

БИЛИАРНЫЙ ИЛЕУС

*В. П. КОЧУКОВ, О. Ю. ВАСИЛЕНКО, А. Ю. ПЛАТОНОВ, И. В. БУНИН, И. Э. ПОПОВА,
М. П. ОНИЩЕНКО*

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления Делами Президента РФ, Москва

Сведения об авторах:

Кочуков Виктор Петрович – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, главный внештатный специалист хирург Управления делами Президента РФ; e-mail: Vpkochukov@yandex.ru

Василенко Олег Юрьевич – к.м.н., врач-хирург хирургического отделения ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Платонов Александр Юрьевич – врач-хирург хирургического отделения ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Бунин Игорь Вячеславович – врач-хирург хирургического отделения ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Попова Ирина Эмильевна – врач-рентгенолог, рентгенологического отделения ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Онищенко Максим Павлович – к.м.н. заведующий отделением компьютерной диагностики ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Желчнокаменная кишечная непроходимость, или билиарный илеус, не часто встречающееся заболевание. Распространенность ее, по данным разных источников, варьирует от 0,3% до 6% всех случаев острой кишечной непроходимости. В желудок и двенадцатиперстную кишку желчные камни попадают, как правило, через свищи, образовавшиеся между ними и желчными путями (чаще желчным пузырем), указанных вследствие пролежня в стенке указанных органов [2, 3]. Послеоперационная летальность составляет 7%-62%, зависит от возраста пациента, сопутствующей патологии и время от начала заболевания до установления диагноза [3, 4].

Возникает желчнокаменная непроходимость в результате образования холецистодуоденального свища, прохождения больших желчных конкрементов в двенадцатиперстную кишку, которые, как правило, вызывают нарушение пассажа в терминальном отделе подвздошной кишки. Клиника билиарного илеуса достаточно вариабельна и зависит от уровня обтурации. Специфических диагностических критериев данный вид кишечной непроходимости не имеет, аэрохолия, как типичный признак билиодигестивных свищей, встречается крайне редко [1]. Существуют разные подходы хирургического лечения. Энтеролитотомия остается наиболее часто применяемой операцией. Для извлечения конкремента производится энтеротомия: над камнем, выше или ниже в зоне неизменной кишечной стенки.

Приводим клиническое наблюдение:

Пациентка К., 56 лет, поступила в ФГБУ ОБП УДП РФ г. Москвы 17.01.2017 г. с жалобами на многократную рвоту желчью и сильными болями в эпигастрии, появившимися 13.01.17. Болевой синдром за несколько дней до госпитализации значительно снизился по интенсивности, однако затем вновь при-

соединилась рвота, вздутие живота, схваткообразные боли, отсутствие стула в течение нескольких суток. В анамнезе у пациентки более 30 лет желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, от предложенной ранее холецистэктомии больная отказывалась. Выраженных болевых приступов в анамнезе не было, отмечала тяжесть в правом подреберье, горечь во рту по утрам.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. ЧСС 78 в мин., АД. 140\80 мм рт.ст.. Язык суховат, белый налет. Живот симметричный, незначительно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в мезогастральной области, где выслушивается «шум плеска». Перистальтика не «резонирующая», несколько усилена. Ректально – тонус сфинктера сохранен, на высоте пальца органической патологии не определяется, в ампуле каловые массы обычного цвета. Больной при поступлении выставлен диагноз острой кишечной непроходимости, для уточнения диагноза в срочном порядке выполнено:

Рентгенография органов брюшной полости: на обзорных рентгенограммах органов брюшной полости, выполненных в положении больной «стоя» рентгенологические признаки аэрохолии.

Диафрагма обычно расположена, четко очерчена. Плевральные синусы свободны. Базальные отделы легких без патологических изменений.

В правом подреберье выявляется наличие воздуха по ходу желчевыводящих путей. Желудок обычно расположен с наличием жидкого содержимого, газовый пузырь желудка небольших размеров. По ходу отдельных петель тонкой кишки, расположенных в центральном отделе левой половины брюшной полости выявляются мелкие скопления газа неправильной

формы. В слепой кишке, восходящем и нисходящем отделах толстой кишки определяется умеренное количество кишечного содержимого с небольшими скоплениями газа. Справа на уровне L1-L2 сегмента, вероятнее всего в желчном пузыре, выявляется газ с горизонтальным уровнем жидкости. (Рис. 1, 2)

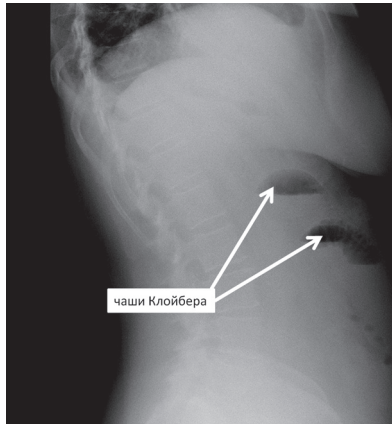


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма брюшной полости «стоя» (боковая проекция), признаки тонкокишечной непроходимости

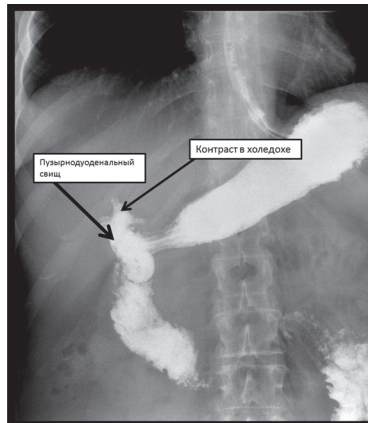


Рис. 2. Рентгеноскопия желудка (пассаж бария).
Признаки пузырnodуоденального свища и контрастирования холедоха

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:

Признаки аэрохолии, при обзорном осмотре брюшной полости в подпеченочном пространстве визуализируется раздутый участок кишки с наличием перистальтики по типу «мятниковобразной». Вокруг визуализируется небольшое количество жидкости.

МСКТ: Желчный пузырь имеет нечеткие неровные контуры, стенки его утолщены, с наличием жидкостного содержимого и газа в просвете. Двенадцатиперстная кишка сливается с желчным пузырем, создается впечатление о наличии фистулы, размерами около 11мм. Газ из кишки распространяется во внутрипеченочные желчные протоки: расширенные долевые протоки до 5мм, сегментарные до 2мм, в просвете определяется газ – аэрохолия. Петли тонкой кишки расширены, стенки пред-

ставляются утолщенными, субтотально заполнена жидкостью и газом. В петлях тощей и подвздошной кишке определяются неправильной формы слоистые структуры, с кальцинированными стенками, размерами 18×20мм и 22×26мм, соответственно - вероятно слоистые конкременты (рис. 3).

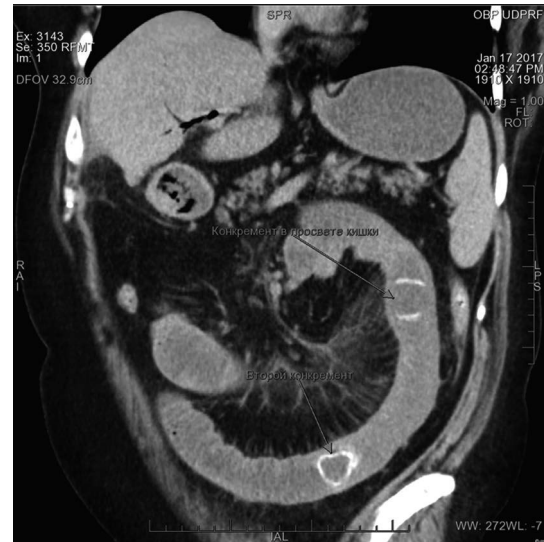


Рис. 3. КТ брюшной полости-конкременты в просвете тонкой кишки

Рентгеноскопия желудка и 12-ти перстной кишки: Желудок высоко и косо расположен в подреберье, нормотоничен, натощак содержит большое количество слизи. Начальная эвакуация из желудка своевременная.

Луковица двенадцатиперстной кишки ориентирована кзади, средних размеров. По контуру малой кривизны луковицы двенадцатиперстной кишки выявляется дефект стенки длиной до 12-15 мм, через который отмечается затекание контрастного вещества неправильной формы, размерами 18×16 мм, скорее всего, в желчный пузырь. Помарки контрастного вещества отмечаются также по ходу общего желчного протока.

В клиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз ($13,9 \times 10^9/l$), незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (8% палочкоядерных нейтрофилов). Пациентке проводилась комплексная консервативная терапия, на фоне которой отмечено субъективное улучшение – купирование болевого синдрома, отхождение стула и газов. Однако, при контрольном рентгенологическом досмотре отмечена отрицательная динамика. В связи с неэффективностью проводимого консервативного лечения, пациентке предложено оперативное лечение, согласие на операцию получено.

18.01.17 произведена средне-срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости до 1000 мл прозрачного выпота. В правом подреберье «каменистой» плотности инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, 12-ти перстной кишки и большого сальника. От радикальной операции решено воздержаться в связи с тяжестью состояния больной, обусловленной тонкокишечной непроходимостью. Тощая кишки, на протяжении 100 см от связки Трейца резко раздута, гиперемированная, отеч-

ная, с большим количеством жидкого содержимого. Ниже выявлены 2 конкремента кубической формы, диаметром более 3 см, на расстоянии 10 см друг от друга. Ниже кишка в спавшемся состоянии. С целью минимальной травматизации слизистой кишки при смещении конкрементов, между конкрементами произведена продольная энтеротомия, камни извлечены, произведена декомпрессия приводящего отдела кишки. Энтеротомия закрыта в поперечном направлении двухрядным швом. Брюшная полость дренирована. Послойное ушивание операционной раны.

Этапы операции на рис. 4–8.

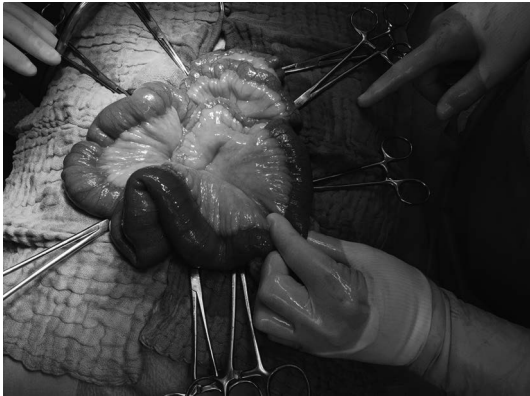


Рис. 4. Общий вид операционного поля до извлечения конкрементов



Рис. 5. Обнаружение конкрементов в просвете тонкой кишки (обнаружен 1 конкремент)



Рис. 6. В просвете тонкой кишки (обнаружен 2-й конкремент)



Рис. 7. Обнаружение конкрементов в просвете тонкой кишки, находящихся на расстоянии 15 см друг от друга



Рис. 8. Окончательный вид операционного поля после извлечения конкрементов из просвета кишки

В послеоперационном периоде пациентка сутки наблюдалась в реанимационном отделении, затем переведена в хирургическое отделение.

Проводилась комплексная послеоперационная терапия. Течение послеоперационного периода удовлетворительное. Выписана из отделения на 12-е сутки после операционного вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Таким образом: следует отметить, что желчнокаменная кишечная непроходимость является редкой формой острой кишечной, с целью уточнения причины непроходимости необходимо выполнить комплексную диагностику, включающую МСКТ брюшной полости, рентгеноскопии желудка и 12-ти перстной кишки с изучением пассажа бария по кишечнику, все это позволяет поставить правильный диагноз. Считаем целесообразно в этой ситуации провести двухэтапное лечение: первым этапом - устранение обтурационной кишечной непроходимости, вторым этапом, в плановом порядке, разобщение холецистодуоденального соустья.

Список литературы

1. Кургузов О.П. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость // Хирургия. 2007. №6. С.13-19.

2. **А.А.Курыгин, Ю.М.Стойко, С.Ф.Багненко.** Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Санкт –Петербург 2001г. 469с.

3. **Glenn F.** Biliary enteric fistula / F.Glenn, C. Reed, W.R. Grafe //Surg Gynecol Obstet. -1981Oct.-Vol. 153, N4. – P.527-31.

4. **Gallstone** ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction /C.M. Nuno-Guzmano et al. //WJGS. -2010 May 27.- Vol. 2, N5. – P. 172-76.

BILIARY ILEUS

V. P. KOCHUKHOV, O. VASILENKO, A. YU. PLATONOV,

V. I. BUNIN, I. E. POPOVA, M. P. ONISHCHENKO

FGBU «United Hospital and Polyclinic» President Administration, Moscow