

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ХИРУРГИЯ

УДК 616.366-003.7-06:616.34-007.272]-089

© А.Г. Хасанов, М.А. Нуртдинов, А.В. Ибраев

А.Г. Хасанов, М.А. Нуртдинов, А.В. Ибраев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Представлены результаты хирургического лечения обтурационной желчнокаменной кишечной непроходимости у 38 больных. Показана необходимость назоинтестинальной интубации кишечника перед энтеротомией. Представлены виды ранних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: билиарный илеус, хирургическое лечение, осложнения.

A.G. Khasanov, M.A. Nurtadinov, A.V. Ibraev

UNSETTLED QUESTIONS OF THE SURGICAL TREATMENT OF BILIAR ILEUS

There were presented results of surgical treatment of the obturational gallstone ileus of 38 patients. There was shown necessity of nasal intubation of intestine before enterotomy. There was presented kinds of post operative complications.

Key words: biliar ileus, surgical treatment, complications.

Обтурация просвета кишечника желчными камнями является причиной возникновения кишечной непроходимости в среднем у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости или 0,2% всех оперированных по поводу желчнокаменной болезни [1, 2].

Частота желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости по отношению к общему числу всех наблюдений кишечной непроходимости составляет от 0,17 до 6,2%, а по данным зарубежных хирургов - от 0,63 до 7%. Больные с билиарным илеусом (БИ) среди всех пациентов с обтурационным илеусом составляют, по данным отечественной литературы, от 1,83 до 9,32%, а по зарубежной - от 0,24 до 3,4% [5].

Особенности клинической картины желчнокаменного илеуса обусловлены тем, что непроходимость кишечника бывает, очевидно, частичной и носит интермиттирующий характер [3, 4].

Рентгенологические признаки билиарного илеуса - тени крупного желчного камня вне проекции желчного пузыря, аэрохолия, чаще всего остающаяся незамеченной или маскирующейся частичной кишечной непроходимостью [3].

В последние годы в зарубежной литературе появились публикации, посвященные использованию рентгеновской компьютерной томографии, фиброколоноскопии, ультразвуковой, в том числе лапароскопической, томографии при кишечной непроходимости [6, 7, 8, 9].

Нечеткая симптоматика БИ в сочетании с нехарактерными данными инструментальных методов, а также невозможность экстренного выполнения некоторых исследований обуславливают позднюю обращаемость больных, несвоевременную диагностику заболевания и как следствие высокую летальность - 12-70%. Известно 16 клиник России и бывшего СССР, в каждой из которых оперировано от 10 до 42 больных с БИ, летальность составила от 0 до 54,6%, а в общем, из 244 оперированных больных умерли 64 (26,2%) [2].

Цель исследования - изучение диагностических и тактических ошибок в лечении больных с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью.

Материал и методы

В соответствии с целью исследования проведен анализ 1357 больных с острой кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в клиниках г.Уфы. В этой группе больных было 38 пациентов (2,8%) с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью. Всего за исследуемый период (1973-2005 гг.) в клиниках г.Уфы по поводу желчнокаменной болезни оперировано более 18965 больных. Таким образом, больные с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью составили 0,2%.

Из 38 больных ретроспективный анализ проведен 22 пациентам оперированным в 1973-1993 гг., в 16 случаях за период с 1993 по 2005 гг. осуществлялась целенаправленная

диагностика БИ с использованием ультразвуковой томографии.

Возраст больных варьировал от 55 до 85 лет.

Из 38 больных мужчин было 7 (18,4%), женщин - 31 (81,6%).

Методы исследования: составление карты обследования больного, проведение ультразвуковой сонографии, рентгенологическое исследование, лапароскопия, общеклинические методы исследования.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования проведен ретроспективный анализ диагностики и лечения БИ у 22 человек. В первые 6 ч после госпитализации оперированы 7 больных. У 3 из них предоперационный диагноз формулировался как острый аппендицит, у 2 - распространенный перитонит неясной этиологии и у 2 - острая кишечная непроходимость с клинической картиной распространенного перитонита. К концу первых суток были оперированы 8 больных, у 6 из них поставлен диагноз: острая кишечная непроходимость, у 1 больного - мезентериальный тромбоз и у одного - перитонит неясной этиологии. Остальные 7 пациентов оперированы в сроки от 2-х ч до 7 суток после поступления в стационар, у 5 из них операции начинали по поводу острой кишечной непроходимости и по одному больному оперировано по поводу предполагавшегося острого деструктивного холецистита и пилородуоденальной непроходимости.

Только у 59,7% больных предварительный диагноз формулировался как кишечная непроходимость. Ни в одном случае при рентгенологическом исследовании не был выявлен симптом аэрохолии, в историях болезни не акцентировалось внимание на интермиттирующем и частичном характере кишечной непроходимости. Ультразвуковое исследование у данной категории больных ограничивалось визуализацией области правого подребра.

У 19 пациентов оперативное вмешательство выполнено из срединного разреза, наиболее удобного для полноценной ревизии органов брюшной полости. По одному больному было оперировано из параректального и доступа Кохера. У одного больного оперативное вмешательство начато из доступа Волковича-Дьяконова с последующим переходом на срединную лапаротомию.

Желчный камень у 13 больных располагался в тощей кишке на расстоянии 10-15 см от связки Трейтца. Один конкремент, вызвавший гастродуоденальную непроходи-

мость, был удален из желудка. В 8 наблюдениях обтурирующий конкремент располагался в подвздошной кишке. Размеры желчного камня варьировали от 3х2 до 12х8 см. У одного пациента во время операции обнаружили 2 желчных камня, один из которых был большего размера и вызвал обтурацию тонкой кишки. В послеоперационном периоде произошла эвентрация, что потребовало проведения релапаротомии. У другого больного на 21-е сутки после операции возникла повторная непроходимость, обусловленная другим желчным камнем, потребовавшая проведения релапаротомии, в дальнейшем также развилась эвентрация. То есть в данном случае отмечается неполноценная ревизия органов брюшной полости.

У 2 больных (80 и 89 лет) выше уровня непроходимости тонкая кишка имела участки очагового некроза и была резецирована вместе с желчным камнем с созданием анастомоза «бок в бок». Одна больная выписана по выздоровлению, в другом случае наступил летальный исход. Во всех наблюдениях тонкая кишка выше обтурации была раздута, гиперемирована, ниже — спавшаяся. Характерным было наличие плотного инфильтрата в правом подпеченочном пространстве, что делало невозможным какую-либо ревизию этой зоны у 5 больных. В 3 наблюдениях ревизия подпеченочного пространства не проводилась. У остальных оперированных больных желчный пузырь не дифференцировался из-за спаечного процесса в подпеченочном пространстве, что свидетельствовало о наличии соустья между желчным пузырем и просветом двенадцатиперстной кишки, а у одного наличие соустья с просветом тощей кишки, через которое отходили конкременты. Таким образом, ограничения времени ревизии, связанные с наличием сопутствующих заболеваний, приводили к недооценке интраоперационной картины.

Необходимо отметить, что объем оперативного вмешательства в большинстве наблюдений был минимальным, направленным на ликвидацию острой кишечной непроходимости и спасение жизни больного. Большинство авторов [6] рекомендуют смещать желчный камень в оральном направлении и после этого рассекать кишку. Однако в наших наблюдениях энтеротомия ниже уровня непроходимости выполнена 11, над конкрементом - 7 пациентам. Резекция тонкой кишки произведена в 2 случаях. По одному больному - с операцией Гартмана и гастротомией с удалением желчного камня (табл. 1).

Таблица 1
Виды оперативных вмешательств, выполненных
при билиарном илеусе

Оперативные вмешательства	абс.	%
Гастротомия	1	4,5
Энтеротомия	18	81,8
Резекция тонкой кишки	2	9,1
Операция Гартмана	1	4,5
Из них, операция была дополнена:		
холецистэктомией	2	9,1
илеостомией	1	4,5
закрытой интубацией тонкой кишки	6	27,2
открытой декомпрессией	3	13,6

Мы считаем оптимальным опорожнение вышележащих отделов кишки перед энтеротомией с помощью назоинтестинального зонда, проведенного до уровня обтурации камнем. При невозможности провести эту процедуру из-за спаечного процесса или инфильтрата в правом подреберье необходимо пережать нижележащие отделы тонкой кишки жомом и после энтеротомии тщательно опорожнить вышележащие отделы кишечника зондом. Это связано с тем, что накопившиеся продукты распада, продвигаясь по кишке, начинают быстро всасываться в нижележащих отделах, что приводит к утяжелению состояния или к эндотоксическому шоку. Однако в изучаемой группе закрытая декомпрессия тонкой кишки с аспирацией содержимого произведена 6 больным, открытая декомпрессия — зондом Байкова одному, электроотсосом двум. Наружная декомпрессия через илеостому выполнена в 1 наблюдении.

В результате несоблюдения вышеперечисленных принципов лечения желчнокаменной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: нагноение раны — у 8 (36,6%) больных, эвентрация — у 2 (9,1%), поддиафрагмальный абсцесс — у 2 (9,1%). По одному (4,5%) больному было с межпечерным абсцессом и несостоятельностью межкишечного анастомоза. В одном наблюдении в послеоперационном периоде возникла повторная обтурация тонкой кишки желчным камнем, потребовавшая релапаротомии. Умерли 6 (27,2%) больных. Причинами смерти явились тяжелая интоксикация, нарушение водно-

электролитного баланса, некупирующийся перитонит, тяжелые сопутствующие заболевания (табл. 2).

Таблица 2
Осложнения раннего послеоперационного периода (n=22)

Осложнения	абс.	%
Нагноение раны	8	36,6
Эвентрация	2	9,1
Несостоятельность швов межкишечного анастомоза	1	4,5
Поддиафрагмальный абсцесс	2	9,1
Межкишечный абсцесс	1	4,5
Повторная обтурация	1	4,5

В связи с вышеизложенными диагностическими ошибками на втором этапе исследования в 1993-2005 гг. у 16 больных с подозрением на желчнокаменную кишечную непроходимость было проведено детальное изучение клинической картины и целенаправленное изучение анамнеза. В этой группе нами изучены результаты ультрасонографического исследования. Точность ультрасонографии в диагностике желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости составила 85%, чувствительность — 87%, специфичность — 82%. Конкремент в просвете тонкого кишечника диагностирован в 83% наблюдений. Можно заключить, что ультразвуковое исследование существенно повышает точность дооперационной диагностики билиарного илеуса.

Заключение

Таким образом, трудности диагностики желчнокаменной непроходимости кишечника обусловлены пожилым возрастом больных, стертой клинической картины, недостаточной осведомленностью хирургов о клинической картине этого редкого вида кишечной непроходимости и как следствие недооценкой имеющихся данных инструментальных методов исследования, в частности рентгенологического признака аэрохолии и необходимости использования ультразвукового исследования с обнаружением желчных камней в нетипичном для них месте. Кроме того, отмечался ряд тактических ошибок в хирургическом лечении: в определении уровня энтеротомии, возможности закрытой интубации тонкой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баулин А.А. Желчнокаменная непроходимость / А.А. Баулин, Н.А. Баулин, А.И. Тищенко // Хирургия.- 1991.- № 11.- С. 50-53.
2. Брискин Б.С. Диагностика и лечение кишечной непроходимости, вызванной желчными камнями / Б.С. Брискин, И.Б. Розанов, А.В. Филонов // Клин. мед.- 1986.- № 10.- С. 48-53.
3. Бохан К.Л. К 100-летию с момента первой в России операции по поводу билиарного илеуса // Хирургия.- 1993.- № 7.- С. 80.
4. Кригер А.Г. Обтурационная кишечная непроходимость, обусловленная желчными камнями / А.Г. Кригер, И.Л. Андрейцев, Э.Р. Ованесян // Хирургия.- 2003.- № 9.- С. 51.

5. Хунафин С.Н. Желчнокаменная непроходимость кишечника/ С.Н. Хунафин, И.Х. Гаттаров, А.А. Нурмухаметов // Хирургия.- 2002.-№ 4.-С. 57-60.
6. Buljevac M. J. Sonographic diagnosis of gallstone ileus // Ultrasound Med.- 2004.- Vol. 23, № 10.- P. 1395-1398.
7. Graham J.S. Images in clinical medicine. Gallstone ileus // N. Engl. J. Med.- 2004.- Vol. 351, № 11.- p. 1119.
8. Reimann A.J. Atypical cases of gallstone ileus evaluated with multidetector computed tomography // J. Comput. Assist. Tomogr.- 2004.- Vol. 28, № 4.- P. 523-527.
9. Shenoy V.N. Relief of small bowel obstruction following colonoscopy in a case of gallstone ileus // J. Clin. Gastroenterol.- 2000.- Vol. 30, № 3.- P. 326-328.

УДК 616.711-001-06:616.34-007.272]-07:612.339-08

© Б.Ш. Минасов, М.С. Кунафин, А.А. Аксенова

Б.Ш. Минасов, М.С. Кунафин, А.А. Аксенова
**ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
 С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ТАЗА, ОСЛОЖНЕННЫМИ
 ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Нами проанализированы результаты лечения 148 пациентов, находившихся в травматологических отделениях ГКБ № 13 и БСМП по поводу повреждений позвоночника и таза. Больным проводилось измерение внутрибрюшного давления, которое позволяет выявлять динамическую кишечную непроходимость в первые сутки ее развития и прогнозировать течение раннего травматического периода у данных больных.

Ключевые слова: травмы позвоночника и таза, кишечная непроходимость, внутрибрюшное давление.

B.Sh. Minasov, M.S. Khunafin, A.A. Aksyonova
**THE FINDINGS OF INTRAABDOMINAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH
 SPINAL COLUMN AND PELVIS INJURIES, COMPLICATED WITH DYNAMIC
 INTESTINAL OBSTRUCTION**

Comparative analysis of 148 patients treatment, admitted to the traumatological clinics of Ufa on vertebral and pelvic injuries has been carried out. It is established that the application of the given method of intestinal obstruction within 24 hours of its development and to prognose the early traumatic period of these patients.

Key words: spinal and pelvic injuries, intestinal obstruction, intraabdominal hypertension.

Лечение больных с повреждениями позвоночника и таза представляет собой большую проблему как в травматологии и ортопедии, так и в медицине в целом. Несмотря на современные достижения лечебно-диагностических технологий, анестезиолого-реанимационной службы, летальность при таких повреждениях остается высокой, без тенденции к снижению. В России ежегодно получают различного вида травмы около 12,3 млн. человек. Актуальность проблемы социальной реабилитации в послеоперационном периоде определяется тем, что травматические поражения опорно-двигательного аппарата нарушают не только кинематические, но и локомоторные реакции: подавляют биологические функции, усугубляют парез кишечника, утяжеляют течение большинства заболеваний, декомпенсируют протекание многих процессов, влияющих не только на качество жизни больного, но и на ее продолжительность [2, 3, 4, 5].

Цель исследования: оценить значение показателей внутрибрюшного давления (ВБД) у больных с повреждениями позвоночника и таза, осложненными динамической кишечной непроходимостью.

Материалы и методы

В процессе выполнения работы проанализировано состояние 148 пациентов, находившихся на лечении в клиниках травматологии и ортопедии г.Уфы по поводу повреждений позвоночника и таза, из них 82 человека составили мужчины и 66 - женщины. Возраст больных от 21 года до 75 лет. Все больные разделены на две группы: 1-я - больные с повреждениями позвоночника и таза без динамической кишечной непроходимости (85 больных), 2-я - больные с повреждениями позвоночника и таза, осложненными динамической кишечной непроходимостью (63 больных). Повреждения позвоночника и таза осложняются развитием динамической кишечной непроходимости в 42,6% случаев.