

УДК 616.366-003.7-06:616.34-007.272/089.

## ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

<sup>1,2</sup>Рябков И.А., <sup>1</sup>Томнюк Н.Д., <sup>1</sup>Данилина Е.П.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, e-mail: danjuly@rambler.ru;  
<sup>2</sup>МБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: gkb6@g-service.ru

В статье представлены три клинических наблюдения обтурационной острой тонкокишечной непроходимости, вызванной желчными конкрементами. В зависимости от уровня обтурации выделяют пилородуоденальную, тонкокишечную и толстокишечную непроходимость, что влияет на клиническое течение, диагностику, тактику и объем хирургического вмешательства при данной патологии, а также определяет операцию выбора. В каждом случае описаны анамнез заболевания, сложности и особенности диагностики, хирургическая тактика. В связи с относительной редкостью данной патологии авторы отмечают, что клиника и диагностика желчнокаменной кишечной непроходимости сложна и зависит от величины камня, уровня обтурации, а диагноз подтверждается, как правило, на операционном столе.

**Ключевые слова:** конкременты, обтурация, непроходимость

## ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AS A COMPLICATION OF CHOLELITIASIS

<sup>1,2</sup>Ryabkov I.A., <sup>1</sup>Tomnuyk N.D., <sup>1</sup>Danilina E.P.

<sup>1</sup>Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, e-mail: danjuly@rambler.ru;  
<sup>2</sup>KBUZ «Karpovich Krasnoyarsk Inter-District Hospital ambulance», Krasnoyarsk, e-mail: kmkbsmp@g-service.ru

The article presents examples of intestinal obstructions as a result of obturations of small intestine by gallstone. There are three levels of location of intestinal blockade: pyloroduodenal, small intestinal and colonic. The clinic, medication, diagnostics, method and size of surgical intervention depend on level of intestinal blockade. Description of each case includes information about medical history, difficulties and particularities of diagnostics, surgical tactics. This surgical pathology is rare and the authors note that the clinic and diagnostics of gallstone intestinal blockade is complex and it depends on the location of the calculus and its size. In most cases diagnosis confirms on the surgical operation.

**Keywords:** calculi, obstructions, blockade

Острая кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем, встречается у 0,2-0,5% больных, страдающих заболеванием желчевыводящих путей, и частота их с каждым годом растет. Это обусловлено ростом числа лиц, страдающих желчнокаменной болезнью, длительным консервативным лечением данной патологии, а также увеличением продолжительности жизни населения [1, 2, 3].

Клинические проявления желчнокаменного илеуса могут быть разнообразными и зависят от уровня обтурации, величины конкремента и изменений в стенке кишки. Так, в зависимости от локализации, выделяют три вида желчнокаменной кишечной непроходимости: пилородуоденальную, тонкокишечную и реже – толстокишечную [5, 8].

Пилородуоденальная окклюзия, или синдром Бувере, развивается при ущемлении камня в области привратника или дуги ДПК. В мировой литературе таких случаев известно менее 100 [4, 5, 7].

Правильный диагноз при первичном обращении к врачу до операции устанавли-

вается в редких случаях, в подавляющем большинстве на операционном столе [6, 8]. В качестве иллюстрации представляем три клинических наблюдения, которые встретились в нашей практике.

Первый случай. Женщина 62-х лет в марте 2012 года была госпитализирована во второе хирургическое отделение БСМП г. Красноярск с жалобами на слабость, похудание, рвоту пищей с горечью и неприятным запахом, частую отрыжку. Считает себя больной около 7-8 лет, когда сначала появились периодические умеренные боли в эпигастрии и правом подреберье после приема острой и жирной пищи, а затем стали постепенно нарастать вышеперечисленные жалобы. До этого периода, около 7 лет назад выполнила УЗИ, где выявили камни в желчном пузыре. Предложенную операцию делать отказалась и в последующем к врачам по этому поводу не обращалась. В настоящее время из-за дискомфортного общего состояния обратилась к участковому терапевту, где при эндоскопическом об-

следовании был выставлен диагноз – стеноз привратника, не исключается опухолевой этиологии.

При объективном осмотре больной отмечалась незначительная болезненность в эпигастрии, где определялся конгломерат мягко-эластичной консистенции, а при аускультации данного места – шум плеска. При рентгенологическом обследовании желудка – стеноз выходного отдела до 0,5 сантиметров в диаметре. На ФГС – слизистая желудка розовая, при контакте кровоточит. Со стороны общего анализа крови и биохимического анализа крови имелись незначительные нарушения. После кратковременной подготовки больная оперирована. На операции: желудок деформирован. В подпечёночном пространстве – конгломерат, состоящий из желчного пузыря, сальника, антрального отдела желудка и ДПК. Тощая кишка спавшаяся. При попытке выделить желчный пузырь вскрылась фистула с ДПК в области ее дуги, где находился камень желчного пузыря, перекрывающий просвет ДПК (рисунок). Произведена холецистэктомия, резекция антрального отдела желудка с наложением гастроэнтероанастомоза. Послеоперационное течение гладкое, была выписана на амбулаторное лечение.



*Камень желчного пузыря, обтурирующий просвет ДПК*

Второй и третий случаи определяют закон «парности». Это женщины 80-ти и 59-ти лет, поступившие в хирургическое отделение в апреле и мае 2013 года. Доставлены скорой помощью с диагнозами: у первой – «острый живот», у второй – острая кишечная непроходимость.

Больная 80-ти лет заболела за сутки до поступления: боль в животе, рвота, слабость, тахикардия, акроцианоз. Объективно: язык сухой, живот не вздут, болезненный при пальпации в верхних отделах, пери-

стальтика кишечника слабая, шума плеска нет, рвота с примесью желчи. Из анамнеза установлено, что более 10-ти лет страдает желчнокаменной болезнью. На обзорной рентгенографии картина высокой тонкокишечной непроходимости. Оперирована по экстренным показаниям. На операции обнаружено инородное тело в тонкой кишке сразу ниже связки Трейца 7x5x4 сантиметра, обтурирующее ее просвет. Произведена энтеротомия, удален желчный камень. Послеоперационный период без осложнений.

Аналогичный случай у третьей больной 59-ти лет, страдавшей доказанной желчнокаменной болезнью 6 лет. Каких-либо характерных симптомов не было. Рентгенологическая картина аэрохолии. На операции обнаружена обтурация кишки желчным камнем в 50-60 сантиметрах от связки Трейца; конкремент удален. Выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, следует напомнить, что желчнокаменная кишечная непроходимость не такое уж редкое заболевание, клинические проявления которой зависят от уровня обтурации желудочно-кишечного тракта и величины камня. Операцией выбора может быть энтеротомия с холецистэктомией или энтеротомия с удалением инородного тела без разобщения билиодуоденального свища.

#### Список литературы

1. Бруснин Б.С. Диагностика и лечение кишечной непроходимости вызванной желчекаменной болезнью / Б.С. Бруснин // Журнал клинической медицины. – 1986. – № 10. – С. 48–53.
2. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром / Ю.С. Винник, С.В. Миллер, Е.В. Серова, О.В. Теплякова, С.П. Мухин, О.В. Перьянова, Т.В. Рукосуева. – Красноярск, 2010. – 201 с.
3. Особенности клинической картины и хирургического лечения желчнокаменной кишечной непроходимостью / Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер, В.С. Хоменко // Хирургия. – 1996. – № 2. – С. 58–60.
4. Синдром Бувере. Клиническое наблюдение эндоскопически ассистированной мини-лапаротомной операции / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, А.В. Савицкая, М.П. Постолов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. – № 1 (57). – С. 62–64.
5. Bouveret syndrome: A fatal diagnostic dilemma of gastric outlet obstruction / F. Sağlam, E. Sivriköz, A. Alemdar, S. Kamali, U. Arslan, H. Güven // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. – 2015. – № 21. – P.157–159.
6. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes / W.J. Halabi, C.Y. Kang, N. Ketana, K.J. Lafaro, V.Q. Nguyen, M.J. Stamos, D.K. Imagawa et al. // Ann. Surg. – 2014. – Vol. 259. – P. 329–335.
7. Baharith H. Bouveret syndrome: when there are no options / H. Baharith, K. Khan // Can. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2015. – Vol. 29. – P. 17–18.
8. Cappell M.S. Characterization of Bouveret's syndrome comprehensive review of 128 cases / M.S. Cappell, M. Davis // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 2139–2146.