

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© СИРОТКИН О.О., СИНЕНЧЕНКО Г.И. – 2016
УДК: 616.34-007.272

РЕДКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ПРИМЕРЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Олег Олегович Сироткин¹, Георгий Иванович Синенченко^{1,2}

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, директор – д.м.н., проф. В.Е. Парфёнов, отдел неотложной хирургии, зав. – д.м.н., проф. Г.И. Синенченко;
²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, начальник – д.м.н., проф. А.Н. Бельских, кафедра хирургии усовершенствования врачей № 2 с курсом неотложной хирургии, начальник – д.м.н., проф. Г.И. Синенченко)

Резюме. В статье приведен случай кишечной непроходимости, обусловленный обтурацией просвета кишки двумя желчными камнями, без некроза стенки кишечника. У пациентки отсутствовали характерные проявления острой кишечной непроходимости. Диагноз установлен интраоперационно. Объемом операции была энтеротомия с литоэкстракцией и последующим ушиванием кишки двурядным швом. В лечении пациентки применялись антигипоксанты.

Ключевые слова: редкие формы тонкокишечной непроходимости; желчнокаменная тонкокишечная непроходимость; билиарный илеус; энтеротомия.

A RARE FORM OF ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION IS DEMONSTRATED ON THE EXAMPLE OF GALLSTONE ILEUS

O.O. Sirotkin¹, G.I. Sinenchenko^{1,2}

¹St. Petersburg research institute of emergency care named after I.I. Janelidze, Saint-Petersburg, Russia;
²Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint-Petersburg, Russia)

Summary. The article represents a case of intestinal obstruction due to occlusion of the lumen of intestine by two gallstones without the necrosis of the intestinal wall. The patient had no characteristic manifestation of acute intestinal obstruction. The diagnosis had been established intraoperatively. The volume of operation was the enterotomy with lithoextraction and subsequent suturing of the intestine by double-row suture. In the treatment of the patient the antihypoxants were used.

Key words: rare form of small bowel obstruction; gallstone small bowel obstruction; biliary ileus; enterotomy.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из сложных проблем в неотложной хирургии. Она составляет от 3,8 до 4,5% от всех хирургических заболеваний органов брюшной полости. При этом острая тонкокишечная непроходимость составляет не менее 60% от всех больных с механической кишечной непроходимостью. Количество больных, страдающих нарушениями проходимости кишечника неопухолевого генеза, ежегодно увеличивается, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста [1,2]. Желчнокаменная кишечная непроходимость является редкой и трудной для диагностики и лечения патологией. Встречается у 0,2-2,1% больных острой кишечной непроходимостью и у 0,2-0,6% больных желчнокаменной непроходимостью. Летальность при билиарном илеусе достигает 11-20% [2,3].

Причиной развития билиарного илеуса является миграция желчных камней из просвета желчных протоков, чаще всего пузыря, в просвет тонкой кишки. Определяющим фактором является формирование пузырно-кишечного свища в результате патологического процесса в стенке желчного пузыря. Длительное воспаление с частыми обострениями приводит к выраженному спаечному перивезикальному процессу. Пролезть стенки желчного пузыря, возникающий вследствие компрессии конкрементами, на фоне воспаления приводит к перфорации прилежащей кишечной стенки и формированию билиодигестивного свища. Как правило, этот процесс протекает при наличии пузырной или протоковой гипертензии. Наиболее часто обтурация происходит на уровне терминального отдела подвздошной кишки, что объясняют сравнительной узостью просвета этого отдела, а также наиболее короткой брыжейкой [4].

Особенности клинической картины билиарного илеуса обусловлены тем, что непроходимость кишечника бывает, очевидно, частичной и носит интермиттиру-

ющий характер. Рентгенологические признаки билиарного илеуса – тени крупного желчного камня вне проекции желчного пузыря, аэрохолия, чаще всего остаются незамеченными или маскируются частичной кишечной непроходимостью [5]. При УЗИ неспецифическим симптомом является маятникообразная перистальтика, расширение просвета кишки.

Основным методом лечения билиарного илеуса является энтеротомия и удаление желчного камня. Большинство авторов рекомендуют производить энтеротомию ниже уровня обтурации, на неизменной стенке. При наличии некротических изменений в стенке кишки выполняют резекцию участка тонкой кишки в пределах здоровых тканей [4]. Однако объем резекции кишки в таком случае определяется по классическим канонам хирургии: 30-40 см в проксимальном направлении и 15-20 см в дистальном направлении от места обтурации. Хотя зона шовной полосы должна определяться индивидуально в каждом конкретном случае [6].

Так же в исследованиях многих авторов не акцентируется вопрос об реперфузионных повреждениях тонкой кишки при острой тонкокишечной непроходимости. Такой вопрос принципиален не только из-за теоретических, но и практических соображений, поскольку существование повреждений предусматривает возможность уменьшения их выраженности за счет применения фармакологических препаратов на основе янтарной кислоты, рибоксина, витамина В2, витамина РР [7].

Клиническое наблюдение:

Больная И., 69 лет (история болезни № 54510/717781), пенсионерка, не работает, доставлена в ОЭМП НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 04.11.2016 г. в 19:37 с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболела остро, когда 04.11.2016 в 15:00 появились вышеуказанные жалобы. Стула не было в течение 2-х суток. Диурез сохранен. Из анамнеза известно, что больная в

течение длительного времени страдает хроническим калькулезным холециститом, Гипертонической болезнью. Из перенесенных операций: аппендэктомия в 1969 г.

В приемном отделении при объективном обследовании: состояние больной относительно удовлетворительное, сознание ясное. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, пульс 110/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, преимущественно в эпигастрии. Печень не пальпируется, Аускультативно перистальтика вялая. Перитонеальные симптомы не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Температура тела 36,5°C. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек: Печень не увеличена, внутрипеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь сокращен, в полости лоцируется конкремент диаметром 2,6 см, холедох 0,9 см, расширен. Поджелудочная железа увеличена 3,6x2,9x3,3см, Контур не ровный, не четкий, структура диффузно неоднородная, экзогенность повышена, вирсунгов проток расширен до 0,5 см. Почки, в пределах нормы, селезенка не изменена. Свободная жидкость в брюшной полости, малом тазу не лоцируется. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости: Свободный газ не выявлен. Единичные уровни жидкости в тонкой кишке. По данным клинического анализа крови у больной отмечается лейкоцитоз: $14,17 \times 10^9/\text{л}$, сгущение крови: эритроциты $5,26 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 155 г/л, гематокрит 44,5%. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 13,5 Ед/л, АСТ – 20,8 Ед/л, амилаза 43 Ед/л, Глюкоза 9,16 ммоль/л. Общий билирубин 14,1 мкмоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л. ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС – 110 в мин., ГЛЖ.

Больная осмотрена терапевтом, выставлен диагноз Гипертоническая болезнь 2 ст.

04.11.2016 г. в 23:30 больная госпитализируется в хирургическое отделение. При осмотре дежурным врачом сохраняются жалобы на боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, отмечается иррадиация болей в спину. Общее состояние средней степени тяжести. Гемодинамически стабильна, язык суховат. Живот симметричный, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стула не было. Выставлен предварительный диагноз: «Острый панкреатит». Показаний к экстренному оперативному лечению нет. Была назначена консервативная терапия: цефтриаксон 1,0 x 2 раз в день в/м, инфузионная терапия в объеме 1000 мл, спазмолитическая терапия. Наблюдение в динамике, УЗИ органов брюшной полости.

05.11.2015 г. в 9:00 осмотр лечащим врачом. Жалобы на общую слабость, тошноту, ощущение переполнения желудка. Общее состояние прежнее. Гемодинамика стабильная. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричный, не вздут, при пальпации мягкий, резко болезненный при пальпации в эпигастрии, левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стула не было, газы отходят. Диагноз: «О.панкреатит». Показаний к экстренному оперативному лечению нет, решено продолжить консервативную, инфузионную антибактериальную терапию.

06.11.2015 г. в 9:00 осмотр лечащим врачом. Жалобы на общую слабость, боли в эпигастрии, тошноту, ощущение переполнения желудка, задержку стула более 4 суток, отсутствие отхождения газов. Общее состояние средней степени тяжести. Живот симметричный, подвздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Шума плеска не определяется. Перистальтика вялая. Перитонеальные симптомы не определяются. По данным УЗИ органов брюшной полости: Печень без патологии. Желчный пузырь сокращен (отключен?), лоцируется конкремент диаметром 2,4 см, холедох 0,7 см. Поджелудочная железа не увеличена. 2,9x2,4x3,0 см. В же-

лудке до 200 мл жидкости, петли кишечника по левому фланку до 4,0 см в диаметре. Выставлен диагноз: Стеноз выходного отдела желудка. Высокая кишечная непроходимость? Инфузионная и антибактериальная терапия продолжены. Назначено проведение пробы Шварца с оценкой в динамике дежурной службы врачей-хирургов.

06.11.2015 г. в 21:00 осмотр дежурным хирургом. Жалобы на схваткообразные боли в средней трети живота, слабость, тошноту, периодическую рвоту, задержку стула. Состояние прежнее. Живот симметричный, подвздут, при пальпации мягкий, болезненный в окологрудиной области, в левой боковой области, в левой подвздошной области, в эпигастрии. Шума плеска нет. Перистальтика активная. Перитонеальные симптомы отрицательные. С клизмой отошли газы, был стул. По данным пробы Шварца на 16:00 и на 20:00 бариевая взвесь в желудке, начальных отделах тонкой кишки. Показаний к экстренному оперативному лечению нет. Рекомендовано продолжить выполнение пробы Шварца. Наблюдение в динамике.

07.11.2015 г. 7:00 Осмотр дежурным хирургом. Жалобы на общую слабость, тошноту. На момент осмотра без отрицательной динамики. Живот симметричный, не вздут, при пальпации безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Шума плеска нет, перистальтика вялая. По данным пробы Шварца бариевая взвесь в тонкой кишке, горизонтальных уровней жидкости нет.

07.11.2015 г. 08:00 Осмотр лечащим врачом. У больной жалобы на резкие боли в животе без четкой локализации. Живот симметричный, при пальпации болезненный во всех отделах. Перистальтика не выслушивается. С целью исключения острой кишечной непроходимости, мезентериального тромбоза, больной выполнено экстренное оперативное лечение: диагностическая лапароскопия с конверсией доступа.

07.11.2015 г. 12:00-12:20 Выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии во всех отделах брюшной полости 300 мл серозно-геморрагического выпота. В малом тазу и в области желчного пузыря выраженный спаечный процесс. Визуализировать стенку желчного пузыря не представляется возможным. В проксимальном отделе тонкой кишки имеется расширение петель тонкой кишки до 4,0 см в диаметре с гиперемией серозной оболочки, визуализирован участок перехода расширенной петли тонкой кишки в спаившуюся с определяющимся через стенку плотным препятствием, конверсия доступа.

07.11.2015 г. 12:20-14:00 Выполнена лапаротомия, энтеротомия, удаление желчного камня. Санация, дренирование брюшной полости. Петли тонкой кишки на протяжении 1,0 м перерастянуты содержимым и газами, сероза блестящая, перистальтика вялая. В 240 см от связки Трейца в тонкой кишке пальпируются 2 желчных камня, вызывающие обтурацию её просвета. Ниже препятствия тонкая кишка в спаившемся состоянии. Попытка низведения желчных камней в толстую кишку не эффективна. Выполнена энтеротомия ниже препятствия, удалены 2 желчных камня диаметром 3,0 и 2,0 см. Энтеротомия ушита двурядными швами. В корень брыжейки введено 100,0 мл – 0,25% раствора новокаина. Тонкая кишка интубирована назогастральным зондом, эвакуировано 400 мл застойного кишечного содержимого. Брюшина полость промыта, осушена. Дренаж в малый таз. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшина полость послойно ушита. Асептическая повязка.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. В течение 2-х суток после операции больная находилась в отделении хирургической реанимации, где получила лечение: инфузионная терапия, обезболивающие, антикоагулянты, антибиотики, антигипоксанты и антиоксиданты (цитофлавин 0,1% - 1,0 в/в). На 3-и сутки переведена на профильное отделение, лечение прежнее. Удален назогастроинтестинальный зонд. На 5-е сутки после операции дренаж из малого таза удален. Выполнено УЗИ органов брюшной полости: Желчный пу-

зырь не лоцируется, в проекции желчного пузыря определяется образование округлой формы диаметром 2,5 см, с акустической тенью, внутрипеченочные протоки не расширены, свободной жидкости в малом тазу не определяется. На 10-е сутки после операции швы удалены, рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии больная выписана под амбулаторное наблюдение в поликлинику по месту жительства с рекомендацией выполнения МРТ в режиме холангиографии.

Как видно из представленного клинического наблюдения, диагностика такой редкой формы тонкокишечной непроходимости как билиарный илеус является весьма сложной. Рутинные методы, применяемые в экстренной хирургии, не дают нужного объема данных о заболевании. С момента поступления больным с данной патологией выставляется иной диагноз, в данном случае острый панкреатит, но благодаря активной тактике и динамическому наблюдению за состоянием больной в многопрофильном стационаре клиницистам удается распознать угрожающую патологию, хотя истинный диагноз выставляется только интраоперационно. Вопрос о выполнении одномоментной радикальной операции по ликвидации кишечной непроходимости и разобщению билиодигестивного свища решается в индивидуальном порядке и только по строгим показаниям, ввиду высокого риска, учитывая возрастную группу больных с билиарным илеусом и тяжесть их состояния. Кроме того всегда необходимо учитывать возможность развития холангита при функционирующем билиодигестивном свище [8].

Таким образом, проблема редкой формы тонкоки-

шечной непроходимости, а именно желчнокаменной тонкокишечной непроходимости и по настоящее время остается весьма сложной в практике экстренной хирургии. Проявляя дополнительную настороженность к группе больных, поступающих в отделения экстренной медицинской помощи с жалобами на отсутствие стула и наличием желчнокаменной болезни в анамнезе, проводя правильную интерпретацию полученных результатов инструментальных методов исследования, выбирая оптимальный объем операции, можно улучшить результаты лечения желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. За счёт этого можно снизить летальность при данном заболевании и сократить время пребывания больных в стационаре. Так же не стоит забывать о роли антигипоксантов в лечении данных больных.

Основой профилактики заболевания можно считать регулярную диспансеризацию, выявление группы лиц, страдающих желчнокаменной болезнью, и проведение плановой холецистэктомии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 22.11.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкачов Е.Е., Негребов М.Г., Ба М.Р., Александров Л.В. Особенности тактики лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью. // Успехи современного естествознания. – 2015. – №1-4. – С.555-560.
2. Баженов С.Ф., Синенченко Г.И., Чуприс В.Г. и др. Коррекция ишемических и реперфузионных повреждений тонкой кишки при острой кишечной непроходимости неопухолового генеза: пособия для врачей / Санкт-Петербургский Государственный НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе. – СПб., 2008. – С.4.
3. Доброквашин С.В., Волков Д.Е., Измайлов А.Г. Некоторые аспекты лечения больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7. Вып. 5. – С.53-55.
4. Кургузов О.П. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №6. – С.13-19.

5. Снегирев И.И., Миронов В.И., Башлыков Д.В. Острая кишечная непроходимость неопухолового генеза. Диагностика и лечение // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – №8. – С.163-165.
6. Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Ибраев А.В. Хирургическое лечение желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости // Медицинский вестник Башкортостана. – 2007. – Т. 2. №2. – С.19-22.
7. Хмара М.Б., Козлов В.В., Гнилосыр П.А. и др. Неопухоловая обтурационная тонкокишечная непроходимость // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. №2. – С.419.
8. Шаповальянц С.Г., Линденберг А.А., Лубчева В.И. Особенности диагностики и хирургического лечения желчнокаменной кишечной непроходимости // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – №8. – С.43-48.

REFERENCES

1. Achkachov E.E., Negrebov M.G., Ba M.R., Aleksandrov L.V. Features of tactics of treatment of patients with acute intestinal obstruction mechanical. // Uspehi sovremennogo estestvoznaniya. – 2015. – №1-4. – P.555-560. (in Russian)
2. Bagnenko S.F., Sinenchenko G.I., Chupris V.G., et al. Correction of ischemic and reperfusion injuries of the small intestine in acute intestinal obstruction of neoplastic genesis: manuals for physicians / St. Petersburg State Research Institute of First Aid to them. Prof. I.I. Dzhanelidze. – St. Petersburg, 2008. – P.4. (in Russian)
3. Dobrokvashin S.V., Volkov D.E., Izmajlov A.G. Some aspects of treatment of patients with acute intestinal obstruction // Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny. – 2014. – Vol. 7. Is. 5. – P.53-55. (in Russian)
4. Kurguzov O.P. Cholelithic small bowel obstruction //

- Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2007. – №6. – P.13-19. (in Russian)
5. Snegirev I.I., Mironov V.I., Bashlykov D.V. Nontumoral acute ileus: diagnosis and treatment // Sibirskij medicinskij zurnal (Irkutsk). – 2010. – №8. – P.163-165. (in Russian)
6. Hasanov A.G., Nurtdinov M.A., Ibraev A.V. Unsettled questions of the surgical treatment of biliar ileus // Medicinskij vestnik Bashkortostana. – 2007. – Vol. 2. №2. – P.19-22. (in Russian)
7. Hmara M.B., Kozlov V.V., Gnilyosyr P.A., et al. Non-tumor obstructive small intestinal obstruction // Bjulleten' medicinskih internet-konferencij. – 2013. – Vol. 3. №2. – P.419. (in Russian)
8. Shapoval'janc S.G., Lindenberg A.A., Lubcheva V.I. Diagnostics and surgical treatment of biliary ileal obstruction // Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2013. – №8. – P.43-48. (in Russian)

Информация об авторах:

Синенченко Георгий Иванович – руководитель отдела, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор;
Сироткин Олег Олегович – аспирант, e-mail: zamshina33@mail.ru.

Information About the Authors:

Sirotkin O.O. – Grad., 195197, Zamshina ul. 30-33, Russia, Saint-Petersburg, e-mail: zamshina33@mail.ru;
Sinchenchenko G.I. – MD, PhD, DSc (Medicine).