



О. І. Міміношвілі,  
О.С. Антонюк,  
К.В. Коцубанов

## ЖОВЧНОКАМ'ЯНА НЕПРОХІДНІСТЬ ПРИ ХОЛЕЦИСТОДУОДЕНАЛЬНІЙ НОРИЦІ

Донецький національний  
медичний університет  
ім.М.Горького,

Інститут невідкладної  
й відновної хірургії АМН України  
м. Донецьк.

© Колектив авторів

**Резюме.** Прооперовано 14 хворих з жовчнокам'яною кишковою непрохідністю. Найтрудніша для діагностування підгостра форма захворювання, яка обумовлена повільним рухом каменя по кишці, що замазує клінічну картину та призводить до пізнього оперативного лікування. Операцією вибору є резекція тонкої кишки разом з каменем або ентеротомія з обов'язковим випорожненням вмісту із відділів, що знаходяться вище зони obturaції, з метою зменшення інтоксикації та попередження ендотоксичного шоку. Летальність в групі хворих, яких було прооперовано пізніше за 4 доби від початку захворювання, дуже велика.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, кишкова непрохідність, хірургічне лікування.

### Вступ

Гостра obturaційна кишкова непрохідність на основі жовчних каменів у останній час стала зустрічатися значно частіше. Це пов'язано із збільшенням випадків захворювання жовчнокам'яною хворобою, купіруванням гострого запального процесу в жовчному міхурі лікарняними засобами, а також несвоєчасним звертанням хворих до хірурга, навіть при наявності повторних приступів хвороби.

В основі вказаного ускладнення лежить формування біліодегестивної нориці. Найчастіше (52–83 %) ця нориця формується між жовчним міхуром та дванадцятипалою кишкою [1, 4]. Частота жовчнокам'яної кишкової непрохідності коливається від 0,28 до 3,3 % [3]. Існують різні форми цієї непрохідності: гостра, підгостра, рецидивуюча і хронічна [2, 3].

Часто клінічні прояви цих форм залежать від розмірів жовчного каменя та ступеню просування його по тонкій кишці. Гострі та підгострі форми зустрічаються при крупних каменях (розміром більш за 3 см) і обумовлені або швидкою obturaцією каменем кишці при гострій формі, або повільним просуванням каменя та подальшою obturaцією при підгострій формі. Рецидивуюча та хронічна форми зустрічаються при дрібних каменях і пов'язані з частковою або тимчасовою непрохідністю. Конкременти діаметром менш 2 см, як правило, відходять природним шляхом.

### Матеріали та методи дослідження

Ми проаналізували результати лікування в клініці 14 хворих із жовчнокам'яною кишковою непрохідністю при жовчно—дуоденальній нориці за останні 10 років. Усі хворі були жінки у віці від 52 до 76 років. Терміни госпіталізації від моменту захворювання від 4 до 11 діб. Із гострою формою було 5 хворих, із підгострою — 9.

При гострій формі жовчнокам'яної кишкової непрохідності хворі скаржилися на нестерпні болі в животі вже в перші години після надходження до клініки. При підгострій формі больові відчуття були менш виражені і оперативне втручання відкладалося на термін від 1 до 4 діб. При гострій формі цієї патології, як правило, не виникало сумнівів у необхідності екстреного оперативного лікування.

При підгострій формі ведучим клінічним симптомом була 2–3 кратна блювота. Біль був незначним, локалізація його позначалась від правої здухвинної ділянки до пупка та правого підребер'я. В анамнезі у всіх хворих жовчнокам'яна хвороба.

Велику допомогу в діагностиці оказало рентгенологічне дослідження. При цьому, обзорна рентгенографія органів черевної порожнини була менш інформативною, тому що тільки в 4 хворих були виявлені чаші Клойбера, та роздуті кишкові петлі. Найбільш інформативним було контрастне дослідження кишкового тракту, при цьому у всіх хворих виявлено затримку контрастної речовини в кишці та визначався симптом «пір'ястості», тобто роздуті петлі тонкої кишки із декілька розмитими контурами. При тугому заповненні дванадцятипалої кишки міхуроводуоденальна нориця була виявлена тільки в двох випадках, симптом аерохолії ні в одній з хворих не був виявленим.

Ускладнювала діагностику при підгострій формі та обставина, що консервативне лікування у більшості випадків приносило полегшення хворим. А таке лікування завжди призначалося, як і взагалі при підозрі на гостру кишкову непрохідність любого генезу, окрім тих випадків, де уже під час госпіталізації діагноз не викликав сумнівів і мали місце наявні показання для операції. Термінове полегшення стану хворих було пов'язане з повільним



просуванням каменя по кишці після активної стимуляції. І тільки після остаточної обтурації просвіту кишки у хірургів не виникало сумнівів у необхідності оперативного втручання.

Послідовність дій при лікуванні кишкової обструктивної жовчнокам'яної непрохідності загальнозвісна – ентеротомія із видаленням каменя без хірургічного втручання в зоні біліодегестивного анастомозу [4].

Більшість хворих (12) була оперована в перші 2–4 доби після початку захворювання. Ми дотримувалися правила, яке полягало в тому, щоб перед розсіченням кишки над каменем останній зміщували в оральному напрямі на декілька сантиметрів (10–15) або більше, де стінка кишки виглядала без патологічних змін. Безпосередньо перед ентеротомією відділ кишки, який розташований нижче каменя, пережимався м'яким зажимом з тією метою, щоб після розкриття отвору кишки та видалення каменя здійснити спорожнення відділів кишки, що лежать вище місця обтурації. Це пов'язане з тим, що накопичені речовини розпаду, просуваючись по кишці, починають швидко всмоктуватися в нижче розташованих відділах, що призводить до підвищення тяжкості стану хворих, або до ендотоксичного шоку, який ми спостерігали в 2 хворих.

Роз'єднання біліодегестивної нориці ми не здійснювали ні в одному з випадків по причині відсутності для цього показань: перфорації жовчного міхура або дванадцятипалої кишки.

В 2 хворих ми були вимушені виконати резекцію тонкої кишки в її термінальних відділах, оскільки в зоні обтурації каменя мав місце некроз стінки кишки з перфорацією. При цьому треба відмітити наявність інфільтрації стінки тонкої кишки на значному протязі вище зони обтурації. У зв'язку з цим ми з метою профілактики неспроможності швів анастомозу вдалися до формування тимчасової ентеростоми на привідній петлі співустья. Техніка цієї операції виглядала так: після резекції кишки накладався анастомоз по типу «бік до боку» а вільний кінець привідної кишки на відстані 10 см від співустья виводився на передню черевну стінку через контрапертуру в ній у вигляді кінцевої ентеростоми.

У ранньому післяопераційному періоді спочатку основна маса хімусу виділялася через

стому, а вже з 3–4 доби ці виділення в обох хворих значно зменшилися. Самостійне випорожнення кишечника сталося відповідно на 6 та на 7 добу. На 8 та 9 добу в обох хворих стоми було закрито поролоном. Післяопераційний період протікав без ускладнень в обох випадках, і на 27 та 29 добу після операції (після зникнення запальних змін в стінці виведеної кишки) ентеростоми були зашиті позаочеревинним способом.

Із 14 хворих померло два на 3 та 6 добу після операції. Причинами смерті явилися тяжка інтоксикація, порушення водно-електролітного балансу, первинний перитоніт. Одна з померлих була оперована на 5 добу, інша – на 9. Треба мати на увазі, що до моменту оперативного втручання в організмі цих хворих, скоріше всього, наступили незворотні зміни із-за тяжкої інтоксикації, тому усі лікувальні заходи були приречені на неуспіх.

### Висновки

Ведучими клінічними симптомами при обтураційній жовчнокам'яній непрохідності є біль у животі, блювота, особливо виражені при гострій формі захворювання. Найбільш інформативним в діагностиці є контрастне дослідження шлунково-кишкового тракту з наявністю затримання контрастної речовини та симптомом «пир'ястості» тонкої кишки, напади загострення жовчнокам'яної хвороби в анамнезі.

Операцією вибору є резекція тонкої кишки із каменем або ентеротомія із обов'язковим випорожненням вмісту із відділів, що знаходяться вище зони обтурації.

Серед хворих, які були оперовані з значним запізненням після 4 діб від моменту початку захворювання, дуже висока летальність із-за тяжкої інтоксикації та необоротних змін в організмі.

Окрім того, треба підкреслити, що проблема жовчнокам'яної хвороби в найкращому варіанті повинна вирішуватися до того, як вона стане причиною будь-яких ускладнень: обтураційної жовтяниці, деструктивного запалення жовчного міхура, перитоніту, ферментативного панкреатиту, жовчнокам'яної кишкової непрохідності та ін. Така задача повинна бути основою в діяльності лікарів різного профілю: терапевта, гастроентеролога, хірурга тощо.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Лохвицкий С.В. Особенности хирургической тактики при различных формах холецисто- и холедоходигестивных свищей/ С.В. Лохвицкий //Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т.11, № 3. – С. 95. –100.  
2. Хунафин Н.К. Желчнокаменная непроходимость кишечника/ Н.К. Хунафин //Хирургия. – 2002. – № 4. – С. 48 – 51.

3. Nijhof Hugo W. Gallstone ileus / W.Nijhof Hugo, W.G.A.Maarten // Dig. Surg. – 2006. – № 23. – P. 215 – 216.  
4. Wind J. Mechanical Bowel Obstruction due to an Impacted Gallstone/ J., Wind, H.J.M.Dieben, J.M.Schut // Dig. Surg. – 2006. – № 23. – P. 119 –122.



ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ  
НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ  
ХОЛЕЦИСТОДУОДЕНАЛЬНОМ  
СВИЩЕ

*О. И. Миминошвили,  
О.С. Антонюк, К.В. Коцубанов*

**Резюме.** Оперировано 14 больных с желчнокаменной кишечной непроходимостью. Наиболее трудна для диагностики подострая форма заболевания, которая обусловлена медленным продвижением камня по кишке, что затушевывает клиническую картину и приводит к запоздалому оперативному лечению. Операцией выбора является резекция тонкой кишки вместе с камнем или энтеротомия с обязательным опорожнением кишечного содержимого из вышележащих отделов кишки с целью уменьшения интоксикации и предупреждения эндотоксического шока. Летальность в группе больных, оперированных позже 4 суток от начала заболевания, очень высока.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, кишечная непроходимость, хирургическое лечение.

OBTURATION  
GALLSTONE ILEUS  
IN CHOLECYSTODUODENAL  
FISTULA

*О. И. Миминошвили,  
О.С. Антонюк, К.В. Коцубанов*

**Summary.** Operations were performed on 14 patients with obturation gallstone ileus. It is most difficult to establish the diagnosis of the subacute form of the disease which is caused by slow movement of the stone in the intestine, which conceals the clinical picture and leads to delay of operation. The operation of choice is resection of the small intestine together with the stone or enterotomy with obligatory evacuation of contents from the proximal parts of the intestine. The mortality in the group of patients operated on later than on day 4 after the onset of the disease is very high. An obligatory condition of the operation is evacuation of the contents from the intestine in order to reduce intoxication and prevent endointoxication shock.

**Key words:** cholelithic disease, intestinal obstruction, surgical treatment.