



Л. Г. Кашенко,
М. Г. Кононенко,
В. Я. Пак,
О. Л. Ситнік,
В. І. Бугайов,
І. А. Даниленко

Сумський державний
університет

© Колектив авторів

ГОСТРА ЖОВЧНОКАМ'ЯНА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК

Резюме. Вивчено результати лікування 13 хворих на гостру непрохідність кишечника біліарного генезу. У всіх хворих в анамнезі біла жовчнокам'яна хвороба. Хірургічна тактика була тотожною тактиці при гострій тонкокишкової обтураційній непрохідності іншого генезу. Аерохолія виявлена тільки в однієї пацієнтки. При УЗД були виявлені запальні зміни жовчного міхура, міхурово-кишкова нориця, аеробілія, кишковий стаз і дискоординація перистальтичних рухів. Ентеротомію виконували дистальніше нижнього полюса каменя на незмінній ділянці тонкої кишки. Роз'єднання хронічної, з масивним рубцевим перипроцесом, білідигестивної нориці виконували лише за деструктивного холециститі, перфорації жовчного міхура чи дванадцятипалої кишки. Ускладнень і летальних випадків не було.

Ключові слова: кишкова непрохідність, жовчні камені, лікування.

Вступ

Гостра непрохідність кишок (ГНК) біліарного генезу є порівняно рідкісним 0,2-7,0 % захворюванням [2, 3, 7].

Бохан К. Л. [1], проаналізувавши публікації в Росії за 100 років (з 1893 по 1993рр), знайшов лише 750 спостережень біліарного ілеусу.

Уперше клінічну картину гострої кишкової непрохідності біліарного генезу описав Monnod у 1827 році. Першу успішну операцію при цій патології виконав М. 23650В. Скліфосовський у 1893 р. [1, 2].

За останні три десятиліття жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) стала одним з найбільш розповсюджених захворювань у Європі в тому числі і в Україні. Захворюваність на ЖКХ дорослого населення постійно збільшується і вже досягла 18–25 %, а осіб віком понад 60 років — 35–55 % [5]. Зростає також кількість її ускладнень, зокрема утворення білідигестивних нориць, через які конкременти з жовчного міхура можуть мігрувати у шлунково-кишковий тракт і спричиняти обтурацію тонкої кишки. Можна стверджувати, що ця патологія зустрічається набагато частіше, ніж діагностується, оскільки деякі камені, просуваючись по кишечнику, виводяться природним шляхом, після чого в 30–45 % хворих настає видужання [5]. Часто спостерігається переміжна клінічна картина непрохідності: камінь подразнює стінку кишки, вона спазмується і виникають ознаки непрохідності, після ліквідації або зменшення яких конкремент переміщується кишечником дистальніше. Обтурація кишки відбувається в вузькій ділянці тонкої кишки приблизно в 1 м віділеоцекального кута.

Жовчні конкременти цілком ймовірно можуть попадати в кишечник і через великий

дуоденальний сосочок і в подальшому «виростати» в результаті нашарування на них твердих часток тонкокишкового хімусу або через раніше накладені білідигестивні анастомози [4, 6, 9]. Відомо також, що при ГНК біліарного генезу завжди виникає набряк слизової оболонки навколо каменя, тому він навіть невеликого розміру може повністю перекрити просвіт кишки [2, 4].

Часто клінічним ознакам непрохідності кишки передують патогномонічні симптоми гострого калькульозного холецистити, які потім поступово регресують. Інколи обтураційна непрохідність є першою ознакою внутрішньої жовчної нориці [4].

Недостатня, на наш погляд, поінформованість практичних хірургів стосовно даної патології та відсутність чітких діагностичних критеріїв часто призводить до пізнього виявлення біліарного ілеусу помилок у виборі оптимальної хірургічної тактики. Цьому сприяє і те, що при жовчнокам'яній непрохідності немає типового клінічного перебігу, особливо в першу добу захворювання, оскільки, жовчні конкременти можуть переміщуватись і спочатку частково перекривати просвіт кишки. Крім того, порушення пасажу по кишечнику відбувається повільно і часто ремітуючого характеру, тому симптоми ГНК бувають не досить виражені, інколи можуть навіть зникати, а потім знову відновлюватись.

У діагностичному алгоритмі кишкової непрохідності найбільше значення надається рентгенологічному дослідженню (оглядова та з сульфатом барію

рентгенографія). Патогномонічним симптомом внутрішньої жовчної нориці прийнято вважати аерохолію. Цю ознаку виявляють при



рентгенологічному дослідженні у 4 %, при УЗД – у 65 % [7]. За допомогою УЗД у 50 % хворих у просвіті кишки можна спостерігати стійку акустичну тінь, що давало підставу запідозрити конкремент.

Все це зумовлює складність проблеми діагностики і хірургічного лікування жовчнокам'яної ГНК.

Летальність і на сьогодні залишається високою (12-70 %) [2, 4].

Мета дослідження

Проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на гостру непрохідність кишок біліарного генезу та з'ясувати можливості доопераційної діагностики жовчнокам'яного ілеусу.

Матеріали та методи досліджень

У КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» за період з 2000 по 2014 рік з приводу жовчнокам'яної ГНК лікувалось 13 жінок віком від 62 до 86 років. До 24 годин від початку захворювання було шпиталізовано 7 пацієнток, через 3 доби – 3, через 4 доби – 2 і через 7 діб – 1. При шпиталізації ГНК встановлена у 6, із них тільки в однієї пацієнтки запідозрено жовчну норицю і біліарний ілеус. До операції ЖКХ виявлена у 8 (61,5 %) хворих. Діагноз у інших хворих: гострий апендицит (1), гострий панкреатит (2), дифузний перитоніт (1), гострий тромбоз мезентеріальних судин (1). Отже, жовчнокам'яна ГНК до операції була діагностована лише у однієї пацієнтки, в інших – під час хірургічного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення

Усі хворі скаржилися на нудоту, блювання, затримку газів, відсутність дефекації, 8 пацієнток турбував переймоподібний біль у животі. При об'єктивному обстеженні с-м Валя виявлено у 6 хворих, с-м Склярєва – у 6.

Хворим проводили загальноклінічне, лабораторне, рентгенологічне та інструментальне дослідження, зокрема: оглядову рентгеноскопію та рентгенографію органів черевної порожнини, УЗД, пробу Шварца за допомогою барієвої суміші та контрастних (металевих) міток.

Оглядову і контрастну рентгенографію органів черевної порожнини вважаємо важливим діагностичним критерієм. Дослідження дало можливість виявити аерохолію, ознаки кишкового стазу. Жовчні камені в просвіті кишки не були виявлені, оскільки не були рентгенконтрастними. Чаші Клойбера спостерігали у 7 пацієнток, гіперпневматоз – у 9, групування контрастних міток – у 10.

При УЗД особливу увагу приділяли з'ясуванню стану позапечінокових жовчних шляхів,

а також перистальтичним і антиперистальтичним рухам тонкої кишки.

Запальні зміни жовчного міхура, кишкова нориця і аеробілія у поєднанні з кишковим стазом свідчили про біліарний генез непрохідності.

Наявність клінічних симптомів ГНК, підтверджених УЗ і рентгенологічними дослідженнями, були показаннями до хірургічного лікування.

У хворих із субкомпенсованим і декомпенсованим порушенням пасажу кишкового вмісту, довготривалій затримці контрасту в шлунку, відсутності його евакуації в кишечник, групуванні контрастних міток у певному місці шлунково-кишкового тракту, наявності чаш Клойбера, позитивному симптомі Кейсі виконували термінову операцію.

Пацієнткам з частковою ГНК проводили консервативну терапію і динамічне спостереження з діагностичними заходами. Успішною консервативну терапію вважали при регресії клінічних симптомів ГНК, підтверджених рентгенологічними даними (евакуація барію і контрастних міток у дистальні відділи ободової кишки).

Вважаємо, що довготривала консервативна терапія і невиправдане зволікання з операцією може призвести до пролежня і перфорації кишки та розвитку перитоніту. Тому за біліарного ілеусу хірургічна тактика була тотожною тактиці за гострого тонкокишкової obturaційної непрохідності іншого генезу.

Всі 13 пацієнтів оперовані: в термін до 6 годин від часу надходження в стаціонар – 6, від 24 до 48 годин – 7.

У 12 хворих виникла obturaція каменем дистальної половини термінального відділу тонкої кишки, у одній оперованій камені знайдено в ободовій кишці, що підтверджує ефективність консервативної терапії у деяких хворих і можливість самоліквідації ГНК.

При виконанні операції важливими факторами, на наш погляд, є вибір місця ентеротомії, адекватного способу декомпресії кишечника, а також можливості та доцільності реконструктивного втручання для ліквідації міхурово-кишкової нориці.

Протягом багатьох років декомпресію тонкої кишки з аспірацією застійного кишкового вмісту з метою усунення ендогенної інтоксикації під час операції та післяопераційному періоді, а також попередження неспроможності швів ентеротомної рани, ми проводимо через назогастральний зонд. Зонд виконував: а) каркасну функцію для профілактики спайкової непрохідності; б) був засобом проведення раннього ентерального харчування; в) спрощував виявлення інших конкрементів в роздутих



петлях кишок, що попереджало рецидив ГНК резидуальними каменями у післяопераційному періоді.

В одній пацієнтки через неможливість провести зонд трансанзально інтубація всієї тонкої кишки виконана через ентеротомну рану і кінець зонда виведено в цекостому.

Особливої уваги, як свідчать дані літератури і власний досвід, заслуговує вибір місця ентеротомії з метою видалення конкремента. Існують різні погляди. Рекомендують [5] зміщувати жовчний конкремент в оральному напрямку і після цього виконувати ентеротомію. Інші автори [3, 7] після інтубації тонкої кишки та аспірації вмісту виконують ентеротомію дистальніше рівня непрохідності або безпосередньо над конкрементом.

Ми проводимо ентеротомію принципово дистальніше нижнього полюса каменя на незмінній ділянці тонкої кишки. Вважаємо, що зашивання ентеротомного отвору на роздутій кишці, тобто проксимальніше каменя, або над ним, де сформувався пролежень ризиковано, оскільки може виникнути неспроможність швів у післяопераційному періоді.

Дискутабельним залишається питання відносно доцільності роз'єднання патологічного біліодигестивного співустя. Пропонують-

ся [10] розширювати показання до виконання одномоментних симультанних операцій. Це аргументують досить значною (до 20 %) частотою рецидивів біліарної кишкової непрохідності. Але більшість авторів [2, 7, 8] вважає, що роз'єднання хронічної з масивним рубцевим перипроцесом біліодигестивної нориці є виправданим лише у вимушених ситуаціях — за деструктивного холецистити чи перфорації жовчного міхура, або дванадцятипалої кишки. Ми дотримуємось такої ж тактики і саме тому не спостерігали ускладнень, що пов'язані з порушенням цілісності кишкової трубки і летальних випадків від жовчнокам'яного ілеусу.

Висновки

1. Гостра обтураційна жовчнокам'яна непрохідність кишечника є відносно рідкісним захворюванням.

2. Кишкову непрохідність біліарногенезу все ж таки можна розпізнати до операції за умови комплексної діагностики: напади гострого калькульозного холецистити в анамнезі, відповідна клінічна симптоматика, рентгенологічна та ультразвукова семіотика.

3. Ентеролітотомію доцільно виконувати дистальніше обтурації кишки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бохан К.Л. Желчекаменная кишечная непроходимость / К. Л. Бохан // Вестник хирургии. — 1996. — № 4. — С. 110-112.
2. Добровольский С. Р. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость / С. Р. Добровольский, М. П. Иванов, И. В. Нагай // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 51-55.
3. Желчекаменная непроходимость / А. А. Баулин, Н. А. Баулин, А. И. Тищенко [и др.] // Хирургия. — 1991. — № 11. — С. 50-53.
4. Желчекаменная непроходимость кишечника / С. Н. Хунафин, И. Х. Гаттаров, А. А. Нурмухаметов [и др.] // Хирургия. — 2002. — № 4. — С. 57-60.
5. Климанский И. В. Диагностика и лечение желчнокаменной кишечной непроходимости / И. В. Климанский, С. Г. Шаповальянц // Вестник хирургии. — 1975. — № 8. — С. 34-35.
6. Лисуец П. Б. Желчнокаменная кишечная непроходимость / П. Б. Лисуец, Д. Б. Сердюк, Т. М. Соловьевская // Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 71-73.
7. Особенности течения, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости / М. Д. Дибиров, В. П. Федоров, Н. К. Мартиросян [и др.] // Хирургия. — 2007. — № 5. — С. 17-24.
8. Острая желчнокаменная кишечная непроходимость / Р. Д. Магалашвили, З. М. Деметрашвили, Л. Н. Гоподзе [и др.] // Хирургия. — 2007. — № 2. — С. 51-52.
9. Случай острой обтурационной кишечной непроходимости, вызванной желчным конкрементом / Ю. С. Винник, Е. В. Серова, Е. В. Репина [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. — 2013. — Т. 8, № 2. — С. 94-96.
10. Субботин Н. К. Радикальные операции при желчнокаменной кишечной непроходимости / Н. К. Субботин, Ю. Б. Бусырев, М. И. Давидов // Анналы хирургии. — 2000. — № 4. — С. 31.



ОСТРАЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ
КИШЕЧНИКА

*Л. Г. Кащенко,
М. Г. Кононенко,
В. Я. Пак,
О. Л. Сытник,
В. И. Бугайов,
И. А. Даниленко*

Резюме. Изучены результаты лечения 13 больных с острой непроходимостью кишечника билиарного генеза. У всех больных в анамнезе была желчнокаменная болезнь. Хирургическая тактика была аналогичной таковой при острой обтурационной непроходимости другого генеза. Аэрохолия выявлена только у одной пациентки. При УЗИ были выявлены воспалительные изменения желчного пузыря, пузырно-кишечный свищ, аэробилия, кишечный стаз и дискоординация перистальтики. Энтеротомию выполняли дистальнее нижнего полюса камня на неизменном участке тонкой кишки. Разобщение хронического с массивным рубцовым перипроцесом билиодигестивного свища выполняли только при деструктивном холецистите, перфорации желчного пузыря или двенадцатиперстной кишки. Осложнений и летальных исходов не было.

Ключевые слова: *кишечная непроходимость, желчные камни, лечение.*

ACUTE GALLSTONES
BOWEL OBSTRUCTION

*L. G. Kaschenko,
M. G. Kononenko,
V. Y. Pak,
O. L. Sytnik,
V. I. Bugayov,
I. A. Danilenko*

Summary. Results of the treatment of 13 patients with acute intestinal obstruction of biliary origin are studied. All patients had a history of cholelithiasis. Surgical approach was similar to that in acute bowel obstructive of another origin. Aerocholia found only in one patient. Ultrasound revealed inflammatory changes in gall bladder, vesico-enteric fistula, intestinal stasis and incoordination of peristalsis. Enterotomies performed distal to the lower stone pole on the unmodified portion of the small intestine. Uncoupling of biliary-enteric fistula was performed only in destructive cholecystitis, duodenum or gallbladder perforation. Morbidity and mortality was not indicated.

Key words: *intestinal obstruction, gallstones, treatment.*