

Ю.В. СЛОБОДИН, Л.И. НИКИТИНА, И.И. ПАКЛЯК-ВОЛЬСКИЙ,
С.В. ГНИПЕЛЬ, М.П. РУДЕНКОВ, И.И. ПРИБУШЕНА

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр»
Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск,
Республика Беларусь,

В статье описан клинический случай желчнокаменной кишечной непроходимости при наличии холецистодуоденального свища и тактика лечения данной патологии в определенной клинической ситуации.

Женщина 74-х лет была госпитализирована в центр с диагнозом хронический панкреатит, обострение. Предъявляла жалобы на умеренные боли в эпигастрии и околопупочной области в течение суток, тошноту и однократную обильную рвоту. После проведения инструментального обследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, компьютерная томография органов брюшной полости) был выставлен диагноз: холецистодуоденальный свищ, обтурационная тонкокишечная непроходимость. Выполнено оперативное вмешательство: лапароскопия, при которой было выявлено место обтурации тонкой кишки. Учитывая возраст пациентки и сопутствующую патологию, а также отсутствие воспалительного процесса в области желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки, была выполнена только энтеролитотомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 6-е сутки в удовлетворительном состоянии пациентка была выписана на амбулаторное лечение.

Случай демонстрирует редко встречающееся осложнение желчнокаменной болезни: холецистодуоденальный свищ с формированием желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Обращается внимание на объем оперативного вмешательства при данной патологии у разных групп пациентов. Одномоментное устранение и кишечной непроходимости, и холецистодуоденального свища с холецистэктомией выполняется только у стабильных пациентов, не имеющих тяжелой сопутствующей патологии. При наличии таковой, как в описанном случае, необходимо ограничиться только энтеролитотомией, по возможности малоинвазивным способом, и только в отсроченном периоде, в зависимости от состояния пациента, следует решать вопрос возможности и необходимости выполнения второго этапа — холецистэктомии и ликвидации холецистодуоденального свища.

Ключевые слова: хронический калькулезный холецистит, холецистодуоденальный свищ, обтурационная кишечная непроходимость, желчнокаменная кишечная непроходимость

A clinical case of gallstone ileus accompanied by cholecystoduodenal fistula and tactics of treatment of this pathology in a certain clinical situation is described in the article.

A 74-year-old woman was hospitalized to the center with the diagnosis of chronic pancreatitis, exacerbation; complaints of moderate pains in the epigastrium and paraumbilical area, nausea and single plentiful vomiting within one day. After instrumental examination including the abdominal ultrasound, fibrogastroduodenoscopy, abdominal CT scan the diagnosis of cholecystoduodenal fistula and gallstone ileus was made. In operative intervention performance of laparoscopy revealed the site of obstruction of the small intestine. Considering the age of the patient and the accompanying pathology as well as the absence of duodenal and gallbladder inflammation, only enterolithotomy was done. Throughout the postoperative period no complications were observed. The patient was discharged from the hospital in a satisfactory condition on the 6th day.

This case report demonstrates an unusual complication of cholelithiasis: cholecystoduodenal fistula with the formation of gallstone ileus. Certain attention at pathology is paid to surgical volume in different groups of patients. One-stage elimination of both ileus and cholecystoduodenal fistula with a cholecystectomy is carried out only in stable patients without severe accompanying pathology. In case of pathology described in this report, it is necessary to perform only enterolithotomy preferably by invasive technique and only in the delayed period depending on the condition of the patient the surgeon should decide on implementation of the second stage — cholecystectomy and elimination of cholecystoduodenal fistula.

Keywords: chronic calculous cholecystitis, cholecystoduodenal fistula, obstructive ileus, gallstone ileus

Novosti Khirurgii. 2015 Jan-Feb; Vol 23 (1): 112-116

Gallstone Ileus

Y.V. Slabadzin, L.I. Nikitina, I.I. Paklak-Volsky, S.V. Gnipel, M.P. Rudenkov, I.I. Pribushena

Введение

Желчнокаменная кишечная непроходимость — редкое осложнение холелитиаза при формировании желчнокишечного свища.

Наиболее часто данная патология встречается у женщин в пожилом возрасте (от 70-и лет и выше) [1, 2]. Чаще свищ формируется с двенадцатиперстной кишкой и толстой кишкой, иногда с желудком или тонкой кишкой [3].

Желчнокаменная кишечная непроходимость является результатом прохождения больших желчных камней, обычно одиночных, размером более 2–2,5 см в диаметре, которые вызывают нарушение пассажа по кишке на уровне терминального отдела подвздошной кишки или илеоцекального угла [4]. Клиника желчнокаменной тонкокишечной непроходимости достаточно вариабельна и зависит от уровня обтурации. В 50% случаев диагноз устанавливается только при лапаротомии [2]. В плане лечения энтеролитотомия остается наиболее часто применяемой хирургической процедурой. Одноэтапное хирургическое лечение: энтеролитотомия и холецистэктомия с устранением свища, показано только в отдельной группе пациентов (стабильные пациенты, не имеющие тяжелой сопутствующей патологии) [5]. Летальность при данной патологии варьирует между 7,5% и 15% и зависит от времени установки диагноза от начала заболевания, наличия сопутствующей патологии у пациента и возраста пациента.

В связи с этим, **целью** данной статьи является демонстрация случая желчнокаменной кишечной непроходимости, установленной в клинике, с описанием тактики хирургического лечения у конкретного пациента.

Клинический случай

Женщина 74-х лет была госпитализирована в ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь 11.10.2014 г. с диагнозом обострение хронического панкреатита. Пациентка страдала хроническим каль-

кулезным холециститом в течение 9-ти лет. Сопутствующая патология: инфаркт мозга в бассейне левой среднемозговой артерии (1,5 года назад), ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, постоянная форма фибрилляция предсердий, атеросклероз аорты, коронарных артерий, ХСН ФК 2, Н2А, сахарный диабет, 2 тип, клинко-метаболическая субкомпенсация.

При поступлении пациентка жаловалась на умеренные боли в эпигастрии и мезогастррии в течение суток, тошноту, рвоту. При УЗИ желчный пузырь спавшийся, общий желчный проток без патологии, имелись признаки гастростаза и расширение петель тонкой кишки. При ФГДС эвакуировано около 2-х литров застойного с примесью желчи содержимого, в антральном отделе эрозии. При КТ органов брюшной полости: в просвете желчного пузыря визуализировали воздух, который растягивает полость пузыря (рис. 1 А), отмечалась пневмобилия, с преимущественным скоплением по ходу холедоха. Прослеживался холецистодуоденальный свищ с широким сообщением (около 1 см) (рис. 1 Б, В). Каудально, в тонкой кишке визуализовали конкремент слоистой структуры, подобный конкрементам желчного пузыря около 3 см в диаметре, обтурирующий просвет тонкой кишки, дистальнее которого тонкая кишка спавшаяся (рис. 1 А). Поджелудочная железа без структурных изменений.

Пациентке была выполнена лапароскопия, при которой на расстоянии около 1 метра от связки Трейца было выявлено плотное образование в тонкой кишке, обтурирующее ее просвет. Стенка кишки над ним была истонче-

Рис. 1. Данные КТ органов брюшной полости. А – воздух в желчном пузыре, растянутая петля тонкой кишки перед желчным камнем и желчный камень в просвете тонкой кишки; Б, В – холецистодуоденальный свищ и воздух в общем желчном протоке, растянутая двенадцатиперстная кишка.

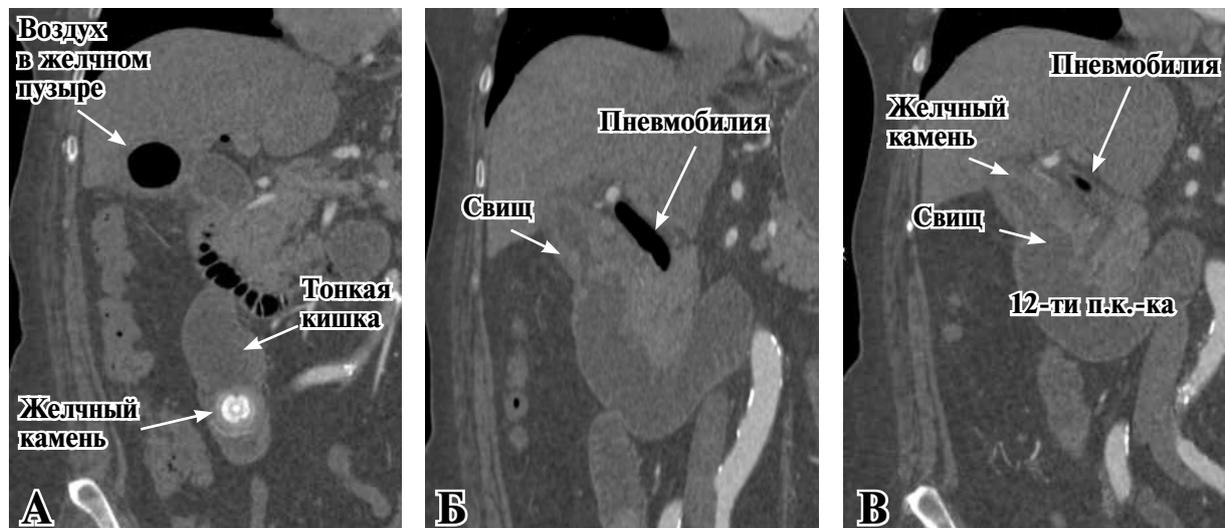




Рис. 2. Участок тонкой кишки в месте обтурации ее желчным камнем

на, синюшного цвета, выше препятствия тонкая кишка расширена до 3 см, ниже — спавшаяся (рис. 2). При лапароскопии был выявлен мелкоузловой цирроз печени (впервые выявленный). Желчный пузырь не напряжен, без признаков воспаления, в области кармана Гартамана спаян со стенкой двенадцатиперстной кишки. Другой патологии в брюшной полости выявлено не было.

Учитывая возраст пациентки, сопутствующую патологию, отсутствие воспалительного процесса со стороны желчного пузыря и отсутствие перидуоденального воспаления, объем оперативного вмешательства решено было ограничить энтеролитотомией и восстановлением пассажа по тонкой кишке.

В правой подвздошной области через место стояния 5 мм троакара, доступом 3 см длиной установлен «рукав» hand-port, через который выведена петля тонкой кишки в месте ее обтурации. Учитывая изменения со стороны противобрыжеечного края тонкой кишки в месте обтурации, выполнена клиновидная резекция тонкой кишки с извлечением камня и

поперечное ушивание кишки. Размер камня — 3×4×3 см. Кишка погружена в брюшную полость (рис. 3).

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 6-е послеоперационные сутки пациентка выписана на амбулаторный этап в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Желчнокаменная кишечная непроходимость — редкое заболевание, особенно в возрасте до 60 лет и составляет около 1-4% среди причин механической кишечной непроходимости и порядка 25% среди нестрангуляционной тонкокишечной непроходимости у пациентов в возрасте свыше 60 лет [6]. У пациентов с холелитиазом данное осложнение встречается менее чем в 1% случаев [6]. Наиболее часто данное осложнение встречается у пациентов в возрасте между 65 и 75 годами, а вообще описаны случаи у пациентов в возрасте от 13 до 91 года [1, 7].

Наиболее часто свищ встречается между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой (60-86% случаев) [6, 8]. Камни больших размеров (более 2-2,5 см в диаметре) предрасполагают к развитию кишечной непроходимости, в литературе описаны размеры желчных камней от 2 до 5 см. [4, 8, 9].

Желчекаменная кишечная непроходимость проявляется клиникой кишечной непроходимости и зависит от уровня обтурации. Наиболее часто уровень обтурации расположен в терминальном отделе подвздошной кишки и илеоцекальном углу (50-75%), менее часто — проксимальная подвздошная кишка и тощая кишка (20-40%), желудок, двенадцатиперстная кишка (менее чем 10%) и толстая кишка [6, 10].

Диагноз желчнокаменной кишечной не-

Рис. 3. Энтеролитотомия: А — этап удаления желчного камня из тонкой кишки; Б — участок тонкой кишки после восстановления ее целостности.



проходимости достаточно сложен и в 50% случаев он устанавливается только во время лапаротомии. Классические признаки включают: пневмобилию, кишечную непроходимость, нахождение желчных камней в нетипичном месте, изменение в местоположении ранее наблюдаемого камня. Первые три признака составляют триаду Риглера, она встречается в 40-50% случаев [10]. Наличие воздуха в желчном пузыре является пятым признаком.

Ультразвуковое исследование брюшной полости подтверждает наличие холелитиаза и может также выявить свищ [7, 14]. Компьютерная томография является наиболее информативным исследованием в диагностике случаев желчнокаменной кишечной непроходимости, при которой определяется механическая кишечная непроходимость, пневмобилия и эктопический желчный камень в пределах просвета кишки [9, 11].

Основная цель лечения — восстановление пассажа по кишке с удалением обтурирующего желчного камня. На сегодняшнее время нет единого протокола по выбору метода операции. Имеются следующие тактические варианты:

- 1) только энтеролитотомия;
- 2) энтеролитотомия (первый этап) с последующей холецистэктомией и закрытием свища (второй этап);
- 3) энтеролитотомия, холецистэктомия и закрытие свища (в один этап).

Энтеролитотомия — наиболее часто описываемая операция. Но при этом достаточно часто встречаются случаи рецидивирующего холецистита, а также пациенты с такими свищами имеют более высокий риск развития рака желчного пузыря. Риск повторного развития желчнокаменной кишечной непроходимости у пациентов, которым выполнена только энтеролитотомия, составляет порядка 8,2%, причем 52% случаев наблюдаются в течение первого месяца, в то время, как остальные в течение последующих 2 лет и с этим связано порядка 12-20% летальности [12, 13]. При одноэтапном хирургическом вмешательстве развитие холецистита, воспаления желчных протоков и повторного развития желчнокаменной кишечной непроходимости предотвращается. Но, при низкой частоте рецидива желчнокаменной кишечной непроходимости и желчных осложнений, в случае выполнения только энтеролитотомии летальность составляет около 11,7% по сравнению с 16,9% для одноэтапного хирургического вмешательства [5]. Кроме того, в группе пациентов, которым первым этапом выполнялась энтеролитотомия, а вторым холецистэктомия с ликвидацией свища, леталь-

ность составила в описанных случаях 0%, тогда как при одноэтапном лечении 19% [1].

Заключение

На сегодняшний день нет рандомизированных исследований, которые сравнивали бы различные варианты хирургических вмешательств при данной патологии, причина этого — малое количество представленных случаев.

Хирургическое лечение этой группы пациентов должно быть индивидуальным. В случаях, когда пациент находится в тяжелом состоянии, имеет сложную сопутствующую патологию — лучшим вариантом хирургического вмешательства является только энтеролитотомия. Холецистэктомия и закрытие свища могут рассматриваться избирательно и выполняются при наличии симптомов холецистита, холангита. Одноэтапная процедура должна быть предложена пациентам, которые стабильны клинически в дооперационном периоде и имеют удовлетворительное кардиореспираторное и метаболическое состояние, что позволяет проводить более длительное и травматичное оперативное вмешательство [2, 3, 4, 8, 15].

Клинический случай демонстрируется с согласия пациентки

ЛИТЕРАТУРА

1. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature / Y. Kasahara [et al.] // *Am J Surg.* — 1980 Sep. — Vol. 140, N 3. — P. 437-40.
2. Reisner R. M. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases / R. M. Reisner, J. R. Cohen // *Am Surg.* — 1994 Jun. — Vol. 60, N 6. — P. 441-46.
3. Turnage R. H. Intestinal obstruction / R. H. Turnage, M. Heldmann // *Sleisenger and fordtran's gastrointestinal and liver disease* / eds. M. Feldman, L. S. Friedman, L. J. Brandt. — 9th ed. — Philadelphia : Saunders, 2010. — P. 2105-22.
4. Gallstone Ileus: results of analysis of a series of 40 patients / J. I. Rodriguez Hermosa [et al.] // *Gastroenterol Hepatol.* — 2001 Dec. — Vol. 24, N 10. — P. 489-94.
5. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction / C. M. Nuno-Guzmano [et al.] // *WJGS.* — 2010 May 27. — Vol. 2, N 5. — P. 172-76.
6. Glenn F. Biliary enteric fistula / F. Glenn, C. Reed, W. R. Grafe // *Surg Gynecol Obstet.* — 1981 Oct. — Vol. 153, N 4. — P. 527-31.
7. The oldest patient with gallstone ileus: report of a case and review of 176 cases in Japan / A. Nakao [et al.] // *Kurume Med J.* — 2008. — Vol. 55, N 1-2. — P. 29-33.
8. Ayantunde A. A. Gallstone ileus: diagnosis and management / A. A. Ayantunde, A. Agrawal // *World J*

Surg. – 2007 Jun. – Vol. 31, N 6. – P. 1292–97.

9. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions / F. Lassandro [et al.] // *AJR Am J Roentgenol.* – 2005 Nov. – Vol. 185, N 5. – P. 1159–65.

10. Gallstone ileus / P. A. Clavien [et al.] // *Br J Surg.* – 1990 Jul. – Vol. 77, N 7. – P. 737–42.

11. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients / F. Lassandro [et al.] // *Eur J Radiol.* – 2004 Apr. – Vol. 50, N 1. – P. 23–29.

12. Doogue M. P. Recurrent gallstone ileus: underestimated / M. P. Doogue, C. K. Choong, F. A. Frizelle // *Aust N Z J Surg.* – 1998 Nov. – Vol. 68, N 11. – P. 755–56.

13. Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus / N. Zuegel [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 1997 Jan-Feb. – Vol. 44, N 13. – P. 59–62.

14. Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic chal-

lenge / A. Lasson [et al.] // *Eur J Surg.* – 1995 Apr. – Vol. 161, N 4. – P. 259–63.

15. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus / J. C. Rodriguez-Sanjuán [et al.] // *Br J Surg.* – 1997 May. – Vol. 84, N 5. – P. 634–37.

Адрес для корреспонденции

220035, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Красноармейская, д. 10,
ГУ «Республиканский клинический
медицинский центр» Управления делами
Президента Республики Беларусь,
хирургическое отделение стационара,
тел. раб.: +375 017 226-05-36,
e-mail: yurydoc75@gmail.com,
Слободин Юрий Валерьевич

Сведения об авторах

Слободин Ю.В., к.м.н., заведующий хирургическим отделением стационара ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь.

Никитина Л.И., заведующая отделением лучевой диагностики ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь.

Пакляк-Вольский И.И., врач-хирург отделения хирургии стационара ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь.

Гнипель С.В., врач отделения лучевой диагностики ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь.

Руденков И.И., врач-хирург отделения хирургии стационара ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь.

Прибушена И.И., врач-хирург отделения хирургии стационара ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь.

Поступила 26.11.2014 г.