

УДК 616.3-002.44+616.366-003.7]-06

**Е. Г. Молодой^{1,2}, А. А. Призенцов², А. А. Дмитриенко¹,
И. В. Никифоров¹, А. Г. Скуратов², Т. М. Чурило¹, А. Я. Маканин¹,
К. В. Полиенко¹, Т. А. Платонова¹, Р. М. Ивкович¹, М. В. Березняцкая¹**

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЕЙ

Введение

В литературе имеются данные о более низкой частоте желчнокаменной болезни у женщин с дуоденальной язвой, чем в общей популяции [1, 2]. Острая обтурационная желчнокаменная кишечная непроходимость также представляет собой редкую интраоперационную находку [1]. Такую первопричину развития кишечной непроходимости можно предполагать лишь на основании рентгенологически доказанного холецистодуоденального свища или косвенных ультразвуковых признаков (аэробилия) [1, 3]. В клинической картине характерных признаков не существует.

В нашей практике встретилось сочетание желчнокаменной непроходимости с субкомпенсированным язвенным дуоденальным стенозом у пациентки пожилого возраста.

Цель

Целью настоящей публикации явилось представление редкого клинического наблюдения сочетания осложнений желчнокаменной и язвенной болезней.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка В., 78 лет, 15.05.2023 г поступила в хирургическое отделение № 1 с жалобами на тошноту, рвоту съеденной накануне пищей, не приносящую облегчения. При сборе анамнеза выяснено, что пациентка в течение 20 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесла ушивание перфоративной язвы, а около 12 лет назад был выявлен язвенный бульбарный стеноз. В последующие годы эпизодически отмечала боли в эпигастрии, рвоту. Проявления купировала приёмом антисекреторных и антацидных препаратов. В 2022 г диагностирована желчнокаменная болезнь.

При физикальном исследовании на момент поступления состояние средней тяжести, артериальная гипотензия (90/60 мм. рт. ст.), умеренная тахикардия (108 уд/мин). При пальпации живота отмечалась незначительная болезненность в мезогастральной области без мышечного дефанса. В проекции желудка нечеткий «шум плеска». Симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика выслушивалась. При пальцевом ректальном исследовании определялась пустая ампула, опухолевидных образований не выявлено. Показатели температуры тела и сатурации в норме. При лабораторном исследовании у пациентки отмечены лейкоцитоз ($13,1 \times 10^9/\text{л}$), признаки некоторой гемоконцентрации (гематокрит – 0,42, эритроциты – $4,97 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 147 г/л), повышение содержания мочевины (25,9 ммоль/л) и гипохлоремия (87 ммоль/л). Других отклонений в биохимическом анализе крови не выявлено.

СЕКЦИЯ Хирургия, онкология и интенсивная терапия. Трамотология и ортопедия. Лучевая и функциональная диагностика

При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании выявлены выраженные явления гастростаза. На этом фоне желчный пузырь и поджелудочная железа удовлетворительно не визуализировались. При эндоскопии по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки выявлен деформирующий рубец, отмечено сужение до 0,8 см. На основании результатов данных анамнеза, лабораторно-инструментальных методов исследования выявлены язвенный стеноз, хронический калькулезный холецистит.

Пациентке предложена плановая операция. Проводилась общепринятая предоперационная подготовка (инфузии, антисекреторная терапия, коррекция белковых нарушений, фракционная зондовая декомпрессия). На фоне проводимого лечения наблюдалась некоторая положительная динамика, однако, с 22.05.23 пациентка отметила усиление болевого синдрома. Выполнена обзорная рентгенограмма. Выявлена дилатация петель тонкой кишки, немногочисленные чаши Клойбера. С целью уточнения диагноза выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка, по результатам которой выявлены признаки пилородуоденального стеноза в стадии декомпенсации и признаки тонкокишечной непроходимости (рисунок 1).

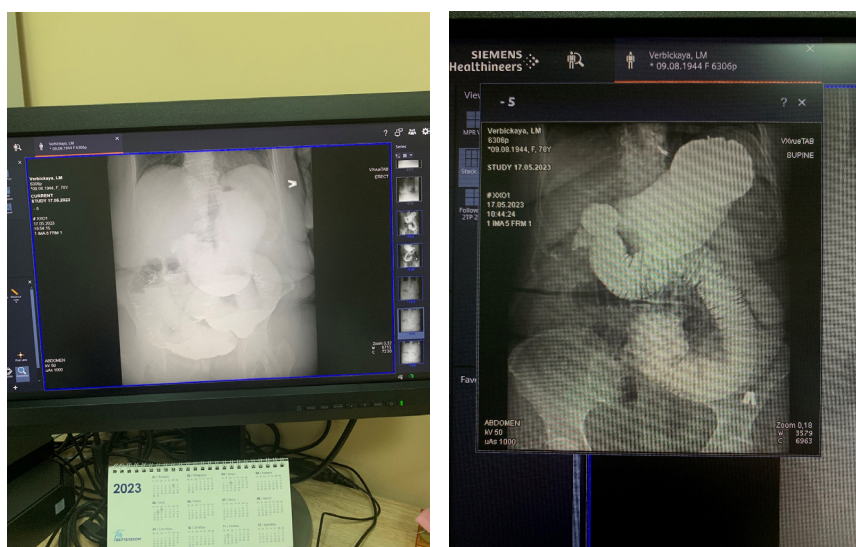


Рисунок 1 – Рентгеноскопия пищевода и желудка

С учётом отсутствия эффекта от консервативной терапии принято решение о срочном оперативном лечении. Под интубационным наркозом после разделения спаек выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в малом тазу до 200 мл выпота. Желудок увеличен, стенка гипертрофирована. Двенадцатиперстная кишка деформирована рубцами и адгезивным спаечным процессом, втянута в ворота печени. Периульцерозный инфильтрат не определяется. Желчный пузырь в плотном конгломерате с двенадцатиперстной кишкой, сальником, просвет его выполнен крупным конкрементом. В шейке выраженные рубцовые изменения, ткани дифференцируются с трудом. При мобилизации желчного пузыря выявлены два холецистодуоденальных свища до 12 мм в диаметре каждое. Выполнена холецистэктомия от дна. Двенадцатиперстная кишка выделена из рубцов, расправлена. Дефекты двенадцатиперстной кишки ушиты двухрядным швом в поперечном направлении. При контроле кишка свободно проходима для толстого желудочного зонда.

При дальнейшей ревизии выявлена умеренная дилатация тонкой кишки. На расстоянии 100 см от илеоцекального угла в просвете определяются два несмещаемых

СЕКЦИЯ Хирургия, онкология и интенсивная терапия.
Травматология и ортопедия. Лучевая и функциональная диагностика

инородных тела каменной плотности. Сероза подвздошной кишки над инородными телами с цианотичным оттенком, точечными кровоизлияниями, дистальнее кишка не изменена, спавшаяся. Над инородным телом произведена поперечная энтеротомия, из просвета кишки извлечены два крупных желчных конкремента (рисунки 2, 3).

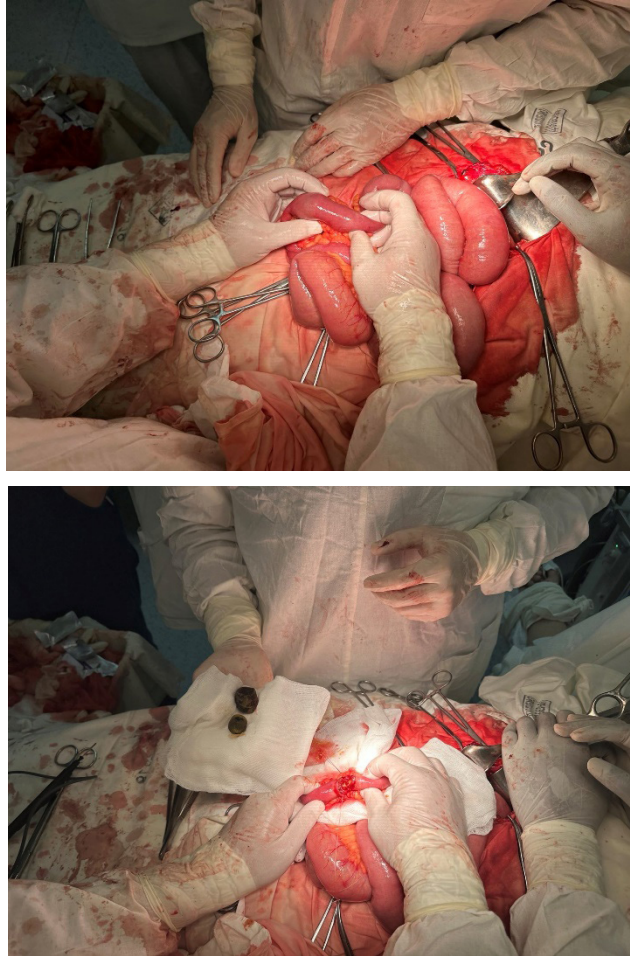


Рисунок 2 – Этапы энтеротомии



Рисунок 3 – Желчные конкременты, извлеченные из подвздошной кишки

Рана тонкой кишки ушита двухрядным швом в поперечном направлении. Кроме того, на стенке тощей кишки на уровне 30 см от связки Трейца выявлено плотное белесоватое образование, диаметром до 6 см, иссечено, отправлено на гистологию (Патогистологическое заключение № 14-234116: Лейомиома тощей кишки). Выполнена назоинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости.

В течение первых 48 часов послеоперационного периода пациентка находилась в отделении интенсивной терапии и реанимации, где осуществлялась коррекция водно-электролитного и энергетического баланса, профилактика венозных тромбозных осложнений, антибактериальная, антисекреторная и симптоматическая терапия. На третьи сутки послеоперационного периода с учётом появления перистальтики, сокращения количества зондового отделяемого до 350 мл/сутки, отсутствия гипертермии и органических дисфункций, уменьшения уровня лейкоцитоза до $7,6 \times 10^9/\text{л}$, нормализации содержания гемоглобина (107 г/л), мочевины (4,3 ммоль/л) пациентка переведена в хирургическое отделение №1, начато энтеральное зондовое и последующее пероральное питание. На четвёртые сутки удалены дренажи брюшной полости, продолжена антибактериальная терапия, введение низкомолекулярных гепаринов в профилактической дозе. С пятых суток послеоперационного периода пациентка полностью активизирована, потребность в анальгетиках отсутствовала, отмечен самостоятельный стул. Рана зажила первичным натяжением, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки.

Заключение

В общей популяции и дуоденальная язва, и желчнокаменная болезнь являются весьма распространёнными проблемами. В то же время в последние годы отмечено уменьшение частоты дуоденального стеноза, а желчнокаменная кишечная непроходимость представляет собой достаточно редкое осложнение холелитиаза. Ряд клинических симптомов является общим для этих двух состояний, что усложняет диагностику. В представленном нами случае постановку диагноза также затруднило то, что нам не удалось использовать компьютерную томографию, а возможности ультразвукового исследования не позволили выявить дистопию конкрементов. Предпочтительный объём и способ выполнения вмешательства по поводу желчнокаменной кишечной непроходимости остаются дискуссионными и требуют дальнейшего изучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винник, Ю. С. Клиническое наблюдение желчнокаменной непроходимости у пациента среднего возраста с нехарактерным анамнезом / Ю. С. Винник [и др.] // Acta biomedica scientifica. – 2022. – № 7. – С. 261–271. – Режим доступа: <https://doi.org/10.29413/ABS.2022-7.2.26>. – Дата доступа: 17.09.2023.
2. Лобанков, В. М. Дуоденальная язва в сочетании с холециститом у женщин [Электронный ресурс] / В. М. Лобанков, А. А. Призенцов // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф и 19-й итоговой научн. сессии ГомГМУ, Гомель, 23-24 февраля 2010 г. : в 4 т. / редкол.: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, ГомГМУ, 2010. – Т.3. – С. 15.
3. К вопросу о стандартизации лечения желчнокаменной непроходимости / А. В. Сажин и [др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2020. – Том 26, № 3. – С. 46-51. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/endoskop20202605146>. – Дата доступа: 15.09.2023.