

DOI: <http://doi.org/10.3978/SU2018274>

УДК 616.34-007.272:616.366-003.7-089



В. М. Браславец¹, К. И. Павлов¹, Е. В. Кулак¹,
Я. Ф. Колос¹, С. А. Чернов^{1, 2}

¹ КУ «„Павлоградская городская больница № 4“
Днепропетровского областного совета»

² КУ «„Терновская городская больница“
Днепропетровского областного совета»

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Представлено клиническое наблюдение редкого осложнения желчнокаменной болезни — желчнокаменной обтурационной тонкокишечной непроходимости при холецистодуоденальном свище. По данным разных авторов, частота желчнокаменной обтурационной тонкокишечной непроходимости составляет от 0,3 до 4,0 % всех случаев тонкокишечной непроходимости и встречается у 0,2—0,6 % пациентов с желчнокаменной болезнью. Пациентка в возрасте 69 лет поступила в хирургическое отделение в ургентном порядке 07.11.2017 г. с диагнозом «острая желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость», установленным на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, данных дополнительных инструментальных методов исследования (рентгенография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости). Больная в ургентном порядке прооперирована. Интраоперационно: в просвете тонкой кишки на расстоянии 120 см от связки Трейтца определяется конкремент размером 33×26 мм, проксимальнее конкремента петли тонкой кишки расширены до 42 мм, заполнены кишечным содержимым и газом, дистальнее конкремента тонкая кишка спавшаяся. При дальнейшей ревизии в подпеченочном пространстве визуализирован плотный инфильтрат размером 6×4 см, вовлекающий желчный пузырь и луковицу двенадцатиперстной кишки. В области инфильтрата подтекания желчи и кишечного содержимого нет. Выполнена энтеротомия, литоэкстракция, энтерорафия. Разобщение холецистодуоденального свища не проводили из-за тяжести состояния больной и наличия тонкокишечной непроходимости. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости позволило до операции диагностировать указанную патологию, продемонстрировав высокую чувствительность и специфичность метода.

■ **Ключевые слова:** холецистодуоденальный свищ, острая обтурационная тонкокишечная непроходимость, желчнокаменная болезнь.

В структуре осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) доля внутренних желчных свищей (ВЖС) составляет от 0,2 до 5,0 %. По данным R. Amoury и H. Barker, в литературе описано около 672 наблюдений ВЖС, в 88 % наблюдений составной частью свища был желчный пузырь [1, 3, 5].

Чаще болеют женщины (85 %). Средний возраст пациентов составляет (60,0 ± 3,2) года. ВЖС не имеют типичного течения, клиническая картина часто смазанная, что обуславливает позднее обращение, трудности диагностики и высокую летальность (от 7 до 62 %) [1, 4].

В настоящее время наиболее адаптированными считают следующие классификации ВЖС [1, 2]:

1. Функционально-клиническая классификация:

- полные;
- неполные;
- комбинированные;

- постоянные;
- рецидивирующие;
- простые;
- сложные;
- прямые;
- не прямые.

2. Этиологическая классификация:

- ЖКБ;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- злокачественные опухоли;
- паразитарные заболевания (эхинококк, альвеококк);
- абсцессы;
- травмы.

3. Анатомическая классификация:

- билиодигестивные;
- билиобилиарные;

Браславец Віктор Михайлович, лікар вищої категорії, зав. хірургічного відділення
E-mail: pavbolnicha4@gmail.com

© В. М. Браславец, К. И. Павлов, О. В. Кулак, Я. Ф. Колос, С. А. Чернов, 2018

- билиобронхіальні;
- билиоперикардіальні;
- билиовазальні.

Из билиодигестивных свищей (БДС) чаще встречаются холецистодуоденальные, что связано с топографо-анатомическими соотношениями этих органов, реже — холецистотрансверзальные свищи (3,4%), холецистогастральные (3,3%). Описаны казуистические случаи холецистоеюнальных свищей. При вовлечении в свищ желчных протоков возможно формирование гепатикохоledoхoduоденальных, гепатикохоledoхогастральных, гепатикохоledoхотрансверзальных фистул [1, 6].

БДС развиваются при длительном течении ЖКБ. Их образование связано с воздействием желчного конкремента на стенку желчного пузыря и (или) желчного протока, с последующим воспалительным перипроцессом, вовлечением в воспалительный инфильтрат соседних органов. В дальнейшем происходит формирование пролежня стенки желчного пузыря и (или) желчного протока, подлежащего органа, а также формирование соустья между этими органами.

Одно из наиболее грозных осложнений БДС — желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость [2]. Билиарный илеус впервые был описан Th. Bartolini в 1654 г. В 1893 г. Н. В. Склифосовский впервые в России прооперировал БДС [4].

Большинство конкрементов, которые мигрируют из билиарного тракта в тонкую кишку, проходят без последствий. Обтурацию тонкой кишки могут вызвать лишь конкременты, размер которых превышает 2,0—2,5 см. Использование таких дополнительных инструментальных методов диагностики, как ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП), рентгенологические исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография, позволяют в ряде случаев до операции диагностировать данную патологию [4, 7].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка М., 1948 года рождения, поступила в хирургическое отделение КУ «Павлоградская городская больница № 4» ДОР» в ургентном порядке 07.11.2017 г. в 12:55 с жалобами на тупую ноющую боль в животе, преимущественно в эпигастральной и околопупочной области, тошноту, повторную рвоту застойным желудочным содержимым, слабость, сухость во рту, жажду, ощущение вздутия живота.

Считает себя больной в течение 2 дней, когда отметила появление тупой ноющей боли в эпигастральной и околопупочной области, тошноту, рвоту. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. С течением времени отметила прогрессивно нарастающую слабость на фоне многократной рвоты, усиление болевого синдрома. В связи с ухудшением состояния брига-

дой скорой медицинской помощи доставлена в КУ «Павлоградская городская больница № 4» ДОР», осмотрена хирургом, терапевтом, анестезиологом, госпитализирована в хирургическое отделение.

Из анамнеза жизни известно, что в течение 25 лет страдает ЖКБ, от предлагаемых оперативных вмешательств отказывалась. Периодически отмечала приступы боли в правом подреберье, которые купировала анальгетиками, спазмолитическими препаратами. В течение последних нескольких месяцев отмечала усиление болевого синдрома в правом подреберье, принимала спазмолитические препараты с временным улучшением. Из сопутствующей патологии страдает ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Медикаментозную коррекцию сопутствующей патологии получает периодически.

При поступлении состояние больной тяжелое. В сознании, адекватная, продуктивному контакту доступная. Нормостенического телосложения, обычного питания. Температура тела — 36,7 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная и молочные железы без особенностей. Отеков нет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких жесткое, выслушивается на всем протяжении. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст., пульс — 90 уд./мин, обычных свойств. Живот симметричен, поддут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации — мягкий, диффузно болезненный, больше в околопупочной и эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика усилена с металлическим оттенком, шум «плевска». Положительные симптомы Валя и Кивуля. Физиологические опрвления: мочеиспускание самостоятельное, редкое, стула не было 2 дня, газы не отходят в течение суток. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Ректально: тонус сфинктера сохранен, патологических образований не выявлено, ампула прямой кишки заполнена небольшим количеством кала. На перчатке — следы кала обычных свойств.

На рентгенограмме ОБП свободного газа нет, определяются множественные тонкокишечные чаши Клойбера.

Больной выполнено УЗИ ОБП. Переднезадние размеры печени: правая доля — 150 мм, левая — 85 мм. Контуры ровные, четкие, структура однородная, эхогенность средняя, не изменена. Внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Холедох — 7,6 мм, воротная вена — 13 мм. Желчный пузырь не лоцируется, жидкости в подпеченочном пространстве нет. Визуализация ворот печени затруднена. Размеры поджелудочной железы: головка — 29 мм, тело — 17 мм, хвост — 19 мм,

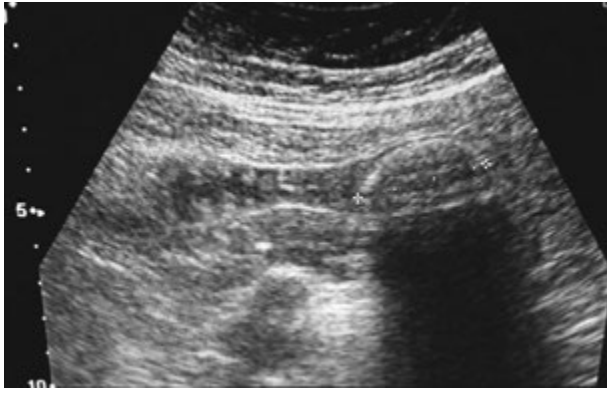


Рис. 1. Петля тонкої кишки розширена, в просвіті визуалізується конкремент до 33 мм в діаметрі, дистальніше петля кишки спавшається



Рис. 2. Удалений жовтий конкремент розміром 33 × 26 мм

контури чіткі, нерівні. Структура однорідна, ехогенність підвищена. Селезенка без особливостей. Брюшної відділу аорти — 18 мм. Петлі тонкої кишки розширені до 42 мм, в просвіті визуалізується конкремент 33 мм, дистальніше тонка кишка спавшається (рис. 1).

В загальному аналізі крові виявлено лейкоцитоз до $14,3 \cdot 10^9$ /л з паличкоядерним сдвигом лейкоцитарної формули вліво. Діастаза в сечі — 128 ЕД. В іншому без відхилень.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редактування — В. Б., К. П.; збір і обробка матеріалу — В. Б., К. П., Е. К., Я. К., С. Ч; написання тексту — К. П.

На основі скарги, анамнезу захворювання, результатів об'єктивного дослідження і даних додаткових методів дослідження встановлено діагноз «остра желчнокамінна обтураційна тонкокишечна непрохідність».

Хвороба в екстреному порядку прооперована. Інтраопераційно: в брюшній порожнині невелика кількість серозної рідини. В просвіті тонкої кишки на відстані 120 см від зв'язки Трейтца визначається конкремент розміром 33 × 26 мм, проксимальніше конкремента петлі тонкої кишки розширені до 42 мм, заповнені кишечним вмістом і газом, дистальніше конкремента тонка кишка спавшається. В підпечінному просторі визуалізовано щільний інфільтрат розміром 6 × 4 см, вовлекаючий жовтий пухирець і луковичку дванадцятипалої кишки. В області інфільтрата підтекання жовчі і кишечного вмісту немає. Іншої патології в брюшній порожнині не виявлено.

Відведено спробу низвести конкремент дистальніше. Вона не ефективна через спазм кишки і розміри конкремента. Жовтий камінь продвинуто на 4 см проксимальніше. Тонка кишка на протязі 2 см над конкрементом розрізана продольно. Виконано літоекстракція. Ентерографія двурядними вузловими швами в поперечному відношенні до осі кишки направлено. Розширення холецистодуоденального свища не виконували через тяжкість стану хворого і наявності тонкокишечної непрохідності. Брюшну порожнину дезінфіковано розчином «Декасан», дренирована одним дренажем, встановленим в дугласову порожнину. Післяопераційна рана пошарно зашита.

Видлений жовтий конкремент представлено на рис. 2.

Післяопераційний період протікав без особливостей. Хвороба була виписана в задовільному стані.

Аналізуючи вказаний клінічний випадок, слід відзначити не тільки рідкість желчнокамінної обтураційної тонкокишечної непрохідності, але й можливість таких додаткових інструментальних методів дослідження, як УЗІ ОБП, яке дозволило до операції діагностувати вказану патологію, продемонструвавши високу чутливість і специфічність методу.

Литература

1. Бондаренко А. В., Павлов К. И. Уникальное осложнение желчнокаменной болезни // Хірургія України. — 2014. — № 2. — С. 125—128.
2. Горский В. А., Фаллер А. П., Ованесян Э. Р. и др. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 79.
3. Лохвицкий С. В. Особенности хирургической тактики при различных формах холецисто- и холедоходегистивных свищей // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 100.
4. Навоян О. Б., Силантьева Н. К., Агабабян Т. А. и др. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость (клиническое наблюдение) // Медицинская визуализация. — 2015. — № 4. — С. 61—67.
5. Abich E., Glotzer D., Murphy E. Gallstone Ileus: an unlikely cause of mechanical small bowel obstruction // Case Rep. Gastroenterol. — 2017. — N 11 (2). — P. 389—395.
6. Bakhshi G., Chincholkar R., Agarwal J. et al. Gallstone Ileus: dilemma in the management // Clin. Pract. — 2017. — N 7 (3). — P. 977.
7. Tornambè A., Tornambè G. Gallstone ileus in an elderly patient. Case report // Ann. Ital. Chir. — 2017. — N 4. — P. 6.

В. М. Браславець¹, К. І. Павлов¹, О. В. Кулак¹, Я. Ф. Колос¹, С. А. Чернов^{1,2}

¹ КЗ «Павлоградська міська лікарня № 4» Дніпропетровської обласної ради»

² КЗ «Тернівська міська лікарня» Дніпропетровської обласної ради»

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Представлено клінічне спостереження рідкісного ускладнення жовчнокам'яної хвороби — жовчнокам'яної обтураційної тонкокишкової непрохідності при холецистодуоденальній норичі. За даними різних авторів, частота жовчнокам'яної обтураційної тонкокишкової непрохідності становить від 0,3 до 4,0% усіх випадків тонкокишкової непрохідності і трапляється у 0,2—0,6% пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою. Пацієнтка віком 69 років госпіталізована в хірургічне відділення в ургентному порядку 07.11.2017 р. з діагнозом «гостра жовчнокам'яна обтураційна тонкокишкова непрохідність», установленим на підставі скарг, анамнезу, клінічної картини, даних додаткових інструментальних методів дослідження (рентгенографія та ультразвукове дослідження органів черевної порожнини). Хвору в ургентному порядку прооперовано. Інтраопераційно: в просвіті тонкої кишки на відстані 120 см від зв'язки Трейтца виявлено конкремент розміром 33×26 мм, проксимальніше від конкременту петлі тонкої кишки розширені до 42 мм, виповнені кишковим вмістом і газом, дистальніше від конкременту тонка кишка зменшеного діаметра. В підпечінковому просторі визначається щільний інфільтрат розміром 6×4 см, який залучає жовчний міхур і цибулину дванадцятипалої кишки. В ділянці інфільтрату підтікання жовчі та кишкового вмісту немає. Виконано ентеротомію, літоекстракцію, ентерорафію. Роз'єднання холецистодуоденальної норичі не виконували через тяжкість стану хворої та наявність тонкокишкової непрохідності. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Хвору виписано у задовільному стані. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини дало змогу до операції діагностувати зазначену патологію, продемонструвавши високу чутливість і специфічність методу.

Ключові слова: холецистодуоденальна норича, гостра обтураційна тонкокишкова непрохідність, жовчнокам'яна хвороба.

V. M. Braslavets¹, K. I. Pavlov¹, O. V. Kulak¹, Ya. F. Kolos¹, S. A. Chernov^{1,2}

¹ Pavlograd City Hospital № 4 of the Dnipropetrovsk Regional Council

² Ternivka City Hospital of the Dnipropetrovsk Regional Council

SMALL BOWEL OBSTRUCTION WITH GALLSTONE. CASE REPORT

Clinical case study of a cholelithiasis rare complication — gallstone small bowel obstruction with cholecystoduodenal fistula has been presented. According to several studies, the frequency of gallstone small bowel obstruction is approximately 0.3 to 4% of all cases of small bowel obstruction, and 0.2 to 0.6% of patients with cholelithiasis. A patient at the age of 69 years, was admitted to the surgical department in urgently 07.11.2017 with the diagnosis of acute gallstone small bowel obstruction. The diagnosis was based on complaints, anamnesis, clinical signs, additional imaging methods (radiography and ultrasound examination of the abdominal cavity organs). The patient was operated urgently. In the lumen of the small intestine at a distance of 120 cm from the Treitz ligament a concrement up to 33×26 mm was found, proximal to the concrement the loops of the small intestine were expanded to 42 mm, filled with intestinal contents and gas, distal to the concrement, the small intestine collapsed. The dense infiltrate up to 6×4 cm, involving the gallbladder and duodenum was visualized during operation in the subhepatic space. There was no bile and intestinal content leakage in the infiltration area. Enterotomy, lithoextraction, enterorrhaphia were performed. Dissociation of the cholecystoduodenal fistula was not performed due to the severity of the patient's condition and the presence of small bowel obstruction. The postoperative period was without complications. The patient was discharged in a satisfactory condition. An ultrasound examination of the abdominal cavity organs allowed to diagnose this pathology before the operation, demonstrating high sensitivity and specificity of the method.

Key words: cholecystoduodenal fistula, acute small bowel obstruction, cholelithiasis.