

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-164-4-127-130

Попытка эндоскопического лечения высокой обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной билиарными конкрементами*

Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гучетль А. Я., Тлехурай Р. М., Беспечный М. В., Мамишев А. К.

Государственное бюджетное Учреждение Здравоохранения «Краевая Клиническая Больница № 2» Министерства Здравоохранения Краснодарского Края (ГБУЗ «ККБН № 2») Красных Партизан ул., д. 6, корпус 2 г. Краснодар, 350012, Россия

Attempt to endoscopic treatment of high obstructive intestinal obstruction, due to biliary calculus*

S. A. Gabriel, V. Yu. Dynko, A. Ya. Guchetl, R. M. Tlekhuray, M. V. Bespechnyj, A. K. Mamishev

State Budgetary Healthcare Establishment "Regional Clinical Hospital № 2" of the Ministry of Healthcare of the Krasnodar Region (GBUZ "KKBN № 2") Krasnykh Partizan ul. 6, building 2 Krasnodar, 350012, Russia

Для цитирования: Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гучетль А. Я., Тлехурай Р. М., Беспечный М. В., Мамишев А. К. Попытка эндоскопического лечения высокой обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной билиарными конкрементами. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;164(4): 127–130. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-164-4-127-130

For citation: Gabriel S. A., Dynko V. Yu., Guchetl A. Ya., Tlekhuray R. M., Bespechnyj M. V., Mamishev A. K. Attempt to endoscopic treatment of high obstructive intestinal obstruction, due to biliary calculus. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;164(4): 127–130. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-164-4-127-130

Габриэль Сергей Александрович, д.м.н., заведующий отделением эндоскопии

Дынько Виктор Юрьевич, к.м.н., врач отделения эндоскопии

Гучетль Александр Якубович, к.м.н., руководитель центра малоинвазивных хирургических вмешательств

Тлехурай Руслан Махмудович, к.м.н., врач отделения эндоскопии

Беспечный Михаил Васильевич, ординатор кафедры хирургии № 3 ФПК и ППС

Мамишев Адам Казбекович, врач отделения эндоскопии

Sergei. A. Gabriel, Head of endoscopy department, MD

Viktor. Yu. Dynko, Endoscopy department doctor, PhD

Vladimir. M. Durlshter, Deputy chief physician for surgery, professor, MD

Aleksandr. Ya. Guchetl, Head of center for endoscopic diagnostic and treatment methods, Ph D.

Ruslan. M. Tlekhuray, Endoscopy department doctor, PhD

Mikhail V. Bespechnyj, Resident of the Department of Surgery № 3 FAT and PR

Adan K. Mamishev, Endoscopy department doctor, PhD

✉ Corresponding author:

Габриэль

Сергей Александрович

Sergei. A. Gabriel

gabriel-sa@rambler.ru

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Резюме

Интерес приведенного клинического случая заключается в том, что холецисто-дуоденальный свищ, возникший на фоне желчнокаменной болезни и вызвавший высокую обтурационную тонкокишечную непроходимость мигрировавшими из него билиарными конкрементами, является очень редким осложнением ЖКБ и был диагностирован на дооперационном этапе.

Пациентка Б, 75 лет, поступила в ГБУЗ «ККБ № 2» г. Краснодар 21.07.2016 года с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Высокая тонкокишечная непроходимость?

Первым этапом выполнили диагностическую эзофагогастродуоденоскопию. При ЭГДС на уровне выходного отдела луковицы ДПК, по задней стенке, определяется дефект стенки в виде холецисто-дуоденального свища с визуализацией полости желчного пузыря. На уровне нижней горизонтальной ветви ДПК имеются подвижные множественные желчные конкременты, полностью перекрывающие просвет ДПК.

Решено было выполнить эндоскопическую механическую литоэкстракцию данных конкрементов. Корзинчатым зондом Дормиа подвижные конкременты двенадцатиперстной кишки были захвачены и удалены.

После удаления данных подвижных конкрементов, мы обнаружили крупный конкремент полностью перекрывающий просвет ДПК.

Была предпринята попытка электрогидравлической литотрипсии данного крупного конкремента ДПК. Конкремент был фрагментирован. Но при попытке провести эндоскоп за фрагменты конкремента, с целью их захвата корзинкой Дормиа, произошла перфорация ишемизированной стенки ДПК.

Пациентка была переведена в операционную, где выполнена лапаротомия, дуоденотомия, удаление вклиненного конкремента нижней горизонтальной ветви ДПК, ушивание дефекта ДПК.

На 12 сутки после операции пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: Холецисто-дуоденальный свищ, холедохолитиаз, тонкокишечная непроходимость

Summary

The interest of the above clinical case is that cholecysto-duodenal fistula, which arose against the background of cholelithiasis and caused high obstructive small intestinal obstruction by biliary calculi migrated from it, is a very rare complication of gallstones and was diagnosed at the preoperative stage.

Patient B, 75 years old, was admitted to GBUZ "KKB No. 2" in Krasnodar on July 21, 2016 with a diagnosis of Cholelithiasis. Chronic calculous cholecystitis. Choledocholithiasis. High small bowel obstruction?

The first step was performed diagnostic esophagogastroduodenoscopy. When endoscopy at the output level of the LDPC, along the back wall, a wall defect in the form of a cholecysto-duodenal fistula with visualization of the gallbladder cavity is determined. At the level of the lower horizontal branch of the duodenum, there are mobile multiple biliary concretions that completely overlap the lumen of the duodenum.

It was decided to perform endoscopic mechanical lithoextraction of these stones. With the Dormia basket probe, movable duodenal calculi were captured and removed.

After deleting the mobile calculus data, we found a large calculus that completely covered the duodenal lumen.

An attempt was made to electrohydraulic lithotripsy of this large calculus of duodenum. The calculus was fragmented. But when trying to hold an endoscope for calculus fragments, in order to capture them with a basket of Dormia, the ischemic wall of the duodenum perforated.

The patient was transferred to the operating room, where laparotomy, duodenotomy, removal of the wedged calculus of the lower horizontal branch of the duodenum, suturing of the duodenum defect were performed.

On day 12 after surgery, the patient was discharged from the hospital in a satisfactory condition.

Keywords: Cholecysto-duodenal fistula, choledocholithiasis, small bowel obstruction

Введение

Желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний, выявляемым, по данным литературы, у 10–15% населения [1–5]. Холецисто-дуоденальный свищ является одним из тяжелых и редко встречающихся осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ). Данное состояние встречается у 0,5–1,5% больных с желчнокаменной болезнью, а миграция билиарных конкрементов с развитием обтурационной непроходимости является казуистическим случаем и отмечается в 0,05–0,8% [6–10].

Дооперационная диагностика холецисто-дуоденального свища в большинстве случаев практически невозможна, поскольку патогномичная тетрада верификационных признаков (желчнокаменный анамнез, аэробилия, наличие внутренней холецисто-гастральной фистулы и клиническая картина острой пилоро-дуоденальной

непроходимости) имеет место только у 0,3–1,2% больных. Вследствие этого, данное состояние обычно является неожиданной для хирургов интраоперационной находкой [6, 11, 10, 12, 13].

Клинически данное осложнение проявляется болями в верхнем этаже живота, тошнотой, рвотой (в отдельных случаях желчными камнями), дегидратацией, которые появляются внезапно на фоне длительно протекающего холелитиаза с частыми обострениями [8, 14, 9, 10, 12].

Интерес приведенного клинического случая заключается в том, что холецисто-дуоденальный свищ, возникший на фоне желчнокаменной болезни и вызвавший высокую обтурационную тонкокишечную непроходимость мигрировавшими из него билиарными конкрементами, является очень редким осложнением ЖКБ и был диагностирован на дооперационном этапе.

Материалы и методы

Пациентка Б, 75 лет, поступила в ГБУЗ «ККБ № 2» г. Краснодара 21.07.2016 года с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Высокая тонкокишечная непроходимость?.

Жалобы: на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, многократную рвоту желудочным содержимым, возобновляющуюся после приема пищи или жидкости, общую слабость.

Из анамнеза: Страдает желчно-каменной болезнью в течение последних 40 лет. Периодически отмечает

болевы приступы в правом подреберье, неоднократно проходила курс консервативной терапии в условиях стационара. Настоящие жалобы появились в течение последних 14 дней, за медицинской помощью не обращалась. В течение последних 2-х дней состояние больной ухудшилось: появились коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, надключичную область, рвота стала практически непрерывной, усиливалась общая слабость и истощение. Обратилась в ГБУЗ «ККБ № 2», госпитализирована в хирургическое отделение.

Результат

Результаты предварительного обследования.

Данные трансабдоминального УЗИ: УЗ-признаки ЖКБ, холецистолитиаза, не исключается холедохолитиаз, диффузных изменений печени и поджелудочной железы.

Показатели лабораторного обследования: обращает на себя внимание повышение СРБ 26,5 мг/л, умеренный лейкоцитоз – $13,5 \times 10^9/\text{л}$., повышение уровня ферментов АЛТ 176 Ед/л, АСТ 123 Ед/л, общего билирубина до 86,4 мкмоль/л, прямого билирубина до 53,7 мкмоль/л.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных физического, лабораторного, инструментального методов обследования был выставлен диагноз «Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Тонкокишечная непроходимость».

Первым этапом решено было выполнить диагностическую эзофагогастродуоденоскопию. При ЭГДС на уровне выходного отдела ЛДПК, по задней стенке, определяется дефект стенки в виде холецисто-дуоденального свища с визуализацией полости желчного пузыря. На уровне нижней горизонтальной ветви ДПК имеются подвижные множественные желчные конкременты, полностью перекрывающие просвет ДПК.

Решено было выполнить эндоскопическую механическую литоэкстракцию данных конкрементов. Корзинчатым зондом Дормиа подвижные конкременты двенадцатиперстной кишки были захвачены и удалены. Всего было удалено 6 конкрементов размером 1,5–2,0 см в диаметре.

После удаления данных подвижных конкрементов, когда казалось, что пациентка близка к выздоровлению, мы обнаружили крупный конкремент в Д до 4,5 см., вклиненный и полностью

перекрывающий просвет ДПК, который, непосредственно, и явился причиной непроходимости (рис. № 3). Многочисленные попытки извлечь этот конкремент, при помощи стандартных эндоскопических методов механической экстракции (петля, корзинка типа Дормиа) не увенчались успехом.

В нашем отделении имеется аппарат и зонды для выполнения электрогидравлической литотрипсии (ЭГЛТ). Мы решили предпринять попытку электрогидравлической литотрипсии данного крупного конкремента ДПК.

Через инструментальный канал эндоскопа проведен зонд для выполнения электрогидравлической литотрипсии и, при постоянном введении физиологического раствора в просвет ДПК, подачей электрических разрядов через зонд, выполнялась электрогидравлическая литотрипсия. Необходимо отметить довольно плотную консистенцию данного конкремента. Было использовано 5 зондов для ЭГЛТ. Конкремент частично был разрушен по периферии.

Но при очередной попытке провести эндоскоп за конкремент, с целью его захвата корзинкой Дормиа, произошла перфорация ишемизированной стенки ДПК и эндоскоп оказался в брюшной полости.

Пациентка была переведена в операционную, где выполнен лапаротомия, дуоденотомия, удаление вклиненного конкремента нижней горизонтальной ветви ДПК, ушивание дефекта ДПК.

После операции проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, симптоматическое лечение. На 12 сутки после операции пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Тонкокишечная непроходимость, вызванная желчными камнями, мигрировавшими из холецисто-дуоденального свища в ДПК, с которой мы столкнулись, является крайне редкой формой осложнения ЖКБ.

Данный клинический случай представляется сложным для миниинвазивного лечения и является показанием для хирургического лечения.

Благодаря наличию оборудования для ЭГЛТ была предпринята попытка его миниинвазивного лечения. Частично конкремент был фрагментирован.

Однако эндоскопом стенка кишки была перфорирована в результате, как мы считаем, ее ишемических изменений.

Данное вмешательство явилось трудозатратным (2 врача-эндоскописта, операционная медсестра, врач-анестезиолог и анестезистка), продолжительным (3,5 часа) и довольно дорогостоящим (помимо наличия дорогостоящего оборудования было использовано 5 зондов для ЭГЛТ).

Возможно, миниинвазивное лечение было бы эффективно при многоэтапном подходе.

Литература | References

1. Beltran M. A., Csendes A., Cruces K. S. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J. Surg.* 2008; 32 (10): 2237–2243. PMID: 18587614.
2. Mithani R., Schwesinger W. H., Bingener J., Sirinek R., Gross G. W. The Mirizzi syndrome: multidisciplinary management promotes optimal outcomes. *J. Gastrointest. Surg.* 2008; 12 (6): 1022–1028. PMID: 17874273.
3. Бедин В. В., Заруцкая Н. В., Пельц В. А. Десятилетний опыт хирургического лечения больных с билиодигестивными и холецистохоледохеальными свищами. *Анналы хирургической гепатологии.* 2006; 11 (3): 72. Bedin V. V., Zarutskaya N. V., Pel'ts V. A. Ten-year experience of surgical treatment of patients with biliodigestive and cholecystocholechocheal fistulas. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii.* 2006; 11 (3): 72. (In Russian).

4. Тимербулатов В. М., Гарипов Р. М., Хунафин С. Н., Нурмухаметов А. А. Внутренние желчные свищи. Современные технологии в диагностике и лечении. М.: Триада-Х, 2003. 160 с.
Timerbulatov V. M., Garipov R. M., Khunafin S. N., Nurmukhametov A. A. Vnutrennie zhelchnie svishchi. Sovremennye tehnologii v diagnostike i lechenii [Internal biliary fistulas. Modern technologies in diagnostics and treatment]. Moscow: Triada-X, 2003. 160 p. (In Russian).
5. Топчиашвили З. А., Капров И. Б. Спонтанные внутренние желчные свищи. Тбилиси: Ганатлеба, 1988. 132 с.
Topchiashvili Z. A., Kaprov I. B. Spontannie vnutrennie zhelchnie svishchi. [Spontaneous internal biliary fistulas]. Tbilisi: Ganatleba, 1988. 132 p. (In Russian).
6. Вельский А. В., Ермолаев В. В., Захарова Н. Г., Мышкин К. И. Внутренние желчные свищи при желчнокаменной болезни // Хирургия. – 1978.-№ 5.-с. 30–32.
Velsky AV, Ermolaev VV, Zakharova NG, Myshkin KI. Internal biliary fistulas in cholelithiasis. Surgery. 1978, no. 5, pp. 30–32.
7. Матвийчук Б. О., Биляк С. С. Синдром Бувере II Клиническая хирургия.-1993. – № 6.-С.69.
Matviychuk B. O., Bilyak S. S. Bouveret II Syndrome. Clinical Surgery. 1993, no. 6, p. 69.
8. Цыбырнэ К. А., Попов С. Д., Чалганов А. И. Желчные свищи. – Кишинев: Штиинца, 1983.-с. 120–142.
Tsybyrne K. A., Popov S. D., Chalganov A. I. Biliary fistula. Chisinau, Shtiintsa. 1983. pp. 120–142.
9. Bilo M., Dzupa K. Akutny uzaver pyloru zicovym kamenom // Rozhl. CHIR.-1989.-v.68, N4., s.258–260.
10. De Santis G., Pancotii G. Sindroime di Boweret. Presentazione dl un caso // MIN, GHIK. 1988, v. 435, N17, P. 1403–1405.
11. Под ред. Э. Н. Ванцяна. Наружные и внутренние свищи / « М.: Медицина, 1990. – с. 76–132.
Vantsyana E. N. External and internal fistulas. Moscow. Medicine, 1990, pp. 76–132.
12. Sonak R., Tusek D., Rusche H. H., Mackrodi H. G. Das Bouveret-Sendrome – einesel-tene Form der Magenausgangsstenose. *Zen-tralblatt fur Chirurgie*. 1995, vol. 120(1), P. 75–78.
13. Vidal O., Seco J. L., Alvarez A., Trinanes J. P., Serrano L. P., Serrano S. R. Sindrome de Bouveret: cinco casos. *Revista Espanjla de Enfermedades Digestivas*. 1994, vol.86(5), P. 839–844.
14. Baudet-Bourgarel A., Boruchowicz A., Gambiez L., Paris L. C. Syndrome de Bouvere revele par une hematemese. *Gastroenterologie Clinique et Biologique*. 1996, vol.20 (1), P. 112–113.

К статье

Попытка эндоскопического лечения высокой обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной билиарными конкрементами (стр. 127–130)

To article

Attempt to endoscopic treatment of high obstructive intestinal obstruction, due to biliary calculus (p. 127–130)

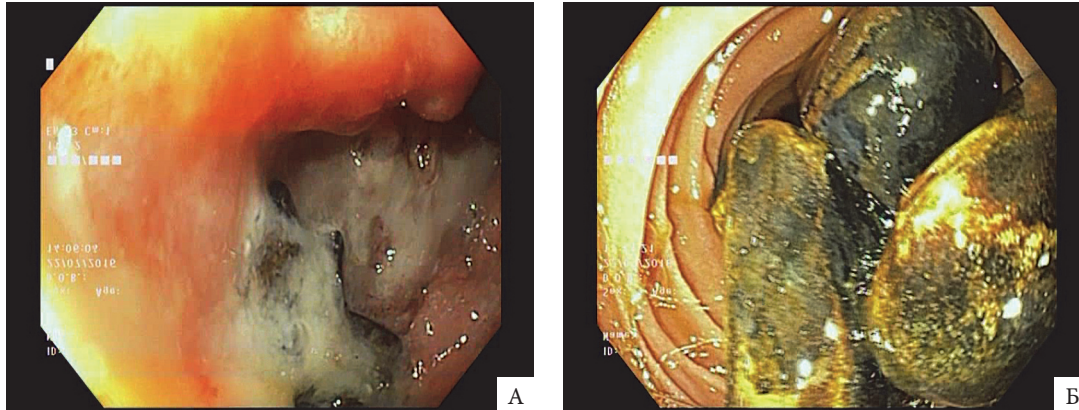


Рисунок 1.

а. Холецисто-дуоденальный свищ.
б. Желчные камни в просвете нижней горизонтальной ветви ДПК.

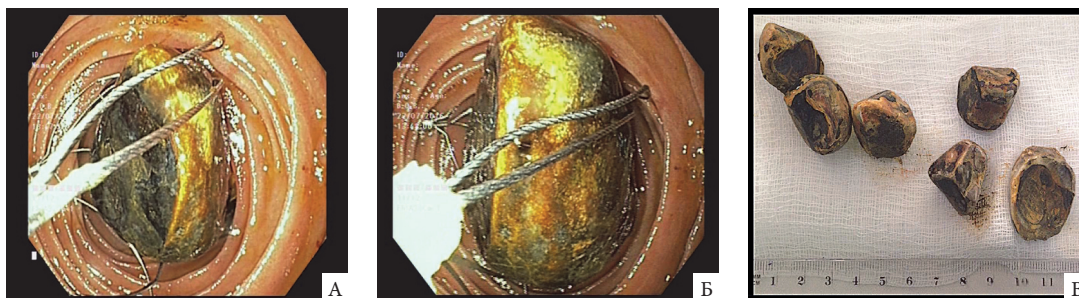


Рисунок 2.

а. Эндоскопическая механическая литоэкстракция подвижных конкрементов в просвете ДПК.
б. Эндоскопическая механическая литоэкстракция подвижных конкрементов в просвете ДПК.
в. Удаленные конкременты (1,5–2,0 см в диаметре).

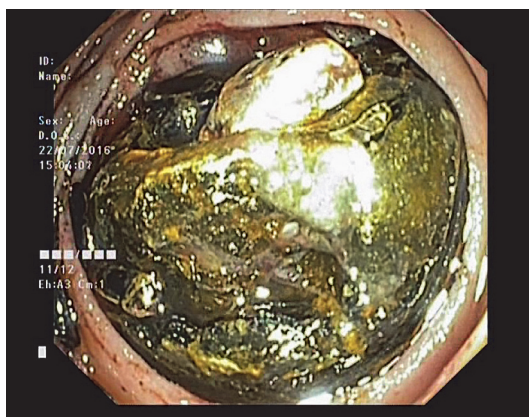


Рисунок 3.

Вклиненный конкремент нижней горизонтальной ветви ДПК.

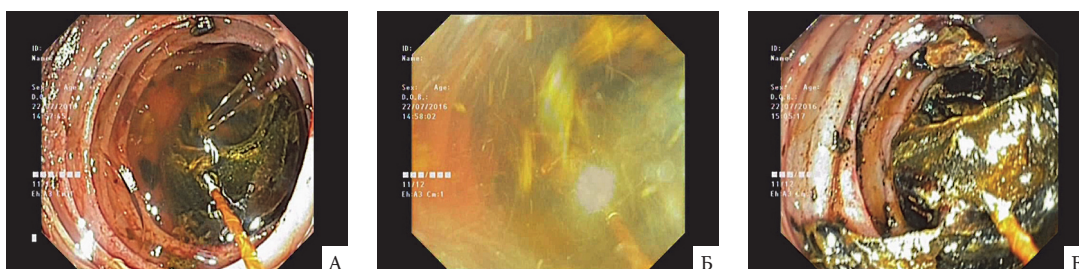


Рисунок 4.

а. Электрогидравлическая литотрипсия вклиненного конкремента. б. Электрогидравлическая литотрипсия вклиненного конкремента, момент подачи электрического разряда.
в. Разрушенные фрагменты конкремента после проведения электрогидравлической литотрипсии.