

УДК 616.366-003.7-616.34-007.272-08

М.М. Гладинец, А.Ф. Хожаева, М.М. Дарыбаева, Р.А. Ковылина, Ч.Д. Санденбеков

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.**КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА****Аннотация**

Ежегодно в мире выполняют более 1 млн оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни, а холецистэктомия - самая частая абдоминальная операция в практике. Острый холецистит – наиболее распространенное заболевание органов брюшной полости. Высокую заболеваемость связывают с ростом частоты желчнокаменной болезни с увеличением продолжительности жизни людей. Желчнокаменная обтурация относится к редким формам кишечной непроходимости. Обтурация кишечника возникает при больших размерах желчных камней «диаметром ≥ 5 см», проникающих в просвет кишечника через пузырно - кишечный свищ. Чаще происходит закупорка дистальных отделов тонкого кишечника и страдают преимущественно женщины пожилого возраста. Заболевание протекает с типичными симптомами обтурационной непроходимости. При рентгенологическом исследовании, наряду с признаками острой кишечной непроходимости, в ряде случаев определяют наличие газа в желчном пузыре и желчных протоках. Обтурационная желчнокаменная непроходимость подлежат хирургическому лечению. При лапаротомии показана энтеротомия и удаление конкремента. При гангрене или перфорации кишки резецируют измененную кишечную петлю с первичным анастомозом.

Ключевые слова: ЖКБ, илеус, билиодигестивный свищ, фистулография.

Актуальность. Кишечная непроходимость, вызываемая обтурацией кишечника желчными камнями, отечественными и зарубежными учеными описана в различных клиниках у оперированных пациентов у 90 - 105 достоверных наблюдений желчнокаменной непроходимости. Частота этого вида непроходимости среди всех наблюдений кишечной непроходимости колеблется до 6%. Летальность при желчнокаменной непроходимости высока и чаще всего, обусловлена запоздалой диагностикой, операциями, выполняемыми в условиях разлитого перитонита [1,3,4].

Возникновение острого холецистита связано с 2-3 основными факторами:

- инфицированием желчи или стенки желчного пузыря, стазом желчи «желчная гипертензия»,
- второй решающей причиной служат застой желчи в результате обтурации камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока.

У 70% пациентов обтурация камнем приводит к застою желчи и желчной гипертензии, это следует считать ЖКБ основным фактором, предрасполагающим к развитию острого «обтурационного» холецистита [4,5]. В бескаменных холециститах развивается холестероз желчного пузыря [2,5]. При прогрессировании воспалительного процесса в желчном пузыре возникают структурные изменения в печени с повреждением гепатоцитов. В зависимости от тяжести поражения гепатоцитов и печени

- в крови - обнаруживают повышение уровня активности ферментов, билирубина, фракции крови печеночные;
- обнаруживается желтуха, которая носит гепатоцеллюлярный или обтурационный характер;
- наступает уплотнение стенки желчного пузыря - липидамы, развивается холестероз
- в брюшной полости выявляют «ЖКБ» до клинической стадии без использования дорогостоящих инвазивных процедур.

При ЖКБ наблюдается изменение нормального содержания в желчи холестерина, состав желчи характеризует «индекс литогенности», который определяется отношением количества холестерина находящегося в исследуемой крови. Если он выше единицы, холестерин выпадает в осадок желчных путей. Нарушение сократи-

тельной способности желчного пузыря «отстойник желчи» предполагает к застою желчи и камнеобразованию, развития холестероза пузыря.

В 1875 г. профессором С.П. Боткиным описан холецистокардиальный синдром, при котором боли возникающие при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируют приступ стенокардии. Пациенты, с такими проявлениями, могут долгое время лечиться у кардиолога или терапевта, без эффекта. После проведения холецистэктомии у пациента жалобы исчезают, это необходимо знать каждому врачу о холецисто-кардиальном синдроме.

Заболевания желчного пузыря: бескаменный холецистит, лямблиоз, описторхоз, актиномикоз, холестероз, аденома и аденоматоз, злокачественные образования.

Цель лечения «ЖКБ» - устранение конкрементов в желчном пузыре и печеночных протоках, что предотвращает развитие осложнений. В лечении «ЖКБ» применяют хирургические и нехирургические способы применения эфиррастворимых лекарственных препаратов, которые растворяют холестериновые и пигментные конкременты.

Результаты и их обсуждение

Мы наблюдали 26 больных с желчнокаменной непроходимостью кишечника - 19 женщин, 7 мужчин, которые лечились в хирургическом отделении БСМП с 1996 по 2012 годы. В основном желчнокаменная непроходимость чаще развивается у женщин в пожилом и старческом возрасте. Клиническая картина острой желчнокаменной непроходимости кишечника разнообразна, так как эта патология является осложнением холелитиаза и зависит от локализации желчного камня, уровень непроходимости, степени его фиксации в просвете кишки и изменений стенки кишки. Данные анамнеза многих больных свидетельствуют о явлениях, характерных для желчнокаменной болезни: болях в правом подреберье, иррадиирующих в правую пояснично-лопаточную область и сопровождающихся, часто, тошнотой и рвотой. Все больные сообщают о желудочно-кишечном дискомфорте, то есть чувстве давления в подложечной области, ощущении тяжести и полноты в желудке, тошноте, запорах. О желтухе ни один из больных не упоминал.

Все больные поступали в хирургическое отделение по скорой помощи. У этой категории преобладавал болевой синдром, боли появлялись внезапно, различной интенсивности и локализации. Наиболее болезненной была правая подпеченочная область, реже область пупка или другие отделы живота. Изредка отмечалось перемещение боли по ходу кишечника, что связано с передвижением камня. После пальпации или перемены положения тела боли усиливались, периодически они утихали, потом возникали вновь, боли сопровождались рвотой. В начале у больного рвота пищей, затем желчью. Задержка стула и газов проявлялась нерегулярно, метеоризм был выражен не всегда. Нередко пальпировалась резко раздутая петля кишки, располагавшаяся проксимальнее ущемленного камня. В первые дни заболевания при отсутствии выраженных морфологических изменений стенки кишки, передняя брюшная стенка была мягкой и раздутая петля кишки определялась как неясно выраженная опухоль. Воспалительные изменения стенки кишки проявлялись в симптомах раздражения брюшины. При исследовании крови характерным был высокий лейкоцитоз - 12 000 - 17 000, наблюдавшийся при выраженных воспалительных изменениях стенки кишки в месте ущемления камня. Помочь в диагностике может рентгенологическое исследование. В брюшной полости возможны изменения характерные, для острой обтурации кишечника и внутреннего желчного свища. При достаточном размере соустья газ заполняет желчные пути. При ревизии подпеченочного пространства у всех прооперированных нами больных, были выявлены выраженные сращения, подтверждающие формирование свища между желчным пузырем и желудочно-кишечным трактом. Большинство авторов объясняют наступающую непроходимость спазмом мускулатуры кишки в месте нахождения камня, [2,5]. При лечении желчнокаменной непроходимости большинство хирургов с целью извлечения камня проводят энтеротомию. Даже эта небольшая операция приводит к высокой летальности в запущенном случае. Место проведения энтеротомии вызывает дискуссию [4,5]. Мы считаем, что необходимо энтеротомию провести в месте ущемления на противобрыжечном крае кишки, а при выраженных морфологических изменениях стенки кишки осуществляется резекция гангренозно-измененной кишки с камнем. Во время операции, по поводу желчнокаменной непроходимости, перед хирургом может возникнуть вопрос о тактике в отношении имеющегося билиодигестивного свища. Боязнь инфицирования желчных путей в связи с наличием билиодигестивного соустья преувеличена. Ряд хирургов патологическое соустье разобщают через 4 мес. Повторная желчнокаменная непроходимость встречается крайне редко. Однако у некоторых больных наблюдается превращение соустья в трубчатый свищ, что при облитерации пузырного протока создает реальные предпосылки для возникновения воспаления желчного пузыря. Внутренние желчные свищи возникают в результате длительного воспалительного процесса и пролежня стенки желчного пузыря либо желчного протока со стенкой двенадцатиперстной кишки, поперечно-ободочной кишки, печеночного угла. При продолжительном нахождении камня в желчевыводящих путях или в желчном пузыре образуются воспалительные инфильтраты. При стихании воспаления между прилегающими органами происходит образование соединительных спаек, в дальнейшем некроз стенки желчного пузыря, которые возникают в зоне давления камня, а также воспалительного процесса может привести к перфорации стенки или образова-

ния свища между полыми органами. Свищи бывают «билиодигестивные, холецистогастриальный, холецистодуоденальный, билиобилиарные, холецистохоледохеальный синдром Миризи». Билиодигестивные свищи при ЖКБ часто осложняются кишечной непроходимостью, обусловленной крупным желчным камнем. При УЗИ отмечают признаки аэрохолии «наличие газа в желчных протоках». Важную роль в диагностике билиодигестивных свищей играют прямая холангиография и эндоскопические методы исследования, в частности ЭРХПГ.

Желчнокаменная болезнь, осложненная формированием внутренних желчных свищей требует планового оперативного лечения, что значительно осложняет оперативное вмешательство. Задача оперативного лечения заключается в разобщении свища и создание адекватного оттока желчи.

Хирургические лечение ЖКБ в настоящее время - основной метод устранения холелитиаза и его осложнений. Эндоскопические операции и малоинвазивные технологии применяют, для хирургического лечения большинства клинических форм ЖКБ.

Консервативная терапия направлена на растворение камней «хенофальк, хенолол, хеносан, урсосан «урсодезоксихолевая кислота», монотерапин.

Операция по устраниению внутреннего желчного свища представляет значительные технические трудности. Поэтому целесообразность устранения билиодигестивного свища во время оперативных вмешательств предпринимаемых у больных с желчнокаменной непроходимостью и находящихся, как правило, в тяжелом состоянии, сомнительна. Из 26 оперированных больных умерли 2 - от разлитого гнойного перитонита и сопутствующих заболеваний.

Выводы: Разнообразие клинической картины желчнокаменной непроходимости обусловлено тем, что она является осложнением холелитиаза, связана с локализацией желчного камня в просвете кишки, степенью его фиксации и морфологическими изменениями стенки кишки, возникшими в результате заболевания.

Для устранения желчнокаменной непроходимости следует производить энтеротомию, а при выраженных морфологических изменениях стенки кишки - её резекцию. Первым этапом в лечении таких больных должно быть устранение желчнокаменной непроходимости, вторым - ликвидация билиодигестивного свища.

Профилактикой желчнокаменной кишечной непроходимости, является своевременное оперативное лечение больных холециститом и желчнокаменной болезнью.

Литература:

1. Савельева В.С., Кириенко А.И. – Хирургические болезни. Учебник для ВУЗов // М. – ГОЭТАР – Медиа. 2008 – 415 с.
2. Савельева В.С. Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. – М., 2005 - С. 457-501.
3. Нурахманов Б.Д., Ибадильдин А.С., Намазбеков М.Н., Нурахманов А.Б. Хирургические болезни, 2009. - 43 с.
4. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. Хирургические болезни: Учебник – 3-е издание, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 200 с.
5. Мондор Г. - В кн.: Неотложная диагностика хирургии кишечника, - Бухарест, 1979. - С. 124-125.

Тұжырым
ӨТ ТАСТЫ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІНІҢ КЛИНИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ
М.М. Гладинец, А.Ф. Хожаева, М.М. Дарыбаева, Р.А. Ковылина, Ч.Д. Санденбеков
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Факультативті хирургия мен травматология кафедрасы

Өт тасты ішек өтімсіздігінің клиникалық көрінісінің әр түрлілігі, ол холелитиаз асқынуы ретінде дамуына, сырқат барысында дамитын өт тасының ішек қуысында орналасуына, фиксация дәрежесіне және ішек қабырғасындағы морфологиялық өзгеріске байланысты.

Өт тасты ішек өтімсіздігі кезінде энтеротомия, ал ішек қабырғасының айқын морфологиялық өзгерісі кезінде - оның резекциясы. Емінің алғашқы этапы - өт тасты өтімсіздікті жою. Екіншісі одегистивті жыланкөзді ликвидациялау.

Холецистит және өт тас ауруымен сырқаттанған науқастарға уақытымен оперативті ем жүргізу өт тасты ішек өтімсіздігінің профилактикасы болып табылады.

Негізгі сөздер: ЖКБ, илеус, билиодигестивный свищ, фистулография.

Summary
CLINIC AND TREATMENT GALLSTONE ILEUS
M.M. Gladinets, A.F. Hoghaeva, M.M. Daribaeva, R.A. Covilina, Ch.D. Sandenbecov
Semey State Medical University,
Department of faculty surgery and traumatology

The diversity of the clinical picture of cholelithic intestinal obstruction is determined by the fact that it is a complication of cholelithiasis and depends on the site of the gall stone in the intestinal lumen (obstruction level), the degree of its fixation and the morphological changes occurring in the intestinal wall. En-terotomy is the operation of choice; in destructive changes in the intestinal wall its resection together with the fixated stone is recommended. Removal of the biliodigestive fistule is the second stage of surgical management. Operative treatment of patients with cholelithiasis performed in good time is the measure for preventing cholelithic obstruction.

Key words: GCB, ileus, билиодигестивный свищ, fistulographiya.

УДК 016.366-003-826

М.М. Гладинец, М.Н. Байзакова, Д.Б. Темирбекова, А.А. Оразаева, Б.К. Канатова, А.Т. Балтабеков

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аннотация

Выявлен следующий симптомокомплекс заболевания, именуемый холестероз желчного пузыря: это периодически повторяющиеся тупые болевые синдромы в эпигастральной области, в правом подреберье при отсутствии иррадиации, болезненность при пальпации в правом подреберье в проекции желчного пузыря, положительные симптомы Пиковского, покалывание ладонью по рёберной дуге, Кера, умеренная гипербилирубинемия, часто за счет непрямого билирубина, дискинезия желчного пузыря, узкий, извилистый пузырный проток. Информативными методами исследований, являются гематологические, биохимические лабораторные исследования крови, УЗИ - желчного пузыря. Результаты хорошие после операции отмечены у 77% пациентов, удовлетворительные - 18,2%, худшие - 4,6% наблюдались при сочетании у больных холестероза желчного пузыря в сочетании с заболеваниями панкреатобилиарной системы, в частности острого гнойного панкреатита. Необходимо отметить, что ни при одном заболевании желчевыводящих путей не переплетается такое множество проблемных вопросов, как бывает при бескаменном холестерозе желчного пузыря.

Ключевые слова: Холестероз, холецистэктомия, билирубинемия, дискинезия, аутопсия.

Актуальность. Ежегодно в мире выполняют более 1 млн. оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни, холецистэктомия самая частая абдоминальная операция в хирургической практике. Острый холецистит на сегодняшнее время наиболее распространенное заболевание органов брюшной полости. Высокую заболеваемость связывают с ростом частоты желчнокаменной болезни, увеличением продолжительности жизни людей. Чаше болеют женщины - 1:5. В пожилом возрасте составляют более - 50%. Развитие острого холецистита связано с 2-3 основными факторами, инфицирование желчи, стенки желчного пузыря, холестаз желчи, желчная гипертензия. Появление застоя желчи в результате обтурации камнем шейки желчного пузыря, пузырного протока. У 70% пациентов обтурация камнем

приводит к застою желчи, желчной гипертензии, это основной фактор «ЖКБ», предрасполагающий развитие острого «обтурационного» холецистита. Бескаменные холециститы являются следствием развития холестероза желчного пузыря. При прогрессировании воспаления в желчном пузыре, часто возникают структурные изменения в печени. По данным зарубежных и отечественных ученых холестероз желчного пузыря отмечается у пациентов до 30%, на аутопсии более 10-12%, данные больницы скорой медицинской помощи. В 145 больных холестероз желчного пузыря сопровождался камнеобразованием, а у 50 был выявлен «чистый» холестероз. Следует отметить, что ни при одном заболевании желчевыводящих путей не переплетается такое множество проблемных вопросов, как бывает при бескаменном