

3. Демерчан Е.А. Оптимизация путей диагностики и лечения больных обтурационной толстокишечной непроходимостью / Е.А. Демерчан // Автореф. дис. канд. мед.наук.- Харьков., 1992.- 23с.

4. Кныш В.И. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака / В.И. Кныш, В.Л. Черкес, Ананьев В.С. // Рос. онкологический журнал.- 2001.- №5.- С.25-27.

5. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Мин- здрава России. – 2015. – илл. – 250 с. ISBN 978-5-85502-205-6

УДК:6.61.617. 617-089.844(470.53-25)

Т.В. Малышева, В.М. Субботин, М.И. Давидов, О.Е. Никонова
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии
ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет имени
академика Е.А. Вагнера
Пермь, Российская федерация

T.V. Malysheva, V.M. Subbotin, M.I. Davidov, O.E. Nikonova
EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT GALLSTONE ILEUS

Department of Surgery with the course of Urology
Perm State Medical University called ac. E.A. Wagner
Perm, Russian Federation

Контактный e-mail: tan.931@yandex.ru

Аннотация. В статье проанализированы истории болезни 13 больных (в возрасте от 62 до 74 лет (пожилые) было 8 пациенток, от 75 до 83 лет (старческий возраст)-5) с желчекаменной кишечной непроходимостью хирургического отделения ГKB №2 им. Ф.Х. Граля г. Перми.

Annotation. The article describes the medical history of 13 patients (aged 62 to 74 years (elderly) were 8 patients, 75 to 83 years (old age) -5) with gallstone ileus surgical department of hospital № 2 named F.H. Grail, Perm.

Ключевые слова: непроходимость, желчекаменная, билиарный, илеус.

Keywords: obstruction, gallstone, biliary, ileus.

Введение

В хирургических отделениях ГKB №2 им. Ф.Х. Граля г. Перми за 25 лет наблюдали 20 больных желчекаменной кишечной непроходимостью. В настоящей работе проанализированы истории болезни 13 больных с данной

патологией. Это были исключительно женщины пожилого и старческого возраста. В возрасте от 62 до 74 лет (пожилые) было 8 пациенток, от 75 до 83 лет (старческий возраст) – 5.

У всех больных в анамнезе имелась клиника желчекаменной болезни с длительностью течения от 6 до 40 лет. Пациенты поступили в хирургическое отделение в сроки от 3 часов до 4 суток от момента появления первых признаков кишечной непроходимости с самыми различными диагнозами врачей скорой помощи: острая кишечная непроходимость, острый холецистит, печеночная колика, «острый живот», ущемленная вентральная грыжа, острый аппендицит.

Заболевание начиналось остро, внезапно. Больных сначала беспокоили сильные схваткообразные боли в животе и многократная рвота. У 9 больных отмечена задержка стула и газов. У 12 больных наблюдалась симптоматика тонкокишечной непроходимости и у 1 пациентки – толстокишечной непроходимости.

По нашим наблюдениям, для желчекаменной кишечной непроходимости характерна фазность развития и течения болевого синдрома. Тупые боли в правом подреберье, периодически возникающие у больных после погрешности в диете, сменялись на резкие и интенсивные, которые после кратковременного «светлого» промежутка изменяли свою локализацию и приобретали схваткообразный характер. У 6 больных после возникновения илеуса боль схваткообразного характера вначале возникала в правом подреберье и эпигастриальной области, смещалась затем в мезогастральную и правую подвздошную области. У пациентки с толстокишечной желчекаменной непроходимостью тупые боли в правом подреберье сменялись на острые схваткообразные боли по ходу толстой кишки.

По нашим данным, характерен также интермиттирующий характер острого билиарного илеуса. Через некоторое время после начала болезни, боли ослабевали или исчезали совсем, прекращалась рвота, появлялся стул. Однако через несколько часов или суток клинического затишья симптоматика илеуса возобновлялась с прежней силой. Такой перемежающийся характер заболевания связан с временной окклюзией кишки в результате смещения камня и возникновения через некоторое время нового ущемления.

Цель исследования - Оценить диагностику и лечение желчекаменной кишечной непроходимости.

Материалы и методы исследования

В работе проанализированы истории болезни 13 больных (в возрасте от 62 до 74 лет (пожилые) было 8 пациенток, от 75 до 83 лет (старческий возраст)-5) желчекаменной кишечной непроходимостью хирургического отделения ГKB №2 им. Ф.Х. Граля г. Перми.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным наших наблюдений, поставить диагноз желчекаменной кишечной непроходимости очень трудно. В диагностике мы ориентировались

на следующие признаки билиарного илеуса, которые мы считаем патогномичными для данного заболевания:

1. симптомы интермиттирующей кишечной непроходимости у женщин пожилого и старческого возраста с желчекаменной болезнью в анамнезе;
2. рентгенологические признаки кишечной непроходимости (чаши Клойбера, нарушение пассажа контрастного вещества по кишечнику);
3. рентгенологическое выявление газа в желчных протоках (аэрохолия);
4. наличие рефлюкса контрастного вещества из кишечника в желчный пузырь и желчные протоки через билиодигестивный свищ;
5. обнаружение устья билиодигестивного свища при фиброгастродуоденоскопии;
6. расширенные кишечные петли с анэхогенным содержимым и гиперэхогенное образование в просвете кишки при проведении ультразвукового исследования.

Все больные экстренно оперированы. Операции выполнены из срединного лапаротомного доступа под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов.

В ходе операции у 12 больных обнаружена обтурация тонкой кишки желчным камнем, который проник в пищеварительный тракт через холецистодуоденальный свищ. Тонкая кишка была обтурирована в 6 случаях, подвздошная - тоже в 6 случаях. У одной больной выявлена окклюзия дистальной части сигмовидной кишки желчным конкрементом, проникшим в толстую кишку через холецистотрансверзодуоденальный свищ. В 12 наблюдениях обтурирующий камень был одиночным, имел размеры от 3 до 7,5 см. В одном наблюдений подвздошная кишка была закупорена «каменной дорожкой» из четырех фасеточного вида конкрементов размерами от 2 до 5 см, расположенных один над другим.

Сложным является вопрос об объеме операции.

У 8 больных, госпитализированных на 2-4 сутки с момента окклюзии, имеющих выраженную интоксикацию и тяжелые интеркуррентные заболевания, объем оперативного вмешательства был минимальным, направленным на ликвидацию острой кишечной непроходимости. При этом 7 больным выполнена энтеролитотомия без вмешательства в области билиодигестивного свища, одной пациентке при наличии флегмоны кишки в области ущемленного камня произведена резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок».

Своевременно госпитализированным больным в возрасте 70 лет при отсутствии тяжелых интеркуррентных заболеваний выполнена одномоментная радикальная операция – удаление камня путем энтеролитотомии или сигмолитотомии, разобщение билиодигестивного свища, холецистэктомия. Такая операция, произведенная 5 больным, прошла без осложнений и летальных исходов.

Поэтому мы не согласны с мнением З.М. Деметрашвили и соавт. [1],

которые категорически возражают против одномоментной радикальной операции, считая, что чрезмерно возрастает риск летального исхода и, вследствие наличия инфильтрата в зоне билиодигестивного свища, разобщить последний трудно или невозможно. Как показали наши наблюдения, разобщить свищ технически возможно и особых трудностей при этом не возникает. Однако при этом время операции удлиняется. Поэтому одномоментную радикальную операцию при желчекаменной кишечной непроходимости считаем противопоказанной у больных с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями, тяжелом состоянии и у лиц в возрасте старше 70 лет. Этим больным целесообразно выполнить более щадящую операцию - энтеролитотомию.

В группе анализируемых 13 больных, умерла 1 больная в возрасте 83 лет (летальность 7,7%). Смерть наступила от сердечной недостаточности на 4 сутки после минимальной операции – энтеролитотомии. С учетом, что оперированные имели возраст от 62 до 83 лет, тяжелые сопутствующие заболевания и поступили в тяжелом состоянии, такая летальность (7,7%) не является высокой.

Выводы

1. Острый билиарный илеус встречается преимущественно у женщин пожилого и старческого возраста, длительно страдающих желчекаменной болезнью.

2. При своевременной госпитализации больных с билиарным илеусом и отсутствии у них тяжелых сопутствующих заболеваний возможна одномоментная радикальная операция (энтеролитотомия, санация желчных путей с разобщением билиодигестивного свища).

3. При поздней госпитализации больных, тяжелом состоянии объем оперативного вмешательства должен ограничиваться устранением препятствия и восстановлением проходимости кишки.

Литература:

1. Деметрашвили З.М. Желчекаменная кишечная непроходимость. / З.М. Деметрашвили, Г.А. Асатин, Г.Ш. Немадзе, Г.З. Кенчадзе // Хирургия. 2012. №3. С. 65-68.

2. Шабанов А.А. Желчный камень как причина острой тонкокишечной непроходимости. / А.А. Шабанов, А.П. Каскевич, С.Б. Жущиковский // Вестник хирургии 2009. Т. 168, №2. С.102-103.

3. Шаповальянц С.Г., Линденберг А.А., Лубчева В.И. Особенности диагностики и хирургического лечения желчекаменной тонкокишечной непроходимости. / С.Г. Шаповальянц, А.А. Линденберг, В.И. Лубчева // Хирургия. 2013. №8. С.43-48.

4. Ayantude A.A. Gallstone ileus: diagnosis and management. / A.A. Ayantude, A. Agrawal // World. J. Surg. 2007. Vol.31, №6. P. 1292-1297.

5. Gasparini M., Liverani A., Catracchia V., Conte S. Gallstone ileus: a case report and review of the literature. / M. Gasparini, A. Liverani, V. Catracchia, S. Conte // Chir. Ital. 2008. Vol. 60, №5. P. 755-759.