

Диагностика и лечение обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимости

А.А. ГЛУХОВ, П.И. КОШЕЛЕВ, В.Н. ЛЕЙБЕЛЬС, С.Н. БОЕВ, В.В. ЕНЬКОВА
Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, ул. Студенческая, д. 10,
Воронеж, 394036, Российская Федерация

Цель работы Анализ результатов диагностики и оперативного лечения больных с обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы Анализированы результаты лечения 15 пациенток в возрасте от 58 до 84 лет с обтурационной желтухой, которые были оперированы от 2 до 27 часов с момента поступления. Объем операции: лапаротомия, энтеротомия, удаление желчного камня из просвета кишки. Вмешательство на желчевыводящих путях не производилось. С целью диагностики использовались: эзофагогастроскопия, УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости.

Результаты и их обсуждение Гладкое течение послеоперационного периода отмечено у 14 больных. Средняя длительность послеоперационного периода составила 12 койко-дней. Осложнение в послеоперационном периоде развилось у одной пациентки. У 13 пациенток удаление камня из просвета кишки произведено дистально от места обтурации. У 2 больных камень удален из просвета кишки после смещения на 10-15 см проксимально, так как низвести его не удалось.

Выводы Обтурационная тонкокишечная желчнокаменная непроходимость может протекать атипично, носить интермиттирующий характер, что затрудняет диагностику и приводит к задержке оперативного лечения. При удалении камня из просвета кишки предпочтительно его смещение в дистальном направлении, а при невозможности – смещение проксимально не менее чем на 30-40 см.

Ключевые слова желчный камень, обтурационная кишечная непроходимость, хирургическое лечение

Diagnosing and Treatment of the Gallstone Intestinal Obstruction

A.A. GLUKHOV, P.I. KOSHELEV, V.N. LEYBELS, S.N. BOEV, V.V. ENKOVA
N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, 10 Studencheskaia Str., Voronezh, 394036,
Russian Federation

The purpose of the study. To analyze the results of diagnostics and surgical treatment of 15 patients operated about obstructive gallstone intestinal obstruction.

Material and methods. 15 patients, from 58 to 84 years of age, were operated from 2 to 27 hours after admission to the clinic. Operation volume: laparotomy, enterotomy, removal of gall stones from the intestinal lumen. Intervention in the biliary tract was not carried out.

Methods of diagnosis: esophagogastroscope, ultrasound, radiography of the abdominal cavity.

Results and their discussion. Such kind of postoperative period was observed in 14 cases. An average duration of the postoperative period included 12 bed-days. Postoperative complications developed just in a single case (a brief excerpt from the case history is given below). In 13 cases the removal of stone from the intestinal lumen was performed distantly from the obstruction point. In 2 cases the stone removal was executed just after its proximal displacement on 10-15 cm, because it could not be brought down.

Conclusions. The gallstone intestinal obstruction can occur atypically having an intermittent character, making it difficult to diagnose, and leading to surgical treatment delay.

Key word gall stone, intestinal obstruction, surgical treatment.

Обтурационная желчнокаменная тонкокишечная непроходимость (ОЖТН) является редким осложнением желчнокаменной болезни [2,5]. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении желчнокаменной болезни, тенденции к уменьшению случаев данного осложнения не наблюдается. Этому способствуют не только широкое распространение желчнокаменной болезни, в том числе, у лиц пожилого и старческого возраста, но и недопустимая пассивность врачей, продолжающих «наблюдать» больных желчнокаменной болезнью на протяжении многих месяцев и даже лет.

Длительный воспалительный процесс приводит к формированию пузырно-дуоденального свища и миграции желчного камня в просвет кишки, а затем ее обтурации и развитию кишечной непроходимости. Картина ОЖТН имеет ряд особенностей. Это, прежде всего, интермиттирующий характер клинических проявлений [5], что объясняется продвижением камня в просвете кишки.

Г. Мондор в своей блестящей монографии «Неотложная диагностика» этот вид кишечной непроходимости назвал «непроходимость толчками» [3]. Развившаяся клиническая картина острой кишечной

непроходимости при продвижении камня часто регрессирует на некоторое время, а затем вновь нарастает. Такие чередующиеся «вялые» формы составляют особенность клиники этого вида кишечной непроходимости и в литературе получили название «синдром Каревского» [3,5].

Атипично протекающие клинические случаи представляют собой дополнительные трудности диагностики и оперативного лечения ОЖТН.

Цель работы

Анализ результатов диагностики и лечения больных с обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы

В период с 2004 по 2014 год в клинике были оперированы 15 больных по поводу ОЖТН. Это составило 6,7% от общего количества больных, оперированных в экстренном порядке по поводу кишечной непроходимости неопухолевой этиологии [1].

Все оперированные больные были женщинами в возрасте от 58 до 84 лет. У 12 пациенток ранее была диагностирована желчнокаменная болезнь. У 3 больных диагноз был установлен впервые после операции.

У 4 пациенток диагноз «обтурационная кишечная непроходимость» желчным камнем был поставлен до операции, на основании интермиттирующего характера болей, данных УЗИ и обзорной рентгенографии брюшной полости (раздутые петли тонкой кишки, чаши Клойбера и, что особенно важно - аэробилия). Эти больные были оперированы в сроки от 3 до 6 часов с момента поступления.

5 больных были оперированы в экстренном порядке в сроки от 2 до 4 часов, предположительно, по поводу спаечной кишечной непроходимости. У 2 пациенток в анамнезе операция по поводу фибромиомы матки, у 3 – аппендэктомия. УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости свидетельствовали в пользу указанного предварительного диагноза, и только во время операции была обнаружена обтурация подвздошной кишки желчным камнем.

У 6 больных явления кишечной непроходимости протекали атипично, с периодами выраженного облегчения, что сопровождалось наличием стула у 3 больных, уменьшением вздутия живота, продвижением контраста при проведении бариевой пробы в просвете тонкой кишки. Это послужило причиной задержки операции. Больные были оперированы в сроки от 10 до 27 часов с момента поступления.

УЗИ было произведено 9 пациенткам, лишь у 3 были обнаружены камни в желчном пузыре.

Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена пятерым больным. Лишь у одной из них был диагностирован холецистодуоденальный свищ. У остальных четырех пациенток отмечалась деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Всем 15 больным была произведена срединная лапаротомия. Ввиду выраженных рубцово-спаечных изменений в подпеченочном пространстве ни у одной больной вмешательство на желчевыводящих путях не производилось.

У 2 пациенток обтурация кишки желчным камнем была обнаружена на расстоянии 1,2-1,5 метра от связки Трейтца, у 13 – от 15 до 80 см от илеоцекального угла. У всех больных отмечалось расширение петель кишки над местом обтурации до 4-5 см. У 13 пациенток произведена продольная энтеротомия после смещения камня ниже уровня обтурации. У 2 больных низвести камень не удалось и после смещения на 10-15 см проксимально от места обтурации камни были удалены. Средний диаметр удаленных камней – 3,8-4,0 см.

Результаты и их обсуждение

Гладкое течение послеоперационного периода отмечено у 14 больных. Средняя длительность лечения больных в стационаре – 12 койко-дней.

Осложнения в послеоперационном периоде развились у одной пациентки.

Приводим краткую выдержку из истории болезни:

Больная Ш., 74 лет, поступила в клинику по скорой помощи 4.03.2005 г. с жалобами на тошноту, рвоту, схваткообразные боли в животе. Заболела 20 часов назад остро. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Операций на органах брюшной полости не было.

Объективно: кожные покровы нормальной окраски. Пульс – 92 уд. в 1 минуту, ритмичный, АД – 145/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот симметричный, несколько вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный справа в мезо- и гипогастрии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника усилена. При пальцевом исследовании прямой кишки – ампула пустая. Газы не отходят, но 3 часа назад был однократный скудный, жидкий стул.

На рентгенограмме брюшной полости – три горизонтальных уровня жидкости. После выведения из желудка 300 мл застойного содержимого выполнена ЭГДС: отмечена деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, рефлюкс желчи. УЗИ не производилось. Проведена бариевая проба.

В течение 4 часов наблюдения, после кратковременного улучшения, усилились боли в животе, повторилась рвота. На контрольной рентгенограмме отрицательная динамика: петли тонкой кишки расширены до 4 см, выраженные складки Керкринга, бариевая взвесь заполнила начальные отделы тонкой кишки.

Поставлен диагноз: острая механическая кишечная непроходимость.

Через 5 часов с момента поступления больная была оперирована.

Произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости около 250 мл мутного серозного выпота

без запаха. Петли тонкой кишки на всем протяжении расширены до 4,0-4,5 см; в 35 см от илеоцекального угла в просвете подвздошной кишки пальпируется плотный камень, обтурирующий просвет кишки. В правом подреберье массивный спаечный процесс.

Интраоперационный диагноз: желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость.

Сместить камень дистально не удалось, он смещен на 10 см проксимально, после чего произведена продольная энтеротомия и удален желчный камень около 4,0 см в диаметре. Рана кишки ушита двухрядным швом. Брюшная полость дренирована.

На 4-й день состояние больной ухудшилось, усилились боли в животе, появились перитонеальные симптомы в правой подвздошной области, отмечено отсутствие перистальтики кишечника, что послужило показанием для релапаротомии.

07.03.2005 г. произведена релапаротомия. При вскрытии брюшной полости в правой подвздошной области и в малом тазу около 300 мл мутного выпота, а в месте ушивания раны кишки – фибрин и просачивание кишечного содержимого. Произведено наложение илеостомы в правой подвздошной области в 30 см от илеоцекального угла, санация и дренирование брюшной полости. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений.

Список литературы

1. Глухов А. А., Кошелев П. И., Лейбельс В. В., Боев С. Н. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Ошибки и осложнения в хирургической гастроэнтерологии». Геленджик, 2014; 125-126.
2. Деметрашвили З. М., Асатиани Г. А., Немсадзе Г. Ш., Кенчадзе Г. З. Желчнокаменная кишечная непроходимость. Хирургия, 2012; 3: 65-68.
3. Мондор Г. Неотложная диагностика. НКЗСССТ, Биомедгиз, 1937; 356.
4. Федоров А. В. Комментарий к статье Деметрашвили З. М., Асатиани Г. А., Немсадзе Г. Ш., Кенчадзе Г. З. Желчнокаменная кишечная непроходимость. Хирургия, 2012; 3: 68.
5. Шаковальянц С. Г., Линденберг А. А., Лубчева В. И. Особенности диагностики и хирургического лечения желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Хирургия, 2013; 8: 43-48.

Поступила 09.02.2016

Через 35 дней произведено закрытие илеостомы и больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Ретроспективно, подвергая анализу приведенное наблюдение, считаем, что во время первой операции следовало сместить камень не на 10 см, а выше, так как в результате сдавления кишки вблизи места обтурации значительно страдает кровообращение ее стенки. В связи с этим считаем очень важным комментарием проф. А.В. Федорова, опубликованный в журнале «Хирургия», 2012, №3, который при невозможности низвести камень, считает целесообразным сместить его вверх на 30-40 см [4].

Выводы

1. ОТЖН – одно из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни, которое может протекать атипично, что приводит к задержке оперативного лечения.
2. При удалении камня из просвета кишки предпочтительно его смещение в дистальном направлении, а при невозможности – смещение проксимально не менее чем на 30-40 см.
3. Одномоментное вмешательство на желчевыводящих путях во время операции по поводу ОТЖН считаем, безусловно, нецелесообразным.

References

1. Glukhov A. A., Koshelev P. I., Leybel's V. V., Boev S. N. Zhelchnokamennaya tonkokishechnaya neprokhodimost'. Materialy Vserossiyskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Oshibki i oslozhneniya v khirurgicheskoy gastroenterologii»[Gallstone intestinal obstruction. Materials of the All-Russia conference with international participation "Mistakes and complications in surgical gastroenterology."]. Gelendzhik, 2014; 125-126 (in Russ.).
2. Demetrashvili Z. M., Asatiani G. A., Nemsadze G. Sh., Kenchadze G. Z. Zhelchnokamennaya kishechnaya neprokhodimost'[Gallstone ileus.]. Surgery, 2012; 3: 65-68 (in Russ.).
3. Mondor G. Neotlozhnaya diagnostika[Emergency diagnostics.]. NKZSSST, Biomedgiz, 1937; 356 (in Russ.).
4. Fedorov A. V. Kommentariy k state Demetrashvili Z. M., Asatiani G. A., Nemsadze G. Sh., Kenchadze G. Z. Zhelchnokamennaya kishechnaya neprokhodimost'[Gallstone ileus.]. Surgery, 2012; 3: 68 (in Russ.).
5. Shakovalyants S. G., Lindenberg A. A., Lubcheva V. I. Osobennosti diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya zhelchnokamennoy tonkokishechnoy neprokhodimosti[Features of diagnostics and surgical treatment of gallstone intestinal obstruction.]. Surgery, 2013; 8: 43-48 (in Russ.).

Received 09.02.2016

Сведения об авторах

1. Глухов Александр Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко.
2. Кошелев Петр Иванович - доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко.
3. Лейбельс Владимир Натанович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко.
4. Боев Сергей Николаевич - кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко.
5. Енькова Валерия Вадимовна – студентка 6 курса лечебного факультета Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко.

Information about the Authors

1. Glukhov A. A. – prof. MD, Head of the Department of General Surgery of the Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko.
2. Koshelev P. I. – D.Med.Sc., Professor, the Department of General Surgery of the Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko.
3. Leybels V. N. – MD, PhD, Assoc. prof., the Department of General Surgery of the Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko.
4. Boev S. N. - MD, PhD, Assoc. prof., the Department of General Surgery of the Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko.
5. Enkova V. V. – the 6th graduate year student of the General Medicine Faculty of the Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko.