

Гостра жовчнокам'яна непрохідність тонкої кишки

І. М. Дейкало, Д. В. Осадчук, О. І. Карел, А. В. Махніцький, Л. Р. Назарко

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

An acute impassability of small bowel, caused by biliary concrements

I. M. Deykalo, D. V. Osadchuk, O. I. Karel, A. V. Makhnitskyi, L. R. Nazarko

Ternopil State Medical University named after I. Ya. Gorbachevskyi

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – одне з найбільш поширених захворювань у цивілізованих країнах. У міру збільшення захворюваності на ЖКХ збільшується частота її небезпечних ускладнень, зокрема внутрішніх білідигестивних нориць, біліарної непрохідності тонкої кишки (БНТК). Частота БНТК становить від 0,24 до 3,4% в структурі обтураційної непрохідності тонкої кишки [1 – 3].

Вперше БНТК виявив під час патологоанатомічного дослідження у 1654 р. датський анатом Tr. Bartholini. Хворого з приводу БНТК вперше в Росії успішно прооперував М. В. Скліфосовський у 1893 р. Для формування БНТК необхідне щонайменше поєднання трьох чинників: наявність великого жовчного каменя у жовчному міхурі; широка внутрішня білідигестивна нориця; стенозування тонкої кишки. Клінічні прояви БНТК найбільш чітко описав у посібнику з екстреної абдомінальної хірургії Г. Мондора. Наявність тріади: похилий або старечий вік пацієнта; ознаки непрохідності тонкої кишки; пухлина кам'янистої щільності в черевній порожнині при пальпації, особливо коли в анамнезі є відомості про ЖКХ, є підґрунтям для встановлення клінічного діагнозу БНТК.

Проаналізовані особливості перебігу, діагностики та хірургічного лікування гострої непрохідності тонкої кишки, спричиненої обтурацією жовчним каменем, у хворих віком від 53 до 82 років.

Алгоритм діагностичного пошуку, крім клінічних ознак непрохідності тонкої кишки, включав: променеву діагностику (чаші Клойбера, аерохолія, тінь великого конкремента поза проекції жовчного міхура), ультразвукове дослідження (УЗД, відключений жовчний міхур з потовщеними стінками, аерохолія, ознаки непрохідності кишечника, камінь у просвіті тонкої кишки), гастродуоденофіброскопію (конкременти у дванадцятипалій кишці, білідигестивна нориця), комп'ютерну томографію (КТ). Наводимо клінічні спостереження.

1. Пацієнтка віком 70 років, особливих проблем з діагностикою непрохідності кишечника не було. Перебіг захворювання з перших його етапів з чіткими клінічними проявами гострої обтураційної непрохідності кишечника, що прогресувала. Пацієнтка оперована у невідкладному порядку через 24 год від початку захворювання. Операція: середня серединна лапаротомія. При ревізії виявлена обтураційна непрохідність кишечника жовчним каменем на рівні тер-

мінального відділу тонкої кишки. Після переміщення жовчного каменя аборально виконано ентеротомію, камінь видалений. Здійснена одномоментна декомпресія тонкої кишки через ентеротомний отвір з подальшою ентерорафією.

2. Пацієнт віком 72 років з ампутаційними куксами нижніх кінцівок на рівні обох стегон і тяжкими супутніми серцево-судинними та легеневиими захворюваннями. Діагностована БНТК. Інтраопераційно встановлено, що непрохідність зумовлена обтурацією тонкої кишки жовчним каменем діаметром 4,2 см. Камінь зміщений проксимально від місця обтурації, видалений через ентеротомний отвір з подальшою ентерорафією. Перебіг післяопераційного періоду впродовж 5 днів без ускладнень. На 6-ту добу повторно з'явилися ознаки гострої непрохідності кишечника, що прогресували. Хворий оперований повторно з приводу ймовірної ранньої спайкової непрохідності кишечника. Інтраопераційно встановлена повторна БНТК, спричинена жовчним каменем, що обтурував тонку кишку на 15 см вище попереднього ентеротомного отвору. Здійснена ентеротомія, видалений жовчний камінь діаметром 3,8 см. Проведена інтенсивна терапія, проте хворий помер на 9-ту добу внаслідок декомпенсації супутніх захворювань та основного захворювання.

3. У хворої віком 67 років БНТК діагностована за даними УЗД. Жовчний міхур збільшений, товщина його стінки до 0,7 см, у просвіті конкремент розмірами 5 × 3,8 см, тонка кишка збільшена, з ознаками непрохідності. В термінальному відділі тонкої кишки виявлений конкремент діаметром 3,9 см. Хвора оперована. Інтраопераційно встановлено непрохідність тонкої кишки жовчним каменем, який видалений через ентеротомний отвір, непрохідність усунута. У підпечінковому заглибленні виявлений масивний інфільтрат навколо жовчного міхура, пальпується ще один великий камінь. З технічними труднощами відпрепароване дно жовчного міхура. Здійснено холецистолітотомію з подальшою холецистостомією. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Холецистостома закрилась на 19-ту добу. Пацієнтка оглянута через 1 рік. Стан задовільний. Скарг немає. За даними УЗД жовчний міхур зморщений, склерозований, без ознак аерохолії.

4. Хвора віком 72 років з нижнім геміпарезом центрального генезу. БНТК діагностована інтраопераційно. Жовчний камінь розмірами 4 × 3 см містився на відстані 25 см від

ілеоцекального клапана, повністю обтурував просвіт кишки. При ревізії підпечінкового заглиблення виявлені зморщений жовчний міхур, хронічний інфільтрат в гепатодуоденальній зоні. Операція: ентеротомія, видалення каменя, ентерорафія, інтубація тонкої кишки. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

5. У пацієнтки віком 78 років ЖКХ поєднувалась зі складним захворюванням серця. На догоспітальному етапі діагноз гострої обтураційної непрохідності тонкої кишки сумнівів не викликав. В анамнезі відомості про ЖКХ, наявність великого конкремента у жовчному міхурі. За даними КТ органів черевної порожнини виявлені ознаки аерохолії, білідигестивна нориця, зміни в термінальному відділі тонкої кишки помилково розцінені радіологами як інвагінація. Проте, з огляду на особливості клінічного перебігу, встановлений діагноз: ЖКХ, білідигестивна нориця, гостра БНТК. Хвора оперована за невідкладними показаннями через 9 год після госпіталізації. Виявлений конкремент діаметром 4,3 см на відстані 10 см від ілеоцекального клапана. Жовчний міхур розташований в інфільтраті, при пальпації конкременти не виявлені. Операція: ентеротомія, видалення конкремента, ентерорафія, назогастральна інтубація тонкої кишки, лаваж та дренування черевної порожнини. У задовільному стані на 10-ту добу після операції пацієнтка виписана на амбулаторне лікування.

6. У пацієнтки віком 53 років клінічні прояви БНТК виникли у стаціонарі. Госпіталізована з діагнозом ЖКХ, гострий холецистопанкреатит. Призначено медикаментозну терапію. На 3-тю добу стан раптово погіршився, виникла гостра непрохідність кишечника. За даними УЗД, жовчний міхур розмірами 35 × 17 мм, скорочений. На попередньому УЗД, проведеному після госпіталізації, жовчний міхур помірно збільшений, товщина стінки 3,4 мм, в просвіті гіперехогенне включення діаметром 63 мм. За даними КТ, аерохолія, білідигестивна нориця, конкремент в просвіті тонкої кишки.

Операція: середня серединна лапаротомія, ентеротомія, видалення жовчного каменя, ентерорафія. Під час ревізії тонкої кишки виявлене стороннє тіло (жовчний камінь) на відстані 30 см від ілеоцекального клапана, що повністю обтурував просвіт кишки, жовчний міхур міститься в інфільтраті, при пальпації конкременти не виявлені.

7. Показанням до оперативного втручання були клінічні ознаки гострої непрохідності кишечника. Проте, у пацієнта в анамнезі були відомості про тривалу ЖКХ з частими приступами печінкової кольки. Неодноразово поставало питання про хірургічне лікування, від якого хірурги утримувалися через тяжкі супутні захворювання серцево-судинної системи та наявність кардіостимулятора.

8. Пацієнтка госпіталізована з болем по всьому животу, ознаками непрохідності кишечника. В анамнезі відомості про ЖКХ. За даними КТ органів черевної порожнини виявлений конкремент в дистальному відділі клубової кишки, що обтурував її просвіт, візуалізована білідигестивна нориця. Здійснено ентеролітотомію.

Таким чином, при аналізі інформативності та достовірності методів діагностики ми встановили, що КТ є найбільш інформативним методом. Проте, не слід ігнорувати дані клінічного обстеження, променевої діагностики та УЗД.

У зв'язку з малою кількістю спостережень БНТК, а також за відсутності доказових досліджень, будь-яких стандартів хірургічного лікування таких хворих немає. Основна мета хірургічного втручання – це усунення непрохідності кишечника. Обсяг хірургічного втручання визначають індивідуально. Якщо БНТК виявлена випадково під час оперативного втручання, необхідно провести інтраопераційну УЗД діагностику або ревізію жовчного міхура, дванадцятипалої та тонкої кишки, навіть за відсутності відомостей про ЖКХ в анамнезі.

Ми переконані, що при гострій БНТК операцію слід обмежити виконанням літотомії. Розширення обсягу операції аж до повного усунення білідигестивної нориці та холецистектомії надзвичайно небезпечно, технічно складне і невиправдане.

Висновки

1. При ЖКХ, ускладненій білідигестивною норицею, за наявності кількох конкрементів у жовчному міхурі можливий рецидив БНТК.

3. За наявності великого конкремента у жовчному міхурі та неможливості виконання холецистектомії та усунення нориці, що надзвичайно небезпечно, крім усунення БНТК, показане виконання холецистолітотомії з холецистостомією з метою попередження рецидиву непрохідності.

4. При БНТК обов'язкова ревізія тонкої кишки для виявлення додаткових жовчних каменів.

5. Найбільш інформативним методом доопераційної діагностики БНТК є КТ.

References

1. Deykalo IM, Osadchuk DV, Vasyliuk LV. Hostryi biliarnyi ileus – nestandardna sytuatsiia v urhentsii abdominalnii khirurgii. *Shpytalna khirurgiia*. 2013;(2):65–7. [In Ukrainian].
2. Voytenko AA, Mendel AK. Neprokhodimost kischechnika, obuslovlennaya zhelchnimy kamnyamy. *Klinicheskaya khirurgiia*. 1971:26–31. [In Russian].
3. Shidlovskiy VO, Deykalo IM, Shidlovskiy OV. Diahnostyka i khirurgichne likuvannia vnutrishnikh zhovchnykh noryts. *Shpytalna khirurgiia*. 2006;(3):61–5. [In Ukrainian].