

УДК 616.366-003.7-06



А. В. Бондаренко, К. И. Павлов

КЛПУ «Марьинская центральная районная больница»,
Красногоровка

УНИКАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Представлено клиническое наблюдение уникального осложнения желчнокаменной болезни — впередиободочный холецистоеюнальный свищ, осложненный острой обтурационной (желчный конкремент) тонкокишечной непроходимостью. По данным литературы, в структуре билиодегистивных свищей чаще встречаются холецистодуоденальные свищи, что связано с топографо-анатомическим соотношением этих органов. В 3,4 % случаев встречаются холецистотрансверзальные свищи, в 3,3 % — холецистогастральные. В мировой литературе описаны единичные случаи холецистоеюнальных свищей. Несмотря на то, что данное осложнение желчнокаменной болезни является крайне редким, о нем необходимо помнить и учитывать на догоспитальном этапе у больных с желчнокаменной болезнью и острой кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, впередиободочный холецистоеюнальный свищ, острая кишечная непроходимость.

По данным литературы, в структуре осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) доля внутренних желчных свищей (ВЖС) составляет 0,2—5,0 % [1, 2]. Как правило, абсолютное число зарегистрированных у одного автора наблюдений ВЖС различной локализации и этиологии составляет от единичных случаев (у большинства хирургов) до 40—50 случаев. R. Amour и H. Barker удалось отобрать в мировой литературе 672 наблюдения ВЖС разной локализации, в которых в 88 % случаев желчный пузырь являлся составной частью свища.

Существуют разные классификации ВЖС. Наиболее оптимальными и клинически адаптированными считают следующие:

1. Функционально-клиническая классификация подразделяет ВЖС на полные, неполные и комбинированные, при этом ВЖС могут быть: 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:

- билиодегистивные;
- билиобилиарные;
- билиобронхиальные;
- билиоперикардиальные;
- билиовазальные.

В структуре билиодегистивных свищей (БДС) различают следующие виды ВЖС: холецистодуоденальные, холецистотрансверзальные, холецистогастральные, гепатикохоledoхоуоденальные, гепатикохоledoхогастральные, гепатикохоledoхотрансверзальные, холецистоеюнальные.

Чаще встречаются холецистодуоденальные свищи, что связано с особенностями топографо-анатомического соотношения этих органов, в 3,4 % случаев — холецистотрансверзальные свищи, в 3,3 % — холецистогастральные [1—3]. По данным Э. И. Гальперина и соавт., в мировой литературе описаны единичные случаи холецистоеюнальных свищей.

Развиваются ВЖС, как правило, при длительном течении ЖКБ. Чаще болеют женщины (85 %). Средний возраст больных составляет (60,0 ± 3,2) года [1, 2, 4]. Клиническая картина ВЖС скудная,

часто смазанная. Наиболее тяжелым осложнением БДС является острая обтурационная (желчный конкремент) кишечная непроходимость, летальность при которой на порядок выше, чем при других осложнениях БДС, что связано с забросом кишечного содержимого в билиарное дерево или разобщением БДС с развитием перитонита [1, 3, 5, 6].

Клинический случай

Больная П., 1941 года рождения, поступила в хирургическое отделение Марьинской центральной районной больницы в ургентном порядке 18.10.2013 г. в 15:10 с жалобами на схваткообразную боль во всех отделах живота, тошноту, рвоту застойным содержимым, отсутствие отхождения газов, отсутствие стула, вздутие живота.

Со слов больной, указанные жалобы беспокоили несколько дней. Лечилась самостоятельно, применяла очистительные клизмы. На фоне проводимого лечения состояние без динамики. В связи с ухудшением общего состояния доставлена в хирургическое отделение.

Из анамнеза жизни: в течение последних 5 мес отмечала периодическую тупую ноющую боль в эпигастриальной и околопупочной области. За медицинской помощью не обращалась.

При поступлении состояние больной тяжелое. Нормостенического телосложения, обычного питания. Температура тела — 36,5 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков

нет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноваты. Дыхание в легких везикулярное, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, артериальное давление — 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 100 в 1 мин. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации — мягкий, болезненный в эпигастриальной и околопупочной области. Перистальтика не выслушивается. Определяется шум «плеска» в околопупочной области. Симптомы Склярова, Кивуля — положительные.

Ректально: тонус сфинктера сохранен, патологических образований не выявлено, ампула прямой кишки пустая.

При поступлении больной выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости: выраженная пневматизация тонкой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (ОБП): петли тонкой кишки переполнены кишечным содержимым и газом, из-за чего исследование затруднено (рис. 1).

Выполнена спиральная компьютерная томография ОБП с пероральным контрастированием (рис. 2).

На фоне резко переполненных петель тонкой кишки кишечным содержимым и газом (рис. 3) определяется тонко-тонкокишечная инвагинация (опухоль тонкой кишки?).

Больная в ургентном порядке оперирована. Интраоперационно: петли тонкой кишки переполнены кишечным содержимым и газом, расширены до 5–6 см. На расстоянии 1 м от илеоцекального угла в просвете кишки пальпируется конкремент размером до 6,0 × 3,5 см, дистальнее которого петли тонкой кишки спавшиеся (рис. 4). При дальнейшей ревизии выявлен холецистоюнальный свищ с соустьем диаметром до 1,5 см, расположенный впередиободочно на 60 см дистальнее связки Трейца, стенки последнего хрящевидной плотности, герме-

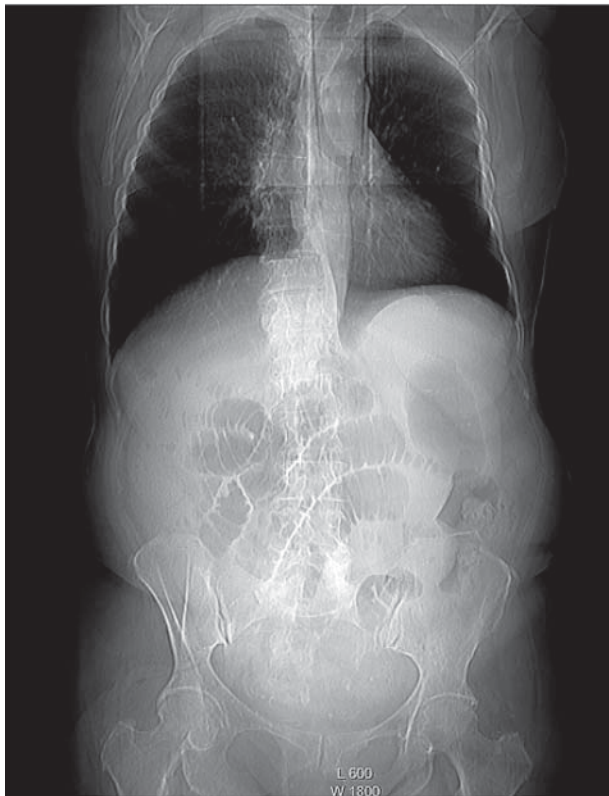


Рис. 1. Обзорная рентгенография ОБП. Выраженная пневматизация тонкой кишки



Рис. 2. Резко переполненные петли тонкой кишки тонкокишечным содержимым и газом

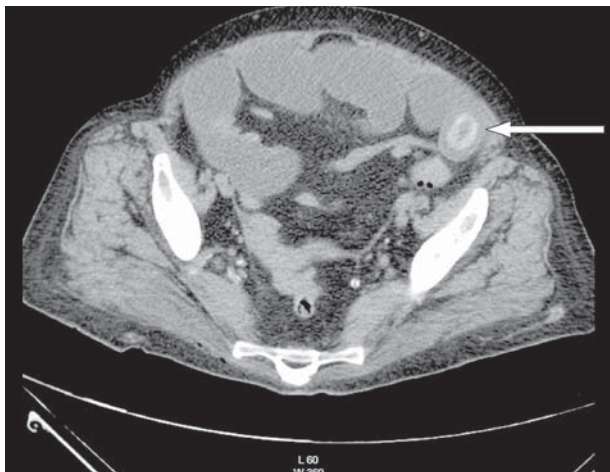


Рис. 3. Тонко-тонкокишечная инвагинация (опухоль тонкой кишки?) (указано стрелкой). Дистальнее тонкая кишка спаиваяся



Рис. 4. Желчный конкремент в просвете тонкой кишки (указан стрелкой). Проксимальнее петли тонкой кишки переполнены кишечным содержимым и газом

тичны. Над конкрементом в тонкой кишке выполнена энтеротомия, конкремент удален (рис. 5), через энтеротомический разрез опорожнена тонкая кишка. Выполнена энтерография. Лаваж брюшной полости. Брюшная полость дренирована двумя дренажами, установленными в Дугласово пространство.

Ретроспективно проведен анализ компьютерных томограмм. При детальном рассмотрении выявлена аэрохолия и сам холецистоюнальный свищ (рис. 6, 7). По нашему мнению, причиной его образования были частые приступы ЖКБ с фиксацией сперва большого сальника к желчному пузырю, а затем, через сформированное «окно» фиксировалась петля тощей кишки с образованием пролежня стенки фиксированных органов желчным конкрементом.

Образование в тонкой кишке (см. рис. 3) является желчным конкрементом, симулирующим тонко-тонкокишечную инвагинацию, опухоль

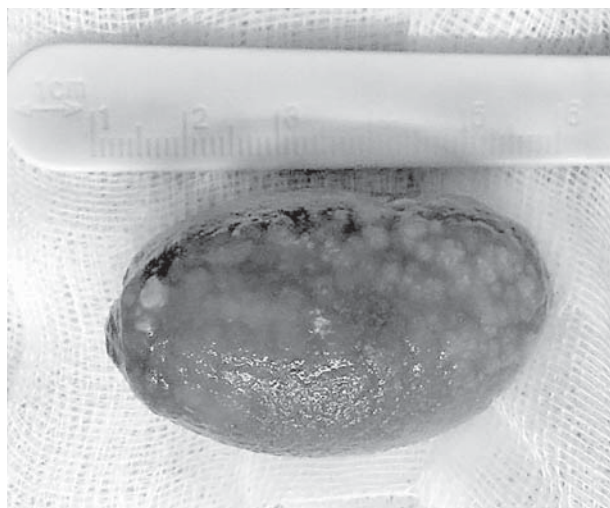


Рис. 5. Удаленный желчный конкремент

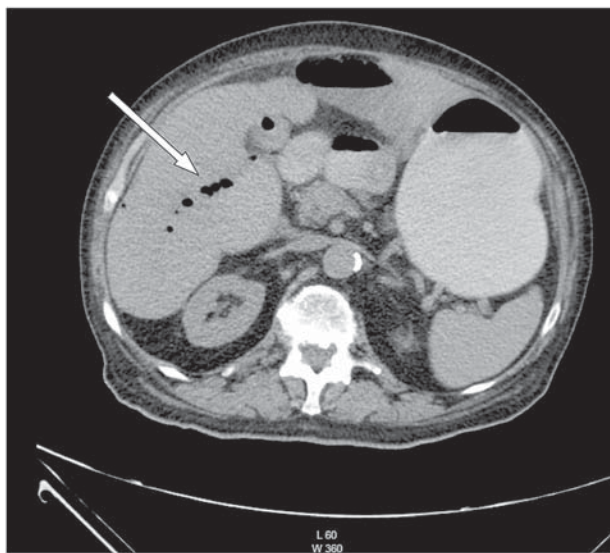


Рис. 6. Аэрохолия (указана стрелкой)

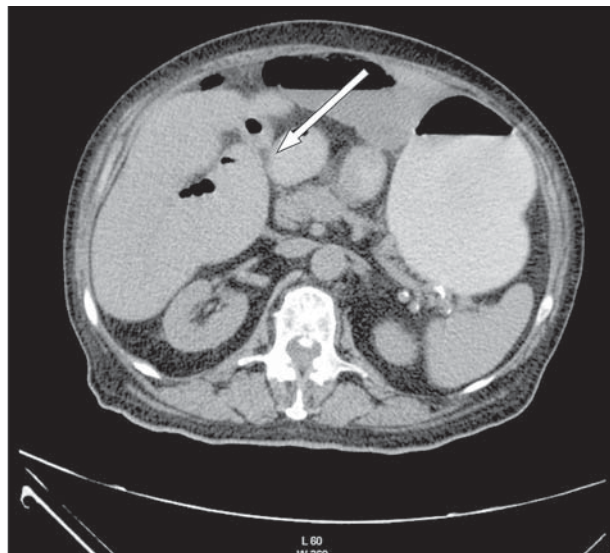


Рис. 7. Холецистоюнальный свищ (указан стрелкой)

тонкой кишки. Неоднородная его компьютерно-томографическая структура говорит о том, что первоначально конкремент был холестериновым, а в последующем произошла инкрустация его билирубиновыми и пигментными солями.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Признаков холангита не было.

Выводы

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует такое уникальное осложнение ЖКБ, как впередиободочный холецистоэюнальный свищ. Несмотря на то, что данное осложнение является крайне редким, о нем необходимо помнить и учитывать на догоспитальном этапе у больных с ЖКБ и острой кишечной непроходимостью.

Литература

1. Абрамов А. А. Хирургическое лечение острого холецистита и его осложнений: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2005. — С. 3—10.
2. Гальперин Э. И., Вершев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. — 2-е изд. — М.: Видоф, 2009. — 568 с.
3. Горский В. А., Фаллер А. П., Ованесян Э. Р. и др. Желчнокаменная кишечная непроходимость // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 79.
4. Лохвицкий С. В. Особенности хирургической тактики при различных формах холецисто- и холедоходигестивных свищей // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 100.
5. Тенета С. Б. Кишечная непроходимость, вызванная камнем желчного пузыря // *Хирургия*. — 1998. — № 3. — С. 56.
6. Lobo D. N., Jobling J. C., Balfour T. W. Gallstone ileus: diagnostic pit fall and therapeutic successes // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2000. — Vol. 30. — P. 72—76.

О. В. Бондаренко, К. І. Павлов

КЛПЗ «Мар'їнська центральна районна лікарня», Красногорівка

УНІКАЛЬНЕ УСКЛАДНЕННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Представлено клінічне спостереження унікального ускладнення жовчнокам'яної хвороби — попередубодової холецистоэюнальної нориці, ускладненої гострою обтураційною (жовчний конкремент) тонкокишковою непрохідністю. За даними літератури, у структурі біліодегістивних нориць частіше трапляються холецистодуоденальні нориці, що пов'язано з топографо-анатомічним співвідношенням цих органів. У 3,4 % випадків трапляються холецистотрансверзальні нориці, у 3,3 % — холецистогастральні. У світовій літературі описано поодинокі випадки холецистоэюнальних нориць. Незважаючи на те, що це ускладнення жовчнокам'яної хвороби є вкрай рідкісним, про нього необхідно пам'ятати і враховувати на догоспітальному етапі у хворих з жовчнокам'яною хворобою та гострою кишковою непрохідністю.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, попередубодова холецистоэюнальна нориця, гостра кишкова непрохідність.

A. V. Bondarenko, K. I. Pavlov

Maryinka's Central Regional Hospital, Krasnogorivka

UNIQUE COMPLICATION OF CHOLELITHIASIS

The article presents the clinical case of a unique complication of cholelithiasis — antecolic-cholecysto-jejunal fistula complicated with acute small bowel obstruction (with gallstone). According to the literature, the most common biliodigestive fistulas are cholecysto-duodenal fistulas, due to the peculiarities of topographic-anatomical relations of these organs. 3.4 % of cases are cholecystotransversae fistulas, 3.3 % — cholecystogastric. According to world literature, there are described isolated cases of cholecysto-jejunal fistula. Despite the fact that these complications of cholelithiasis is extremely rare, it is important to remember and be careful with patients with cholelithiasis and acute intestinal obstruction.

Key words: cholelithiasis, antecoliccholecystojejunal fistula, acute intestinal obstruction.