечная непроходимость, вызванная желчным камнем. В результате лишь у 1 из 9 больных диагноз ЖКН

поставлен сразу при поступлении. Следует отметить, что у этой пациентки также присутствовали все описанные выше клинические симптомы ЖКН.

УЗИ брюшной полости выполняли всем 9 пациентам. У 4 больных было отмечено наличие комбинации ЖКБ и признаков тонкокишечной непроходимости. У 3 больных при УЗИ отмечены признаки высокой тонкокишечной непроходимости без наличия конкрементов в желчном пузыре. В одном наблюдении, по данным УЗИ, имела место ЖКБ без признаков тонкокишечной непроходимости и в одном наблюдении патологических изменений не выявлено. Всего при УЗИ тонкокишечная непроходимость без верификации причины была выявлена в 7 из 9 исследований. Таким образом, у больных с ЖКН чаще всего отсутствует полный комплекс клинических проявлений данного заболевания, а комбинация симптомов неспецифична и, как правило, подавляющее большинство больных оперировались с диагнозом острая кишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение

Всего были оперированы 9 больных, из них 4 больным правильный диагноз до операции был поставлен в процессе динамического наблюдения и обследования. В наших наблюдениях уровень обтурации значительно различался и не коррелировал со сроками заболевания. В 1 наблюдении обтурирующий конкремент находился в ДПК, в 3 — на расстоянии от 50 см до 1 м от связки Трейтца, в 2 — в 10 см и в 3 — в 50 см от илеоцекального угла. Величина камней колебалась от 3,5 до 6 см и в среднем составляла 4,5 см в большем размере. Отмечена связь между размером конкремента и уровнем обтурации: наиболее крупные желчные камни останавливались недалеко от связки Трейтца, тогда как конкременты меньшего размера обтурировали тонкую кишку вблизи илеоцекального угла. В 2 наблюдениях выше уровня обтурации были выявлены еще и камни меньшего размера. Такие конкременты, не вызвавшие клинических проявлений до операции, в случае отсутствия полной интраоперационной ревизии тонкой кишки могут вызвать рецидив кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде.

У всех больных имело место расширение петель тонкой кишки выше уровня обтурации от 3 до 6 см. В 2 наблюдениях были выявлены пролежни кишечной стенки без перфорации последней, которые были ушиты П-образными швами, конкременты были извлечены с помощью энтеротомии ниже уровня обтурации. В 6 из 9 наблюдений камень не вызвал пролежня кишечной стенки и объем оперативного вмешательства ограничился энтеротомией с извлечением конкрементов без каких-либо технических трудностей. У одной больной конкремент вызвал пролежень кишечной стенки без перфорации, выполнена резекция участка тонкой

кишки с одномоментным формированием анастомоза конец в конец. У 3 больных с наличием множественных камней в просвете кишки и желчного пузыря, вызвавших развитие гангренозного холецистита, помимо энтеротомии, одновременно была выполнена холецистэктомия и закрытие свища ДПК.

У 8 пациентов послеоперационный период протекал без особых осложнений. Умер 1 больной 87 лет на 4-е сутки после операции в результате декомпенсации выраженных сопутствующих заболеваний.

В сроки от 6 месяцев до 3 лет холецистэктомия с закрытием свища произведена 4 больным с хорошими результатами.

Таким образом, ЖКН продолжает оставаться актуальной проблемой неотложной хирургии. Высокая смертность (около 20%) при желчнокаменной непроходимости кишечника чаще всего обусловлена интеркуррентной патологией, пожилым возрастом, поздним поступлением. Комплексное своевременное обследование позволяет сократить время постановки клинического диагноза и в оптимальные сроки выполнить оперативное вмешательство. Вероятнее всего, билиарный илеус – это та патология, при лечении которой проявляется клиническое и техническое мастерство хирурга с персонифицированным подходом к диагностике, тактике, выбору метода и объема хирургического вмешательства [4].

Своевременная хирургическая санация больных пожилого и старческого возраста, относящихся к группе риска развития желчнокаменной непроходимости, – действенный метод профилактики развития тяжелых осложнений у этой категории больных.

Поступила 07.07.21

Լեղաքարով առաջացած աղիքային անանցանելիություն: Ախտորոշման և բուժման առանձնահատկությունները

**Ջ.Ա. Տեր-Ավետիսյան, Վ.Վ. Սահարյան, Ս.Գ. Ադաբեկյան,
Ս.Ս. Շահբազյան**

Ներկայացված հոդվածում հեղինակներն ուսումնասիրում են աղիքային անանցանելիության 9 դեպք, որոնք ի հայտ են եկել լեղաքարի պատճառով վերջին 12 տարվա ընթացքում: Հիմնվելով կլինիկական փորձի և գրականության մեջ զետեղված տեղեկատվության վրա՝ հեղինակները եզրահանգել են, որ ճիշտ ժամանակին կատարված համալիր հետազոտությունը՝ ախտորոշման ժամանակակից միջոցների կիրառմամբ, թույլ է տալիս զգալիորեն կրճատել ախտորոշման հաստատման ժամկետները և օպտիմալ ժամկետներում կատարել վիրահատական միջամտություն: Գերադասելի է աղիքային անանցա-

նելիության, բիլիոդիզիստիվ խուղակի վերացումը և խոլեցիստեկտոմիայի իրականացումը մեկ փուլով: Սրա հետ մեկտեղ, եթե առկա է բարդության զարգացման բարձր ռիսկ, ապա խոլեցիստեկտոմիայի կատարումը և խուղակի փակումը հնարավոր է իրականացնել պլանային կարգով:

Intestinal Obstruction Caused by Gallstone. The Peculiarities of Diagnostics and Treatment

Z.A. Ter-Avetikyan, V.V. Saharyan, S.G. Aghabekyan, S.S. Shahbazyan

In the article presented we study 9 cases of intestinal obstruction caused by gallstone for the last 12 years. Based on clinical experience and the given literature authors conclude that timely comprehensive examination by modern diagnostics allows to considerably reduce the time of diagnosis and perform surgery in the appropriate period. The more preferable method is to remove intestinal obstruction, biliodigestive fistula and perform cholecystectomy momentary. Yet, in case of high risk of complications the surgery of cholecystectomy and removal of fistula can be done routinely.

Литература

1. Бохан К.Л. Желчнокаменная кишечная непроходимость. Вестн. хир., 1996, 4, с.110—112.
2. Ванцян Э.Н. Наружные и внутренние свищи. М., 1990.
3. Ибраев А.В. Совершенствование диагностики и хирургического лечения желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 2005.
4. Коровин А.Я., Трифанов Н.А., Базлов С.Б., Туркин Д.В. Билиарный илеус. Современные проблемы науки и образования. 2019, 2, URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=28737>
5. Кургузов О.П. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. Хирургия, 2007, 6, с. 13—19.
6. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Хоменко В.С., Алекперов З.М. Особенности клинической картины и хирургического лечения желчнокаменной кишечной непроходимости. Хирургия, 1986, 2, с. 58—60.
7. Clavien P.-A., Richon J., Burgan S. Gallstone ileus. Br J Surg., 1990, 37: 737.