
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНОГО БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА

В.А. Огородников

Кафедра госпитальной хирургии
ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
ул. Революционная, 5, Ярославль, Россия, 150000

Основу настоящей работы составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у 44 больных с желчно-каменной тонкокишечной непроходимостью. Возраст больных колебался от 54 до 94 лет. Средний возраст составил $72 \pm 1,34$ года. Среди обследованных преобладали женщины — 41 (93,18%). Характерный анамнез для желчно-каменной болезни выявлен в 37 случаях (84%). Длительность анамнеза в среднем составила около 10 лет. Сроки поступления больных в стационар не отличались от других разновидностей острой тонкокишечной непроходимости. В большинстве случаев госпитализация проводилась в течение первых двух суток с момента заболевания.

Согласно собственным данным, удельный вес подобного осложнения при желчно-каменной болезни колеблется от 0,3 до 0,6% и имеет тенденцию к нарастанию.

Необходимо отметить увеличение продолжительности диагностического процесса на госпитальном этапе до одних-двух суток. С одной стороны, это связано с наличием транзиторного эффекта от проводимой терапии, с другой стороны, с продвижением бария по тонкой кишке при рентгенологическом мониторинге. Особенности клинической симптоматики желчно-каменной тонкокишечной непроходимости были связаны со скоростью прохождения камня по различным отделам тонкой кишки. Это проявлялось миграцией болевого синдрома с его последующей локализацией в правой половине брюшной полости. Степень выраженности остальных симптомов кишечной непроходимости определялась уровнем и степенью обтурации тонкой кишки.

На момент принятия решения об оперативном пособии градация больных по стадии илеуса была следующая: стадия энтеральной гипертензии наблюдалась у 18 больных (40,9%), стадия энтеральной недостаточности — у 20 больных (45,4%) и стадия перитонита — в 6 случаях (13,6%).

Специально проведенные исследования показали, что при I стадии билиарного илеуса нарушений водно-электролитного баланса не выявлено. При II стадии отмечалось снижение концентрации ионов калия в плазме крови, увеличение шокового индекса до $1,04 \pm 0,1$, на фоне повышения среднего объема эритроцитов и гемоглобина.

При развитии стадии перитонита выявленные нарушения водно-электролитного баланса усугублялись, шоковый индекс возрастал до 200%, концентрация эритроцитов — на 75%, гемоглобина — на 22%. Уровень натрия и калия имел тенденцию к снижению.

По данным вариационной пульсометрии, по мере прогрессирования заболевания выявлено увеличение симпатической активности. Это проявлялось прогрессирующим повышением вегетативного индекса и индекса напряжения на фоне снижения величины вариационного размаха. При III стадии непроходимости степень нарушения данных параметров по сравнению с I стадией заболевания возрастала в 5,7—6,75 раза.

Все больные оперированы. Оперативное вмешательство заключалось в удалении камня с последующим наложением швов преимущественно на неизмененной стенке кишки. У 42 больных уровень окклюзии был в подвздошной кишке, у 2 больных — в двенадцатиперстной кишке. Интубация кишки выполнялась у 6 больных. При наличии перитонита операция завершалась дренированием брюшной полости. Во время операции у больных определялся инфильтрат в подпеченочном пространстве, по-видимому, как результат сформированного пузырно-юнального или -дуоденального свища. Ревизия этой области не проводилась.

В течение послеоперационного периода специфических особенностей по сравнению с другими видами непроходимости не отмечено.

Летальные исходы наблюдались у 4 больных (9%) и были связаны с несвоевременным вмешательством ввиду длительного догоспитального периода, возрастом больных (старше 80 лет) и отсутствием четких показаний для активной хирургической тактики. После выписки из стационара в ближайшие 6 месяцев обострения желчно-каменной болезни не наблюдалось.

Таким образом, для улучшения лечения данного контингента больных необходимо помнить о данной патологии, а существующий диагностический мониторинг проводить целенаправленно на предмет выявления билиодигестивных свищей.

CLINICAL FEATURES OF SMALL BOWEL BILIARY ILEUS

V.A. Ogorodnikov

Chair of hospital surgery
Yaroslavl State Medical Academy
Revolutionnaya str., 5, Yaroslavl, Russia, 150000

The analysis of clinical progression and treatment of gallstone small bowel obstruction in 44 patients is given. The variants of diagnosis and outcomes of operations are presented.

Key words: gallstone intestinal obstruction, enteric hypertension, enteric insufficiency, peritonitis.