



Ю. О. Міхеєв^{1,2}, М. О. Шабанов^{1,2}, А. В. Канаки^{1,2}, К. С. Барська^{1,2}

¹ Запорізька медична академія післядипломної освіти

² Запорізька міська клінічна лікарня № 3

ВИПАДОК УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО З МІХУРНО-АПЕНДИКУЛЯРНОЮ НОРИЦЕЮ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Наведено клінічне спостереження рідкісного ускладнення жовчнокам'яної хвороби — міхурно-апендикулярної нориці. Пацієнт чоловічої статі, 69 років. Хворіє впродовж 2 тиж, коли після порушення дієти почав турбувати біль у правому підбер'ї, підвищення температури тіла до 37,5—38,0 °С, увечері морозити, жовтяничністю шкірних покривів. По медичну допомогу не звертався, лікувався самостійно, приймав жарознижувальні та спазмолітичні препарати. Больовий синдром зник, але зберігалася підвищена температура тіла з ознобом, з'явилася жовтяничність шкірних покривів і склер, потемніння сечі, знебарвлений кал. Пацієнта госпіталізовано у Запорізьку міську клінічну лікарню № 3 з попереднім діагнозом: «Захворювання голівки підшлункової залози. Холедохолітиаз. Холангіт. Механічна жовтяниця». Після обстеження, стабілізації стану хворого і нормалізації клініко-лабораторних показників, на третю добу з моменту госпіталізації пацієнта було прооперовано. Виконано верхньосерединну лапаротомію, холецистектомію, апендектомію, холедохолітотомію з холедохолітоекстракцією, дренажування холедоха за Кером, дренажування черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 9-ту добу після операції хворого виписано в задовільному стані додому. Контрольний огляд, проведений через 1 міс після операції, ускладнень не виявив.

Таким чином, до операції та інтраопераційно діагностовано міхурно-апендикулярну норицю. В медичній літературі повідомлень про таке біліодигестивне співустя не знайшли. Описане клінічне спостереження демонструє можливість успішного застосування комплексу методів променевої діагностики для виявлення біліодигестивних нориць. Біліодигестивна нориця — це тяжке ускладнення, рання діагностика якого дуже складна. Найчастіше це ускладнення виявляють інтраопераційно під час холецистектомії. Найбільшу діагностичну ефективність продемонстрували ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія та ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

■
Ключові слова: міхурно-апендикулярна нориця, інструментальні методи обстеження, хірургічне лікування.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) — одне з найпоширеніших захворювань, яке виявляють у 10—15 % населення [1—4, 6]. До рідкісних ускладнень ЖКХ належать зовнішні жовчні, внутрішні або холецистодигестивні, торакобіліарні, бронхобіліарні, холецистохоледохеальні нориці, або синдром Міриззі, жовчнокам'яна тонкокишкова непрохідність, а також інші типи жовчних нориць і мікрохоледохолітиаз або «великий» холедохолітиаз, «зморщений» жовчний міхур, звапніння жовчного міхура [7].

Біліодигестивні нориці (БДН), або внутрішні жовчні нориці, є рідкісним пізнім ускладненням ЖКХ. В основі цих захворювань лежить порушення

прохідності жовчних проток. Унаслідок запально-дегенеративних змін між стінкою жовчного міхура або загальною жовчною протокою і стінкою порожнистого органа (дванадцятипала кишка (ДПК), тонка і товста кишка, шлунок) формується БДН.

Уперше БДН описав Bartholin в 1654 р. на тлі виразки ДПК, яка пенетрує [5]. За даними літератури, найчастіше виявляють міхурно-дуоденальну (37,3—70,0 %), міхурно-ободову (3,4—21,5 %) і міхурно-гастральну нориці (3,3—15,6 %), рідше — холедоходуоденальну (3—5 %) [1, 2, 8, 9]. Головними причинами їх формування є ускладнений перебіг ЖКХ (холедохолітиаз, 75—90 %), виразкова хвороба ДПК (5—6 %), хвороба Крона [2, 5]. При

холедоходуоденальній нориці найчастіше фістула розташовується на задній стінці ДПК, при холедохолітазі — в дистальних відділах загальної жовчної протоки, при виразці ДПК — у проксимальних відділах [5]. Клінічна симптоматика при внутрішніх біліарних норицях у цілому не відрізняється від такої при захворюваннях, які перебігають з калькульозним холециститом і механічною жовтяницею. Диференційну діагностику зазвичай проводять з холедохолітазом, холангіокарциномою, склерозувальним холангітом, злоякісною пухлиною жовчного міхура, хронічним панкреатитом. Установлено точні анамнестичні та клінічні характеристики нориць біліарного тракту: ЖКХ в анамнезі, втрата маси тіла, жовтяниця, хворого періодично морозить, напади болю 3—4 рази на рік, почуття дискомфорту в правому підребер'ї [1, 2]. Особливістю клінічного перебігу БДН є інтермітувальні симптоми тяжкого холангіту внаслідок рефлюксу кишкового вмісту в жовчовивідну систему, а також втрата маси тіла, ознаки диспепсії, часті рідкі випорожнення. З огляду на поширеність ЖКХ і ризик, хоча і рідкісного, але тяжкого її ускладнення — БДН, наводимо клінічне спостереження.

Хворий Н., 69 років, доставлений у Запорізьку міську клінічну лікарню № 3 з району. Госпіталізований з попереднім діагнозом: «Захворювання голівки підшлункової залози. Холедохолітаз. Холангіт. Механічна жовтяниця». Зі слів пацієнта, хворіє впродовж 2 тиж, коли після порушення дієти почав турбувати біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 37,5—38,0 °С увечері морозить, рідке випорожнення. По медичну допомогу не звертався, лікувався самостійно, приймав жарознижувальні та спазмолітичні препарати. Больовий синдром зник, але зберігалася підвищена температура тіла з ознобом, з'явилася жовтяничність шкірних покривів і склер, потемніння сечі, знебарвлений кал. Хворого направлено в хірургічний стаціонар.

При огляді стан хворого середнього ступеня тяжкості. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Шкіра і видимі слизові оболонки жовті. Пульс 90 на хвилину, задовільних властивостей. Артеріальний тиск — 18,7/10,7 кПа (140/80 мм рт. ст.). У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт м'який, при пальпації болючий у правому підребер'ї. Печінка збільшена, виступає на 1,5 см з-під краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Симптомів подразнення очеревини немає.

Дані лабораторних досліджень

Загальний аналіз крові: еритроцити $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін — 133 г/л, лейкоцити $10,7 \cdot 10^9$ /л, нейтрофіли — 63 %.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 64,2 г/л, загальний білірубін — 168,2 мкмоль/л, сечовина — 6,3 ммоль/л, креатинін — 117 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза — 17 ОД/л.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: дифузні зміни печінки, рубцево-зморщений жовчний міхур, дилатація внутрішніх і позапечінкових жовчних проток. Холедохолітаз.

Мультиспіральна комп'ютерна томографія органів черевної порожнини і заочеревинного простору: ознаки ЖКХ, жовчний міхур у зморщеному стані, стінки чітко не диференціюються, в проекції просвіту візуалізуються включення, схожі на бульбашки газу. Холедохолітаз. Біліарна гіпертензія, початкові ознаки протокової гіпертензії з блоком на рівні



Рис. 1. КТ органів черевної порожнини, фронтальний зріз. Стрілкою позначена міхурово-апендикулярна нориця



Рис. 2. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини, сагітальний зріз. Стрілкою позначена міхурово-апендикулярна нориця

великого сосочка ДПК. Дифузні зміни паренхіми печінки і підшлункової залози. В ділянці купола сліпої кишки візуалізується червоподібний відросток завдовжки до 16 см, який має підпечінкове розташування і верхівкою інтимно спаяний з дном жовчного міхура (нориця?). Неповне подвоєння чашково-мискової системи правої нирки (рис. 1, 2).

На третю добу госпіталізації після доопераційної підготовки хворого прооперовано: виконано верхньо-серединну лапаротомію з обходом пупка ліворуч. При ревізії черевної порожнини визначається дифузно змінена печінка, збільшена за рахунок обох часток, пастозна, повнокровна, краї печінки закруглені. Холедох розширений до 15 мм у діаметрі. В ділянці правого підребер'я визначається інфільтрат, який складається з жовчного міхура, купола сліпої кишки і червоподібного відростка. При ревізії інфільтрату виявлено, що верхівка апендикса інтимно зрощена з дном жовчного міхура. У ділянці дна міхура визначається отвір до 4 мм у діаметрі, в ділянці верхівки червоподібного відростка — отвір до 5 мм у діаметрі із зоною перифокального запалення та вираженим грануляційним валом (за даними спіральної комп'ютерної томографії та УЗД, БДН, яка сформувалася). Жовчний міхур зменшений у розмірах, стінки міхура ригідні, потовщені, рубцево-зморшені, в просвіті — дрібні конкременти. Виділено міхурну протоку, міхурну артерію, перев'язано та пересічено. Виконано холецистектомію від шийки. Візуалізований купол сліпої кишки з червоподібним відростком. Останній до 16 см завдовжки, потовщений, напружений, з ін'єкцією судин. Брижа відростка дробово лігована з прошивкою. Виконано апендектомію із зануренням кукси відростка в кисетний та Z-подібний шви після обробки її йодом. ДПК мобілізована за Кохером. Проведено пальпацію всіх відділів підшлункової залози. Залоза однорідна, розміри — в межах норми. У супрадуоденальному відділі холедоха виконано холедохолітотомію. Видалено два конкременти з дистального відділу холедоха розмірами 9 і 11 мм. Проведено ревізію позапечінкових жовчних проток і великого сосочка ДПК зондом діаметром 4 мм. Зонд вільно проходить у ліву та праву часткові протоки ДПК. Холедох дреновано за Кером. Накладено шви на холедохотомічну рану. Черевну порожнину осушено і дреновано. Один дренаж встановлено в правий підпечінковий простір. Проведено ушивання рани передньої черевної стінки.

Після операції пацієнт два дні перебував у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. По дренажу з холедоха відділялося до 150—200 мл жовчі, по дренажу з черевної порожнини — мізерне серозно-геморагічне виділення.

На третю добу дренаж видалено з черевної порожнини. По дренажу холедоха відділялося до 100—150 мл жовчі. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Шви знято на 7—8-му добу.

Дренаж Кера видалено на 8-му добу. Загоєння рани первинним натягом. На 9-ту добу проведено контрольне УЗД: органічної патології не виявлено. Пацієнта виписано в задовільному стані.

Гістологічне дослідження жовчного міхура

Макроскопічний опис: жовчний міхур фрагментований: один фрагмент стінки розміром 2 × 1 см, завтовшки до 0,4—0,5 см, сіро-коричневого кольору із згладженою слизовою оболонкою, другий — розміром 1,0 × 0,8 см, завтовшки до 0,5 см, сіро-коричневого кольору, на розрізі щільної консистенції.

Гістологічний висновок: у слизовій оболонці жовчного міхура спостерігається рясна вогнищева лімфо-плазмоцитарна інфільтрація з формуванням реактивних центрів. У стінці жовчного міхура — помірний фіброз. У ділянці дна жовчного міхура є дефект стінки розміром 0,3 × 0,4 см.

Висновок: хронічний холецистит з фіброзом стінки жовчного міхура, стадія загострення.

Гістологічне дослідження червоподібного відростка

Макроскопічний опис: червоподібний відросток завдовжки 16 см, з жировими підвісками, діаметром до 1 см. Серозна оболонка тьмяна, темно-сірого кольору, на розрізі діаметром від 0,8 до 1,0 см, щільної консистенції. В ділянці верхівки з переходом на латеральну поверхню є дефект стінки червоподібного відростка розміром 0,4 × 0,5 см.

Гістологічний висновок: стінки червоподібного відростка з дифузною рясною інфільтрацією сегментоядерними нейтрофілами, з повнокров'ям судин і вогнищевими крововиливами. В ділянці дефекту стінки — розвиток грануляційної тканини з великою кількістю тонкостінних судин. Навколишня жирова тканина з повнокров'ям судин і дифузною рясною інфільтрацією сегментоядерними нейтрофілами.

Висновок: гострий флегмонозний апендицит, гострий гнійний мезентеріоліт.

Остаточний діагноз: ЖКХ, рубцево-зморщений жовчний міхур. Холедохолітаз. Міхурно-апендикулярна норича. Холангіт. Механічна жовтяниця.

Пацієнта оглянуто через 1 міс — здоровий.

Таким чином, до операції та інтраопераційно нами діагностовано міхурно-апендикулярну норичу. В медичній літературі повідомлень про таке біліодигестивне співустя не знайшли.

Наведене клінічне спостереження демонструє можливість успішного застосування комплексу методів променевої діагностики у виявленні БДН. Остання — це тяжке ускладнення, рання діагностика якого дуже складна. Найчастіше це ускладнення виявляють інтраопераційно під час холецистектомії. Найбільшу діагностичну ефективність продемонстрували ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, мультиспіральна комп'ю-

терна томографія та УЗД органів черевної порожнини. БДН залежно від локалізації слід усувати в обсязі холецистектомії або гепатикоєюностомії з пластикою дефекту порожнистого органа. Спон-

танні реканалізовані нориці біліарного тракту, які сформувалися після гепатикоєюностомії, за відсутності ознак холангіту можна вести консервативно під спостереженням хірурга.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — Ю. М., М. Ш.; збір матеріалу — М. Ш., А. К., К. Б.; обробка матеріалу — Ю. М., А. К.; написання тексту — М. Ш., А. К.; редагування — Ю. М.

Література

- Бедин В. В., Заруцкая Н. В., Пельц В. А. Десятилетний опыт хирургического лечения больных с билиодигестивными и холецистохоледохальными свищами // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — № 11 (3). — С. 72.
- Тимербулатов В. М., Гарипов Р. М., Хунафин С. Н., Нурмухаметов А. А. Внутренние желчные свищи. Современные технологии в диагностике и лечении. — М. — Р. Трианда-Х, 2003. — 160 с.
- Топчиашвили З. А., Капров И. Б. Спонтанные внутренние желчные свищи. — Тбилиси: Ганатлеба, 1988. — 132 с.
- 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. — Vol. 32 (10). — P. 2237—2243. PMID: 18587614.
- Mallikarjunappa B., Ashish S. R. Choledochoduodenal fistula: A rare case report with review of literature // *JIMSA*. — 2013. — Vol. 26. — P. 4.
- Mithani R., Schwesinger W. H., Bingener J., Sirinek R., Gross G. W. The Mirizzi syndrome: multidisciplinary management promotes optimal outcomes // *J. Gastrointest. Surg.* — 2008. — Vol. 12 (6). — P. 1022—1028. PMID: 17874273.
- Schif L. J., van der Vlies D., Aalbers A. G. et al. Gallstone ileus with a biliodigestive fistula // *JBR-BTR*. — 2013. — Vol. 96 (4). — P. 244—245.
- Topal U., Savci G., Sadikoglu M. Y., Tuncel E. Choledochoduodenal fistula secondary to duodenal peptic ulcer. A case report // *Acta Radiol.* — 1997. — Vol. 38 (6). — P. 1007—1009. PMID: 9394658.
- Xeropotamos N. S., Nousias V. E., Vekris A. D. et al. Choledochoduodenal fistula: an unusual complication of penetrated duodenal ulcer disease // *Ann. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 17 (1). — P. 104—108.

Ю. А. Михеев^{1,2}, Н. А. Шабанов^{1,2}, А. В. Канаки^{1,2}, Е. С. Барская^{1,2}

¹ Запорожская медицинская академия последипломного образования

² Запорожская городская клиническая больница № 3

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПУЗЫРНО-АППЕНДИКУЛЯРНЫМ СВИЩЕМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Приведено клиническое наблюдение редкого осложнения желчнокаменной болезни — пузырно-аппендикулярного свища. Пациент мужского пола, 69 лет, болен в течение 2 нед, когда после погрешности в диете появилась болезненность в правом подреберье, повышение температуры тела до 37,5—38,0 °С с ознобом в вечернее время, желтушностью кожных покровов. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие и спазмолитические препараты. Болевой синдром был купирован, но сохранялась повышенная температура тела с ознобом, появилась желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи, ахоличный кал. Пациента госпитализировали в Запорожскую городскую клиническую больницу № 3 с предварительным диагнозом: «Заболевание головки поджелудочной железы. Холедохолитиаз. Холангит. Механическая желтуха». После обследования, стабилизации состояния больного и нормализации клинико-лабораторных показателей на третьи сутки после госпитализации пациент был прооперирован. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, холецистэктомия, аппендэктомия, холедохолитотомия с холедохолитоэкстракцией, дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 9-е сутки после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии домой. Контрольный осмотр, проведенный через 1 мес после операции, осложнений не выявил.

Таким образом, до операции и интраоперационно был диагностирован пузырно-аппендикулярный свищ. В медицинской литературе сообщений о таком билиодигестивном соустье не обнаружили. Описанное клиническое наблюдение демонстрирует возможность успешного применения комплекса методов лучевой диагностики для выявления билиодигестивных свищей. Билиодигестивный свищ — это тяжелое осложнение, ранняя диагностика которого очень затруднительна. Наиболее часто это осложнение диагностируют интраоперационно, во время холецистэктомии. Наибольшую диагностическую ценность продемонстрировали эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, мультиспиральная компьютерная томография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Ключевые слова: пузырно-аппендикулярный свищ, инструментальные методы обследования, хирургическое лечение.

Iu. A. Mikheiev^{1,2}, N. A. Shabanov^{1,2}, A. V. Kanaki^{1,2}, K. S. Barska^{1,2}

¹SI «Zaporizhzhya Medical Academy of Post-Graduate Education of Health Ministry of Ukraine»

²Zaporizhia City Clinical Hospital N3

SUCCESSFUL TREATMENT OF A PATIENT WITH APPENDICULAR BILIARY FISTULA (CASE REPORT)

The clinical observation of a rare complication of gallstone disease cholestyso- appendicular biliary fistula was described. Male patient, 69 years old, sick for 2 weeks, when the pain appeared in the right upper quadrant after diet errors, fever up to 37.5—38.0 °C with chills in the evening, skin icterus. He had not addressed for medical aid, was treated on his own, took antipyretic and antispasmodic drugs. The pain syndrome was stopped, but the body temperature with chills remained high, yellowness of the skin and sclera, darkening of the urine, acholic feces appeared. The patient was hospitalized at Clinical Hospital with a preliminary diagnosis: Pancreatic head disease. Cholechololithiasis. Cholangitis. Mechanical jaundice. The patient was operated on after the examination, stabilization of the patient's condition and normalization of clinical and laboratory parameters on the third day after hospitalization. Upper median laparotomy, cholecystectomy, appendectomy, choledocholithotomy with choledocholitoextraction, choledoch drainage by Kerr, abdominal drainage was performed. The postoperative period was uneventful. On the 9th day after the operation, the patient was discharged in a satisfactory condition. A control examination carried out in 1 month after surgery revealed no complications.

Thus, before the operation and intraoperatively, an cholestyso- appendicular fistula was diagnosed. In the medical literature, reports of such biliodigestive fistula were not found. The described clinical observation demonstrates the possibility of successful application of a radiological diagnostic complex method for the detection of biliodigestive fistulas. Biliodigestive fistula is a serious complication, the early diagnosis of which is very difficult. Most often this complication is diagnosed intraoperatively, during cholecystectomy. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, multispiral computed tomography and ultrasound of the abdominal organs showed the greatest diagnostic value.

Key words: appendicular fistula, instrumental examination methods, surgical treatment.