

# ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*<sup>1</sup>Колоцей В.Н., <sup>2</sup>Страпко В.П., <sup>1</sup>Кузнецов А.Г., <sup>2</sup>Якимович Д.Ф.,  
<sup>2</sup>Варсевич И.Г., <sup>2</sup>Кветко В.В.*

*<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

**Введение.** Желчнокаменная кишечная непроходимость встречается достаточно редко и составляет 0,3–2,1% от всех случаев острой кишечной непроходимости. Однако в последние десятилетия отмечается резкий рост заболеваемости желчнокаменной болезнью,

что также проявляется увеличением количества возникающих осложнений. Желчнокаменная кишечная непроходимость возникает вследствие холелитиаза, осложненного образованием внутреннего билиодигестивного свища. Как правило, внутренний свищ образуется между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Причиной образования такого свища является длительное многолетнее нахождение крупного конкремента в желчном пузыре. Вследствие возникающего воспалительного процесса стенка желчного пузыря спаивается со стенкой двенадцатиперстной кишки. Постепенно образуется пролежень и возникает пузырно-дуоденальный свищ, через который конкремент мигрирует в желудочно-кишечный тракт. Миграция крупного конкремента может приводить к обтурации тощей и подвздошной кишки, что приводит к развитию желчнокаменной кишечной непроходимости. В большинстве случаев обтурирующий камень располагается на расстоянии 1-1,5 метра от связки Трейтца.

Билиарный илеус не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических симптомов, что в большинстве случаев обуславливает позднюю диагностику и запоздалую операцию. Учитывая, что данное заболевание встречается в основном в старческом возрасте, значимость своевременного и точного диагноза еще более возрастает. В связи с этим огромную роль играет тщательно собранный анамнез, данные ультразвуковой и рентгенологической диагностики, лапароскопия.

**Цель исследования:** изучение особенностей диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости.

**Материалы и методы.** В данное исследование включены результаты обследования и хирургического лечения 8 пациентов с желчнокаменной кишечной непроходимости, находившиеся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2012-2021 годах. Во всех случаях это были женщины в возрасте от 57 до 91 года. В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов.

**Результаты и обсуждение.** Все пациентки были повышенного питания, с наличием серьезной сопутствующей патологией. Все они поступали в экстренном порядке. Во всех случаях пациентки указывали на наличие желчнокаменной болезни, выявленной не так

давно при обследовании по поводу сопутствующих заболеваний. Данный факт говорит о латентном течении желчнокаменной болезни, что вполне объяснимо. Билиодигестивные свищи формируются при крупных конкрементах, а для этого необходимо время. Действительно во всех описанных случаях мы имели дело с крупными конкрементами (или плотными слепками конкрементов), и даже экстремально крупными: 11×4 см, 10×5 см.

Во всех случаях желчный пузырь был вовлечен в хронический воспалительный процесс, носивший рубцово-склеротический характер, однако без признаков острого воспаления. В 7 случаях у пациентов сформировались холецистодуоденальные свищи, через которые камни мигрировали в тонкую кишку. В обоих случаях обтурация наступила на расстоянии около 1 метра от связки Трейтца. В одном из наблюдений гигантский слепок из конкрементов привел к развитию некроза стенки кишки, а в другом, два меньших по диаметру конкремента вызвали двухуровневую непроходимость кишечника.

Диагностика желчнокаменной кишечной непроходимости представляется весьма сложной. Правильный диагноз до операции установить, как правило, не удастся. Применяемые традиционные методы диагностики (рентгенографическое исследование, УЗИ, ФГДС, лабораторные методы исследования) не позволяют получить убедительных данных о природе заболевания. В большинстве случаев выставляется иной предварительный диагноз, но благодаря правильно выбранной активной тактике удастся избежать потери времени от поступления в стационар до начала операции. Истинный же диагноз устанавливался только во время оперативного вмешательства.

Объем оперативного вмешательства во всех случаях был различен и зависел от интраоперационной ситуации. Операцией выбора в 6 случаях являлась энтеролитотомия. Конкремент по возможности смещали проксимальнее для того, чтобы произвести вскрытие просвета кишки на менее измененном участке. После извлечения конкремента тонкая кишка ушивалась двухрядным швом. У одной пациентки наступил некроз кишки в зоне ущемления конкремента. Кишка на этом уровне признана нежизнеспособной. Произведена резекция тощей кишки вместе с конкрементом в пределах на 30 см выше и 15 см ниже участков некроза с наложением анастомоза «конец в конец».

Уникальным, на наш взгляд является наблюдение, когда огромный конкремент, одним полюсом вызвал формирование

холецисто-еюнального свища. А другим – холецисто-хоledoхеального (по типу синдрома Мириззи 2-го типа). Еще одной особенностью стало то, что камень, в силу своих размеров, не смог полностью мигрировать в просвет тонкой кишки. Непроходимость возникла на уровне свища. В этом случае просвет тонкой кишки в области холецисто-еюнального свища рубцово сужен и обтурирован пролабирующей частью конкремента. Извлечь камень через свищевое отверстие не удалось. Произведена резекция участка тонкой кишки вместе с камнем и частью желчного пузыря с наложением межкишечного анастомоза. Далее произвели холецистэктомия и наложили гепатико-еюноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Послеоперационный период протекал гладко.

Из 8 оперированных умерла одна пациентка 91 года, страдавшая тяжелой сопутствующей кардиологической патологией. В остальных случаях наступило выздоровление.

Операцией выбора при желчнокаменной кишечной непроходимости должна являться энтеролитотомия, а в случае развития некроза в зоне ущемления – резекция тонкой кишки вместе с конкрементом. Вопрос о выполнении одномоментной радикальной операции по ликвидации кишечной непроходимости и разобщению билиодигестивного свища решается в индивидуальном порядке по строгим показаниям. Такая операция допустима, если она производится высококвалифицированным хирургом, владеющим техникой операций на желчных путях, при условии своевременной диагностики заболевания, удовлетворительного состояния больного, должной предоперационной подготовки, адекватного анестезиологического пособия, при умении оперирующего хирурга правильно оценить ситуацию в гепатобилиарной зоне. В связи с этим симультанные операции целесообразно проводить в исключительных случаях – при развитии деструктивного холецистита, перфорации желчного пузыря, механической желтухи, гнойного холангита, возникновении некроза или перфорации стенки двенадцатиперстной кишки.

**Выводы.** Приведенные клинические наблюдения демонстрируют, что желчнокаменная кишечная непроходимость не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических симптомов, что в совокупности с редкостью данной патологии приводит к несвоевременной постановке диагноза и показаний к операции,

и отрицательным образом сказывается на результатах лечения. Улучшение результатов лечения желчнокаменной кишечной непроходимости может быть достигнуто за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов объективного и инструментального исследования, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства. Основной профилактикой данного заболевания будет своевременное выявление пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, с проведением плановой хирургической санации.