

© CC 0 Коллектив авторов, 2019
 УДК 616.366-003.7-06:616.341-007.271
 DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-6-59-62

ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. И. Давыдкин*, П. И. Карпушкина, А. В. Пигачев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева»
 Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Саранск, Россия

Поступила в редакцию 07.08.19 г.; принята к печати 11.12.19 г.

Обтурационная тонкокишечная непроходимость является очень редким осложнением желчнокаменной болезни. Она возникает при длительном нахождении в желчном пузыре больших камней, которые проникают в просвет двенадцатиперстной кишки через пузырно-дуоденальный свищ. Обструкция чаще наблюдается в терминальном отделе подвздошной кишки. Клиника атипичная и имеет двухфазный характер. В начале заболевания клиника напоминает острый холецистит, а затем развивается клиническая картина острой кишечной непроходимости. При жизнеспособности тонкой кишки энтеролитотомия является оптимальной операцией.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острая кишечная непроходимость, энтеролитотомия, синдром Bouveret

Для цитирования: Давыдкин В. И., Карпушкина П. И., Пигачев А. В. Обтурационная тонкокишечная непроходимость как редкое осложнение желчнокаменной болезни. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(6): 59–62. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-6-59-62.

* **Автор для связи:** Василий Иванович Давыдкин, ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева» Минобрнауки России, 430032, Россия, г. Саранск, ул. Ульянова, д. 26. E-mail: v-dav@mail.ru.

SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION AS A RARE COMPLICATION OF GALLSTONE DISEASE

Vasily I. Davydkin*, Pelageya I. Karpushkina, Andrey V. Pigachev

National Research Ogarev Mordovia State University, Saransk, Russia

Received 07.08.19; accepted 11.12.19

Small intestinal obstruction is a very rare complication of gallstone disease. It occurs when large stones are found in the gallbladder for a long time, which penetrate into the lumen of the duodenum through the cholecysto-duodenal fistula. Obstruction is more often observed in the terminal part of the ileum. The clinic is atypical and has a two-phase character. At the beginning of the disease, the clinic resembles acute cholecystitis, and then the clinical picture of acute intestinal obstruction develops. With the viability of the small intestine, the enterolithotomy is the optimal operation.

Keywords: gallstone disease, acute intestinal obstruction, enterolithotomy, Bouveret syndrome

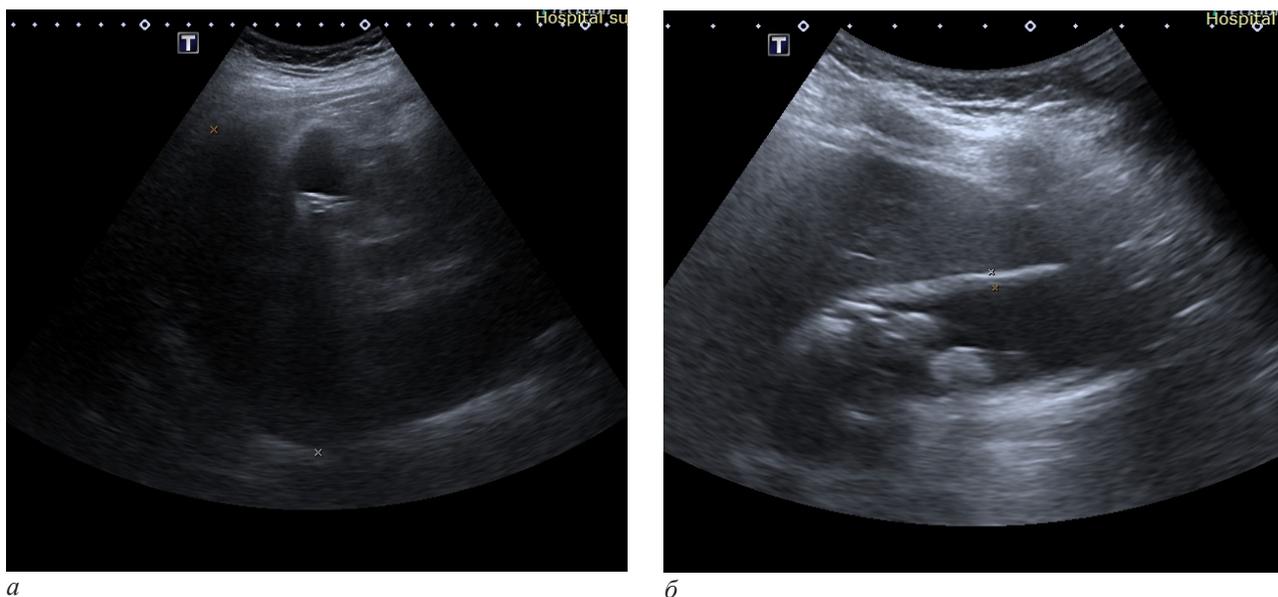
For citation: Davydkin V. I., Karpushkina P. I., Pigachev A. V. Small intestinal obstruction as a rare complication of gallstone disease. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019;178(6):59–62. (In Russ.). DOI:10.24884/0042-4625-2019-178-6-59-62.

* **Corresponding author:** Vasily I. Davydkin, National Research Mordovia State University, 68, Bolshevistskaya street, Saransk, Republic of Mordovia, 430005, Russia. E-mail: v-dav@mail.ru.

Введение. Желчнокаменная болезнь – одно из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости [1]. К числу самых редких осложнений желчнокаменной болезни относится тонкокишечная непроходимость (билиарный илеус, синдром Bouveret's), которая составляет 0,3–0,6 %

от всех случаев острой кишечной непроходимости [2]. В таких ситуациях очень трудно установить причину заболеваний до операции [3, 4].

Обструкция конкрементом возможна на уровне двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки, однако чаще она происходит в терминальном



а

б

Рис. 1. Эхограмма печени и желчного пузыря: а – аэрохолия: спавшийся желчный пузырь, в просвете пузыря газ; б – калькулез желчного пузыря: в области кармана Гартмана имеются множественные камни и утолщение стенки желчного пузыря до 6 мм

Fig. 1. The echogram of the liver and gallbladder: а – aerocolism: a collapsed gall bladder, gas in the lumen of the bladder; б – calculus of the gallbladder: there are multiple stones in the Hartman's pouch and a thickening of the gallbladder wall up to 6 mm

отделе подвздошной кишки, что объясняется более узким просветом этого отдела и более низкой перистальтической активностью [1].

Цель исследования – обратить внимание хирургов на возможность развития редкой и трудной для диагностики острой тонкокишечной непроходимости.

Клиническое наблюдение. Больная К., 68 лет, пенсионерка, доставлена в приемное отделение машины скорой помощи 19.11.2018 г. с направительным диагнозом: «Острый холецистит» через 7 дней от начала заболевания.

При поступлении предъявляла жалобы на боли в животе спастического характера после приема пищи и жидкости, тошноту, многократную рвоту, неполноценное отхождение газов и стула, сухость во рту.

Анамнез заболевания: больна в течение 7 дней, когда появились боли в правом подреберье. Принимала самостоятельно Но-шпу в таблетках, которая вызывала временное улучшение, затем боли в животе приобрели схваткообразный характер. Страдает ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью, саркоидозом легких. Перенесла аппендэктомию в юности и кесарево сечение 36 лет назад. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости 20 лет назад выявлялся «песок» в просвете желчного пузыря, боли в правом подреберье никогда не беспокоили, диету не соблюдала, не наблюдалась и не обследовалась.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, пульс – 120 уд./мин, артериальное давление (АД) – 140/80 мм рт. ст. Температура тела – 37,4 °С. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный во всех отделах, больше в эпигастальной и параумбиликальной областях. При аускультации живота выслушивалась усиленная кишечная перистальтика, в мезогастрии определялся «шум плеска». Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки свободная, безболезненная, нависания

стенок нет. Установлен диагноз: «Спаечная болезнь брюшины? Острая тонкокишечная непроходимость. Сопутствующий диагноз: ИБС, стенокардия напряжения II ф. к. Гипертоническая болезнь II ст., ХСН I ст. III ф. к.».

Больной было назначено обследование: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, фибриноген, протромбиновый индекс, свертываемость, кровоточивость, определение группы крови и резус-фактора, электрокардиограмма (ЭКГ), УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография груди и живота.

При эхоскопии: печень не увеличена, внутривенные протоки не расширены, холедох 5 мм. Желчный пузырь 6,0×3,0×3,0 см с утолщенными до 6 мм стенками, деформирован. В области Гартманова кармана желчного пузыря множество конкрементов разных размеров, дающих акустические тени. В области дна имеется газ, который затрудняет обзор просвета пузыря (рис. 1). Поджелудочная железа не увеличена, структура неоднородная, уплотнена. Расширения Вирсунгова протока нет. Тонкая кишка была резко дилатирована, с большим количеством жидкого содержимого, наблюдается активная глубокая перистальтика с маятникообразным перемещением содержимого. Утолщены складки Керкринга. В малом тазу определяется незначительное количество свободной жидкости.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в просвете тонкой кишки определяются газ и множественные уровни жидкости. Заключение: «Острая тонкокишечная непроходимость» (рис. 2).

В клиническом анализе крови отмечалось сгущение: гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – $4,7 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 44,6%; лейкоцитоз до $9,8 \cdot 10^9$ /л. Свертываемость крови – 6 мин, кровоточивость – 20 с. Биохимический анализ крови без особенностей, уровень калия и натрия в норме. На ЭКГ – без патологии. Больная консультирована терапевтом, назначена терапия Ацекардолом 100 мг вечером однократно, Эналаприлом 2,5 мг 2 раза в день под контролем артериального давления.

В результате инструментального обследования установлен окончательный диагноз: «Острая тонкокишечная непроходимость». Проведена декомпрессия желудка через зонд, выполнена сифонная клизма. Больной показана неотложная

операция, на которую получено согласие. Операционно-анестезиологический риск по классификации ASA – III.

Выполнена верхне-срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено до 500 мл мутного содержимого. Тонкая кишка вздута на всем протяжении, петли кишки отечные, гиперемированы. Толстая кишка в спавшемся состоянии. В тонкой кишке в области илеоцекального угла обнаружено подвижное плотное образование 5,0×4,0 см, которое полностью обтурировало просвет тонкой кишки. Образование было расценено как опухоль, но при пальпации оказалось подвижным. Попытка смещения образования в слепую кишку была неэффективна, поэтому оно было смещено вверх по тонкой кишке на расстояние 1,5 м от связки Трейца, где воспалительные изменения были менее выраженные, чем в дистальных отделах.

Выполнена поперечная энтеротомия противобрыжеечного края тонкой кишки, откуда был извлечен плотный желчный камень желтого цвета размерами 5×4 см (рис. 3). Энтеротомная рана ушита двухрядным швом. В брюшной полости в правом подреберье пальпировался плотный инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, большого сальника и двенадцатиперстной кишки, который разделить не представлялось возможным из-за угрозы повреждения стенок полых органов. Выполнена интраоперационная гастродуоденоскопия. На передней стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки имеется зона инфильтрации, откуда при инсуффляции воздуха поступают желчь и гной. Установлен зонд в желудок, брюшная полость осушена, дренирована в отлогах местах тремя дренажными трубками, выведенными через контрапертуры.

Послеоперационный диагноз: «Желчнокаменная болезнь. Холецистодуоденальный свищ. Острая обтурационная (желчнокаменная) тонкокишечная непроходимость. Распространенный серозный перитонит».

В послеоперационном периоде больная получала интенсивную терапию, включая цефалоспорины внутривенно капельно, инфузионную терапию, стимуляцию кишечной перистальтики со 2-го дня послеоперационного периода, прокинетики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Зонд извлечен на 3-й день, дренажи удалены на 4-й день, стул восстановился на 4-й день. Заживление операционной раны первичным натяжением. Больная выписана домой на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдением хирурга в поликлинике по месту жительства. Осмотрена через 3 месяца, жалоб не предъявляет. От предложенной холецистэктомии категорически отказалась.

Обсуждение и выводы. Желчнокаменная кишечная непроходимость из-за своей редкости представляет значительные трудности для диагностики и лечения. Большое значение в постановке правильного диагноза имеет тщательный анамнез заболевания [5]. Воспалительный процесс в желчном пузыре на фоне рецидивирующего течения приводит к выраженному перивезикальному процессу, а локальный некроз и пролежень пузырной стенки – к перфорации прилежащей дуоденальной стенки и формированию билиодигестивного (холецистодуоденального) свища [1].

До настоящего времени идет дискуссия относительно тактики хирургического лечения. При жизнеспособной тонкой кишке энтеролитотомия является оптимальной операцией [6] при неизменной кишечной стенке. При наличии деструктивных изменений в кишке выполняется резекция пораженной части кишки.

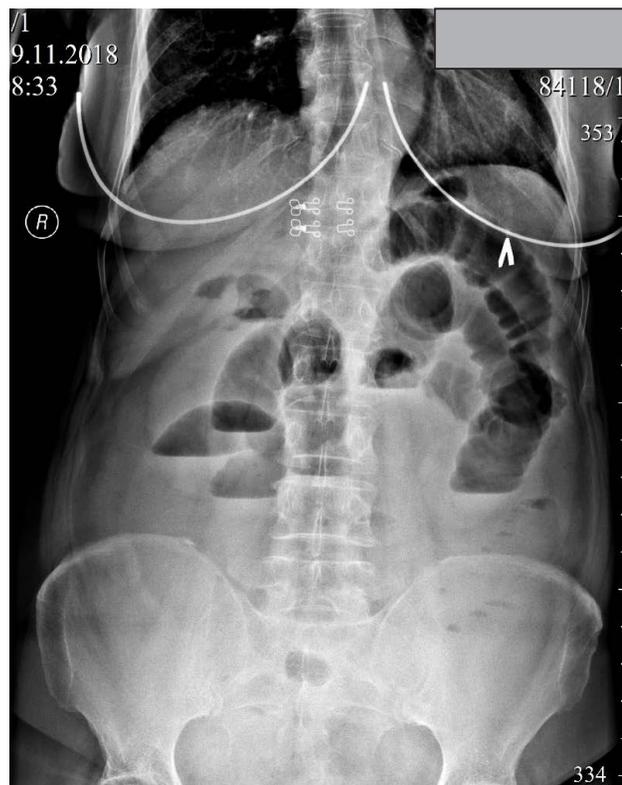


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости. Определяются множественные чашки Клойбера
Fig. 2. X-ray of the abdominal cavity. Multiple Kloiber's cups are defined



Рис. 3. Желчный камень, извлеченный из подвздошной кишки
Fig. 3. Gallstone extracted from the ileum

При сочетании острого холецистита и желчнокаменной непроходимости наиболее оправдано двухэтапное лечение [6]: на первом этапе устраняется обтурационная тонкокишечная непроходимость, на втором – холецистэктомия с ликвидацией холецистодуоденального свища в плановом порядке после купирования воспаления.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дибиров М. Д., Фомин В. С., Цальцаев А. Ш. Особенности диагностики и хирургической тактики при желчнокаменной кишечной непроходимости (обзор литературы) // Хирург. практика. 2016. № 1. С. 39–45.
2. Федотова Е. В., Петрушин А. Л. Клиническое наблюдение синдрома Bouveret (билиарный илеус) // Вестн. эксперим. и клин. хир. 2015. Т. 8, № 3. С. 277–280.
3. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость / В. А. Белобородов, Е. А. Кельчевская, Е. Г. Дертышников, И. И. Гилева // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2015. Т. 135, № 4. С. 92–95.
4. Алиев Ф. Ш., Аборин С. А. Острая кишечная непроходимость желчным камнем (клинический случай) // Унив. медицина Урала. 2017. Т. 3, № 1 (8). С. 4–5.

5. Давидов М. И., Никонова О. Е. Опыт диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости // Мед. альм. 2015. № 3 (38). С. 230–233.
6. Желчнокаменная кишечная непроходимость (с комментарием) / З. М. Деметрашвили, Г. А. Асатиани, Г. Ш. Немсадзе, Г. З. Кенчадзе // Хирургия : Журн. им. Н. И. Пирогова. 2012. № 3. С. 65–68.

REFERENCES

1. Dibirov M. D., Fomin V. S., Tsaltsaev A. Sh. Features of diagnostics and surgical tactics in gallstone intestinal obstruction (literature review). Surgical practice. 2016;1:39–45. (In Russ.).
2. Fedotova E. V., Petrushin A. L. Clinical observation of Bouveret syndrome (biliary ileus). Bulletin of experimental and clinical surgery. 2015;8(3):277–280. (In Russ.).
3. Beloborodov V. A., Kelchevskaya E. A., Dertyshnikov E. G., Gileva I. I. Gallstone intestinal obstruction. Siberian medical journal (Irkutsk). 2015;135(4):92–95. (In Russ.).
4. Aliyev F. Sh., Oborin S. A. Acute intestinal obstruction by gall stone (a clinical case). University medicine of the Urals. 2017;3(1(8)):4–5. (In Russ.).
5. Davidov M. I., Nikonova O. E. Experience of diagnosis and treatment of gallstone intestinal obstruction. Medical almanac. 2015;3(38):230–233. (In Russ.).
6. Demetrasvili Z. M., Asatiani G. A., Nemsadze G. Sh., Kenchadze G. Z. Gallstone intestinal obstruction (with comment). Surgery. Journal named after N. I. Pirogov. 2012;3:65–68. (In Russ.).

Информация об авторах:

Давыдкин Василий Иванович, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой госпитальной хирургии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (г. Саранск, Россия), ORCID: 0000-0002-4201-9661; **Карпушкина Пелагея Ильинична**, канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (г. Саранск, Россия), ORCID: 0000-0002-5786-0998; **Пигачев Андрей Вениаминович**, канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (г. Саранск, Россия), ORCID: 0000-0001-7557-7910.

Information about authors:

Davydkin Valiliy I., Head of Department of Hospital Surgery, National Research Mordovian State University (Saransk, Mordovia), ORCID: 0000-0002-4201-9661; **Karpushkina Pelageya I.**, Associate Professor, Cand. Sci. (Med.), Department of Hospital Surgery, National Research Mordovian State University (Saransk, Mordovia), ORCID: 0000-0002-5786-0998; **Pigachev Andrey V.**, Associate Professor, Cand. Sci. (Med.), Department of Hospital Surgery, National Research Mordovian State University (Saransk, Mordovia), ORCID: 0000-0001-7557-7910.