

© А. Г. Хасанов, М. А. Нуртдинов, А. В. Ибраев, 2015
УДК 616.34-003.7-06:616.34-007.272-07-089

А. Г. Хасанов, М. А. Нуртдинов, А. В. Ибраев

ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ЖЕЛЧНЫМИ КАМНЯМИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
(ректор — проф. В. Н. Павлов), г. Уфа

Ключевые слова: билиарный илеус

Введение. Частота желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости по отношению к общему числу всех наблюдений кишечной непроходимости составляет от 0,17 до 6,2%, а по данным иностранных хирургов — от 0,63 до 7%. Больные с билиарным илеусом (БИ) среди всех пациентов с обтурационным илеусом составляют, по данным отечественной литературы, от 1,83 до 9,32%, а по иностранной — от 0,24 до 3,4% [2, 3, 7].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее время в хирургическом лечении заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, проблема хирургического лечения желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости полностью сохраняет свою актуальность [5]. Большинство отечественных авторов склоняются к двухэтапному лечению. На первом этапе предлагается устранять кишечную непроходимость, при благоприятном исходе и отсутствии противопоказаний — холецистэктомия с ликвидацией билиодигестивного свища [1].

Однако имеется точка зрения, предполагающая радикальное лечение, — одномоментное устранение кишечной непроходимости и билиодигестивного свища [7]. В то же время, Б. В. Петровский и соавт. [4] не рекомендуют одномоментно с разрешением БИ ликвидировать билиодигестивный свищ. Хотя опасность рецидива или инфицирования желчных путей часто преувеличена, одномоментная ликвидация свища увеличивает риск операции [6–10]. В связи с вышеизложенным представляется актуальным исследование нашего небольшого опыта

хирургического лечения больных с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью.

Материал и методы. Нами проведен анализ 1357 историй болезней больных с острой кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в клиниках г. Уфы. Среди них у 43 (3,2%) пациентов причиной кишечной непроходимости явились желчные камни, а среди 18 965 больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, в клиниках г. Уфы (1973–2014 гг.) больные с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью составили 0,2%. Возраст больных был от 55 до 85 лет, средний возраст больных составил (64,2±5,3) года, т. е. большинство больных были в преклонном возрасте. Из них мужчин было 8 (18,6%), женщин — 35 (81,4%).

В анализ включены 23 больных (контрольная группа) с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях г. Уфы за период с 1973 по 1993 г. Кроме того, в исследование включены 20 пациентов (основная группа) с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью, находившиеся на лечении в отделении хирургии Городских клинических больниц № 13 и № 8 с 1994 по 2014 г. В основной группе в комплекс клинического обследования были включены диагностическая лапароскопия и ультразвуковое исследование.

Результаты и обсуждение. В основной группе в первые 6 ч после госпитализации оперированы 15 (75,0%) больных. В контрольной, где больных обследовали традиционно, — 8 (34,8%). К концу 1-х суток в основной группе оперированы остальные 5 (25,0%) больных.

В контрольной группе в течение 1-х суток с момента госпитализации оперированы 8 (34,8%) человек, среди которых 6 (26,1%) поставлен диагноз острой кишечной непроходимости (ОКН), 1 (4,3%) больному — тромбоз мезентериальных сосудов, 1 (4,3%) — перитонит неясной этиологии. Остальные 7 (30,4%) пациентов контрольной

Сведения об авторах:

Хасанов Анвар Гиниятович (e-mail: hasanovag@mail.ru), Нуртдинов Марат Акдасович (e-mail: nurtdinovma68@mail.ru), Ибраев Айрат Вагизович (e-mail: Denis-homyak@mail.ru), ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Уфа, ул. Ленина, 3

группы оперированы в сроки от 43 ч до 7 сут после поступления в стационар, у 5 (21,7%) из них операции начинали по поводу ОКН, у 1 (4,3%) — по поводу предполагавшегося острого деструктивного холецистита, у 1 (4,3%) — по поводу пилорoduоденальной непроходимости, выявленной до оперативного вмешательства.

В основной группе у всех 20 (100,0%) больных оперативное вмешательство выполняли из срединной лапаротомии.

В контрольной группе у 19 (82,6%) пациентов оперативное вмешательство выполнено также из срединного доступа, наиболее удобного для полноценной ревизии органов брюшной полости. Доступ Кохера использован в 2 (8,7%) и пара-ректальный доступ — в 1 (4,3%) наблюдении. У 1 больного оперативное вмешательство начато из доступа Волковича—Дьяконова с последующим переходом на срединную лапаротомию.

По локализации желчных камней больные распределялись следующим образом. У 19 (44,2%) пациентов — в тощей кишке на расстоянии 10–15 см от двенадцатиперстно-тонкокишечного изгиба (связки Трейтца). Пилорoduоденальная непроходимость была у 1 человека, в 23 (53,4%) случаях — в подвздошной кишке.

Размеры желчного камня варьировали от 3×2 до 12×8 см.

У 1 пациента во время операции обнаружили 2 желчных камня, один из которых большого размера вызвал обтурацию тонкой кишки. В послеоперационном периоде произошла эвентрация, что потребовало релапаротомии.

У другого больного на 21-е сутки после операции возникла повторная непроходимость, обусловленная другим желчным камнем, потребовавшая релапаротомии, в дальнейшем также развилась эвентрация.

У 2 больных (80 и 89 лет) выше уровня непроходимости тонкая кишка имела участки очагового некроза и была резецирована вместе с желчным камнем с созданием анастомоза «бок в бок». Одна больная выписана, в другом случае наступил летальный исход. Во всех наблюдениях тонкая кишка выше обтурации была раздута, гиперемирована, ниже — спавшаяся. Было характерным наличие плотного инфильтрата в правом подпеченочном пространстве, что делало невозможным какую-либо ревизию этой зоны у 5 больных. В 3 наблюдениях ревизию подпеченочного пространства не проводили. У остальных оперированных больных желчный пузырь не дифференцировался из-за спаечного процесса в подпеченочном пространстве, что свидетельствовало о наличии соустья между желчным пузырем и просветом

двенадцатиперстной кишки, а у 1 — соустья с просветом тощей кишки, через которое отходили конкременты.

Объем оперативного вмешательства в большинстве наблюдений был минимальным, направленным на ликвидацию ОКН и спасение жизни больного. До сих пор нет единого мнения о том, на каком уровне производить энтеротомию. И.В.Климанский и С.Г.Шаповальянц [2] рекомендуют сместить желчный камень в оральном направлении и после этого рассекать кишку. Энтеротомия ниже уровня непроходимости выполнена 11 пациентам, над конкрементом — 8 больным. Резекция тонкой кишки произведена 2, гастротомия с удалением желчного камня — 1 больному (табл. 1).

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств, выполненных при билиарном илеусе

Виды операций	Абс. число	%
Гастротомия	1	2,3
Энтеротомия	28	65,1
Резекция тонкой кишки	10	23,2
Операция Гартмана	1	2,3
Энтеротомия, холецистэктомия	2	4,6
Илеостомия	1	2,3
Закрытая интубация тонкой кишки	11	25,6
Открытая декомпрессия	3	6,9

Мы считаем оптимальным опорожнение вышележащих отделов кишки перед энтеротомией с помощью назоинтестинального зонда, проведенного до уровня обтурации камнем. При невозможности провести эту процедуру из-за спаечного процесса или инфильтрата в правом подреберье необходимо пережать нижележащие отделы тонкой кишки жомом и после энтеротомии тщательно опорожнить вышележащие отделы кишечника зондом. Это связано с тем, что накопившиеся продукты распада, продвигаясь по кишке, начинают быстро всасываться в нижележащих отделах, что приводит к утяжелению состояния или эндотоксическому шоку. Закрытая декомпрессия тонкой кишки с аспирацией содержимого произведена 11 больным, открытая декомпрессия — зондом Байкова (1), электроотсосом (2). Наружная декомпрессия через илеостому выполнена в 1 наблюдении.

В анализируемой группе острая желчнокаменная непроходимость кишечника сочеталась с деструктивным холециститом у 4 больных. В 3 наблюдениях отмечен гангренозно-измененный желчный пузырь. Помимо ликвидации непро-

Таблица 2

Осложнения раннего послеоперационного периода

Осложнения	Основная группа (n=20)		Контрольная группа (n=23)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Нагноение раны	2	10,0	8	34,8
Эвентрация	1	5,0	2	8,7
Несостоятельность швов межкишечного анастомоза	1	5,0	1	4,3
Поддиафрагмальный абсцесс	0	—	2	8,7
Межкишечный абсцесс	0	—	1	4,3
Повторная обтурация	1	5,0	1	4,3

ходимости путем энтеротомии, выполнены холецистэктомия и ликвидация внутреннего желчного свища. В одном наблюдении был обнаружен острый флегмонозный холецистит, при этом в полости желчного пузыря находился конкремент. Выполнена холецистолитотомия с последующим наложением холецистостомы. В послеоперационном периоде умерли 2 больных.

Хотелось бы отметить, что тяжелая интоксикация, нарушение водно-электролитного баланса в совокупности с послеоперационным парезом кишечника и присоединяющимся перитонитом, встречающиеся при ОКН, приводят к значительному снижению функции печени и почек. Поэтому при ОКН, особенно с перитонитом, требуется интенсивная терапия с обязательным применением экстракорпоральных методов детоксикации.

В послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдались следующие осложнения: нагноение раны было у 8 (34,8%) больных, эвентрация — у 2 (8,7%), несостоятельность межкишечного анастомоза — у 1 (4,3%), поддиафрагмальный абсцесс — у 2 (8,7%), межпечельный абсцесс — у 1 (4,3%). В одном наблюдении в послеоперационном периоде возникла повторная обтурация тонкой кишки желчным камнем, потребовавшая релапаротомии (табл. 2). Умерли 10 (43,5%) больных. Причинами смерти явились тяжелая интоксикация, нарушение водно-электролитного баланса, некупирующийся перитонит, тяжелые сопутствующие заболевания.

В основной группе летальный исход отмечен в 4 (20,0%) случаях: тромбоэмболия легочной артерии — у 1 (5,0%), повторный инфаркт миокарда — у 1 (5,0%), госпитальная пневмония — у 1 (5,0%) и повторный ишемический инсульт — у 1 (5,5%) больного.

Остается спорным вопрос об одновременной ликвидации непроходимости и пузырьно-кишечного свища. Некоторые авторы [5] полагают, что патологическое соустье следует ликвидировать через

4–6 мес после операции. Однако, по данным других авторов, ликвидация свища одновременно с устранением острой кишечной непроходимости намного увеличивает риск оперативного вмешательства даже при минимальном его объеме. В связи с запоздалым хирургическим лечением послеоперационная летальность была высокой. Б. В. Петровский и О. Б. Милонов [4] не наблюдали летальных исходов на 10 операциях по поводу ОКН, вызванной желчными камнями, когда вмешательство заканчивалось только ликвидацией непроходимости. Мы считаем, что сочетанная операция может оказаться слишком тяжелой для больного в связи с расстройством водно-электролитного баланса, обусловленным высокой кишечной непроходимостью. Кроме того, без предварительных (рентгенологического, эндоскопического) исследований трудно определить характер свища и его взаимоотношение с соседними органами, что значительно осложняет проведение оперативного вмешательства. Разобщение билиодигестивного свища оправдано лишь в вынужденных ситуациях — при перфорации желчного пузыря или двенадцатиперстной кишки, деструктивном холецистите.

Выводы. 1. Желчнокаменная непроходимость кишечника возникает преимущественно у лиц пожилого возраста, что обуславливает высокий уровень летальности.

2. Необходимо ограничивать объем оперативного вмешательства до энтеротомии при устранении билиарного илеуса.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бохан К. Л. К 100-летию с момента первой в России операции по поводу билиарного илеуса // Хирургия. 1993. № 7. С. 80–83.
2. Климинский И. В., Шаповальянц С. Г. Диагностика и лечение желчнокаменной непроходимости кишечника // Вестн. хир. 1975. № 8. С. 35–39.
3. Кригер А. Г., Андрейцев И. Л., Ованесян Э. Р. и др. Обтурационная кишечная непроходимость, обусловленная желчными камнями // Хирургия. 2003. № 9. С. 51–56.

4. Петровский Б.В., Милонов О.Б. Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных путей. М.: Медицина, 1990. С. 246–253.
5. Субботин В.М., Бусырев Ю.Б., Давидов М.И. Радикальная операция при желчнокаменной кишечной непроходимости // *Анналы хир.* 2000. № 4. С. 31–33.
6. Федоров А.В., Чернова Т.Г. Желчнокаменная непроходимость тонкой кишки // *Хирургия.* 1992. № 1. С. 37–42.
7. Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Нурмухаметов А.А. и др. Желчнокаменная непроходимость кишечника // *Хирургия.* 2002. № 4. С. 57–60.
8. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Хоменко В.С. и др. Особенности клинической картины и хирургического лечения желчнокаменной кишечной непроходимости // *Хирургия.* 1986. № 2. С. 58–60.
9. Cheng H. Image of the month. Gallstone ileus // *Gastroenterology.* 2004. Vol. 127, № 3. P. 705.
10. Khalid M. What's your diagnosis? Gallstone ileus // *Ann. Saudi Med.* 2004. Vol. 24, № 5. P. 373–402.

Поступила в редакцию 15.12.2014 г.

A. G. Khasanov, M. A. Nurtdinov, A. V. Ibraev

OBTURATIVE BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY GALLSTONES

Bashkir State Medical University

The article discussed the results of surgical treatment of obturative bowel obstruction caused by gallstones. An analysis of results was made in two groups of patients. Ultrasonic tomography and laparoscopic diagnostics were used in the main group. An application of modern methods of diagnostics allowed reducing of lethality rate.

Key words: *biliary duct*