



В. В. Бенедикт

Тернопільський державний  
медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського

© Бенедикт В. В.

## РІДКІСНІ ПРИЧИНИ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ

**Резюме.** У роботі наведено дані клінічного перебігу гострої непрохідності тонкої кишки в 6 хворих з рідкісними причинами її виникнення — жовчні камені, кила спігелієвої лінії живота та інвагінація тонкої кишки. Метою роботи є вивчення клініко-інструментальних особливостей цього захворювання таких хворих для покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування. Звертається увага на різноманітність варіантів клінічного перебігу, довготривалий період захворювання і пізні звертання хворих за хірургічною допомогою. Поряд з обов'язковими методами обстеження хворих на гостру непрохідність тонкої кишки, наголошується на діагностичну цінність сонографічного дослідження органів черевної порожнини для ствердження наявності цієї патології в сумнівних випадках, а й часто, для встановлення причини її виникнення. Високоінформативним методом дослідження захворювань тонкої кишки також є комп'ютерна томографія. Всім хворим проведено хірургічне лікування. Звертається увага на необхідність різного тактичного підходу при виконанні операції у випадках міліарного ілеусу. Наведено рідкісні причини виникнення гострої непрохідності тонкої кишки вимагають від хірурга уваги та високої кваліфікації.

**Ключові слова:** *гостра непрохідність тонкої кишки, рідкісні причини, діагностично-лікувальна тактика.*

### Вступ

Гостра непрохідність тонкої кишки (ГНТК) сьогодні, як і багато років тому, залишається складною і непередбаченою абдомінальною патологією. Відомо, що найбільш частою причиною виникнення ГНТК є спайки, які виникають після різних операцій на органах черевної порожнини [5]. Складність у діагностично-лікувальному плані цієї патології зумовлюється різноманітністю варіантів клінічного перебігу захворювання, що в деякій мірі, залежить від причин виникнення ГНТК. Небажана втрата часу за атипового перебігу хвороби у таких пацієнтів може ускладнювати її перебіг.

### Мета роботи

Покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування хворих на ГНТК шляхом вибору оптимальної діагностично-лікувальної програми у пацієнтів, причиною захворювання у яких були жовчні камені, кила спігелієвої лінії, інвагінація тонкої кишки.

### Матеріали і методи досліджень

Проведено комплексне обстеження 6 хворих на ГНТК, причиною якої в 2-х випадках були жовчні камені, в 1-у — защемлена кила спігелієвої лінії передньої черевної стінки, в 3-х хво-

рих — інвагінація тонкої кишки. У цих хворих крім загальноприйнятих методів, використовували рентгенологічні та сонографічні дослідження, комп'ютерну томографію.

### Результати досліджень та їх обговорення

Жовчекам'яна непрохідність зустрічається за літературними даними від 0,63 до 7 % у структурі ГНТК і летальність при цьому досягає 12-70 % [3]. Досліджені нами випадки міліарного ілеусу викликали необхідність різного тактичного підходу при виконанні операції.

Клінічне спостереження 1. Хвора О., 54 роки поступила в хірургічне відділення центральної районної лікарні зі скаргами на болі в животі, здуття, затримку випорожнення та газів, багаторазове блювання, загальну слабкість. Хворіє впродовж шести діб. Болі тупі по всьому животі та носять постійний характер. Поступово інтенсивність їх зростає. З'явилися нудота, блювання спочатку шлунковим вмістом, потім з домішками жовчі і перед госпіталізацією — вмістом з неприємним каловим запахом. З анамнезу відомо, що 40 років назад хворій виконана операція апендектомія, 10 років — лівобічна нефректомія з приводу сечокам'яної хвороби, яка ускладнена гідронефрозом та пілопнефритом. Пацієнтка страждає бронхіальною астмою середнього ступеня тяжкості; ви-

разковою хворобою дванадцятипалої кишки; жовчекам'яною хворобою. Об'єктивно: стан хворої — тяжкий. Язик — сухий, обкладений білим нашаруванням. Спостерігається значне здуття живота. Перкуторно — тимпаніт. Позитивні симптоми Щоткіна — Блюмберга, Склярова, Спасокукоцького, Валя. Кишкові перистальтичні звуки не визначаються. Лейкоцитарний індекс інтоксикації склав — 9,37 од., паличкоядерно-лімфоцитарний індекс — 4,09 од. Стверджено наявність у хворої гострої обтураційної тонкокишкової непрохідності, третій період перебігу, стадія декомпенсації. Проведено передопераційну підготовку. Лапаротомія. В черевній порожнині біля 150,0 мл серозної без запаху рідини. Петлі тонкої кишки роздуті до 8 см. На відстані 80 см від ілеоцекального кута виявлено стороннє тіло, яке фіксоване і повністю обтурає просвіт тонкої кишки, в брижі органа — бульбашки газу, що підтвердило наявність перфорації стінки органу. Проведена резекція кишки з накладанням анастомозу «бік в бік». Перед формуванням анастомозу виконана інтубація тонкої кишки з одномоментною евакуацією вмісту кишки (3 л) з привідної петлі. Дренування черевної порожнини. Макропрепарат: резекована тонка кишка в місті обтурації витончена, з відсутністю слизової оболонки і мікроперфораціями. Причиною таких змін виявився жовчний камінь (рис. 1). Післяопераційний діагноз: Гостра обтураційна низька непрохідність тонкої кишки, третій період перебігу, стадія декомпенсації. В післяопераційному періоді на фоні загальноприйнятої терапії проводилося введення розчинів есенціале, рибоксину, пентоксифіліну, вітаміну Е, препаратів кальцію. На 3-ю добу у хворої з'явилися ритмічні кишкові перистальтичні звуки. На 5-у добу самостійно відійшли гази і спостерігався акт дефекації. Видування.



Рис.1. Жовчний конкремент, як причина біліарного ілеуса у хворої О

Клінічний випадок 2. Хвора К., 72 роки поступила в клініку зі скаргами на переймоподібний біль в мезогастрії справа та в правій здухвинній ділянці, періодичне здуття живота, затримка випорожнень і газів, нудоту, загальну слабкість, помірну сухість у роті. Хворіє на протязі 10 діб. Періодично 2—3 рази на день турбувала нудота. Загальний стан — середнього ступеню тяжкості. Шкіра та видимі слизові бліді із землистим відтінком. Гемодинамічні показники стабільні. Язик сухий, обкладений брудною осугою. Живіт симетричний, здутий. Передня черевна стінка приймає участь в акті дихання. При пальпації — м'який, помірно болючий в мезогастрії, в здухвинних ділянках. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Симптом «шуму плескіту» — від'ємний. Кишкові перистальтичні звуки пригнічені. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини — підвищена пневматизація тонкої кишки, чаш Клойбера не виявлено. Загальний аналіз периферійної крові: лейкоцитоз з сувом лейкоцитарної формули вліво. Концентрація сечовини — 11,0 ммоль/л, креатиніну — 70,8 ммоль/л, білок — 54,9 г/л. При проведенні УЗД виявлена кишкова непрохідність і між петлями кишки — невелика кількість рідини. Стверджено наявність у хворої гострої обтураційної непрохідності, можливо, на ґрунті пухлини правої половини товстої кишки. Враховуючи наявність у хворої супутньої патології: ІХС; Кардіосклероз з порушенням ритму, гіпертонічна хвороба ІІ ст., СН І ст., хворій проведено консервативну інтенсивна медикаментозну терапію, яку було спрямовано на ліквідацію гострої непрохідності кишків та корекцію супутньої патології. Ефективність проведеної терапії була короткочасною. При проведенні сонографічного моніторингу у пацієнтки було стверджено прогресування непрохідності кишки. Лапаротомія. В черевній порожнині — біля 100 мл рідини без запаху, виражений спайковий процес, який «гострим шляхом» усунено. Діаметр тонкої кишки на відстані 40 см від ілеоцекального кута в проксимальному напрямку збільшений до 5 см за рахунок наявного в цій ділянці стороннього тіла. Останній — щільний, округлої форми, розмірами 5×3 см, вклинений в просвіт кишки. Вище перепони стінка тонкої кишки потовщена, інфільтрована, переповнена рідким вмістом, газами. Блокада кореня брижі тонкої кишки розчином новокаїна. Нижче місця перепони в незмінній ділянці тонкої кишки проведена в поперечному напрямку ілеотомія через отвір якої, видалено жовчний камінь. Ознак пролежня в стінці кишки не виявлено. Ретроградна інтубація тонкої кишки з одномоментною евакуацією біля 3 л вмісту. Ілеотомічний розріз ушито двома



рядами вузлових швів. При подальшій ревізії винайдено виражений спайковий процес під печінкою. Враховуючи тяжкість стану хворої, вік, особливості наявного захворювання, подальша ревізія й усунення патології гепатобіліарної системи не проводилося. Лапаротомна рана ушита. Післяопераційний діагноз: гостра низька обтураційна (жовчним каменем) непрохідність тонкої кишки, другий період перебігу захворювання, стадія компенсації; внутрішня норича між жовчним міхуром і кишкою; спайкова хвороба очеревини. Проводили інтенсивну терапію, яку було спрямовано на лікування основної та супутніх захворювань, попередження можливих ускладнень. Впродовж перших двох діб призначали препарати – антагоністи іонів кальцію, з третьої доби на фоні введення антиагрегантів, препаратів, які забезпечують біоенергетичні потреби організму і стінки кишки, проводили стимуляцію моторно-евакуаторної функції травного каналу препаратами кальцію. На 3-ю добу з'явилася перистальтика кишки, на 4-у добу після клізми відійшли гази. УЗД-моніторинг – рідинних утворів, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. Видування.

Наступною причиною гострої непрохідності тонкої кишки є її защемлення. Защемлення органів черевної порожнини в паховій або стегновій килі в ургентній хірургії зустрічається доволі часто, тоді як защемлення петлі тонкої кишки в килі спігелієвої лінії є казуїстикою і розпізнати її досить складно [1]. Такі килі слід диференціювати від захворювань внутрішніх органів і можуть бути прийняті за саркому черевної стінки. Летальність за літературними даними залишається досить високою [1, 4].

Клінічний випадок 3. Хвора Н., 82 років поступила в хірургічну клініку зі скаргами на біль в животі, нудоту, здуття живота, затримку випорожнень. Хворіє на протязі 10 діб, коли після фізичного навантаження з'явилися інтенсивні болі в животі, які носили переймоподібний характер, спостерігалася блювота їжею, наростала загальна слабкість. Загальний стан хворої тяжкий. Язик сухий з білою осугою. Гемодинамічні показники стабільні. Живіт м'який, спостерігається здуття живота. Перкуторно – тимпаніт. При пальпації болючий в мезогастрії та нижче пупка зліва, де діагностовано болючий, гладкий, щільний, нерухомий, розмірами 8×5 см утвір. Вище випинання аускультативно – підсилена перистальтика кишки. Перитонеальні симптоми – від'ємні, «шум плескіту» – не визначається. Гази періодично відходять, випорожнень не було 3 доби. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини визначаються роздуті петлі тонкої кишки, горизонтальні рівні рідини в

мезогастральній ділянці зліва. Висловлено припущення про наявність у хворої пухлини черевної порожнини з явищами непрохідності тонкої кишки. Зроблено УЗД органів черевної порожнини (рис. 2). Сонографічна картина: петлі кишки зліва і по середині розширені до 25 мм в діаметрі, виповнені вмістом, рухи якої є «маятникоподібними». Зліва нижче пупка утвір – кила спігелієвої лінії (2), в якій знаходиться петля тонкої кишки з товщиною її стінки до 3,0–3,3 мм (3), з розширенням привідної петлі і з наявністю смужки рідини (1). Випоту в черевній порожнині не виявлено. У хворої стверджено наявність защемленої кили спігелієвої лінії, гостра непрохідність тонкої кишки, другий період перебігу захворювання, стадія компенсації функціонального стану пацієнта. Лапаротомія. В черевній порожнині роздуті до 5 см петлі тонкої кишки, при подальшому дослідженні виявлено входження ділянки її разом з пасмом великого сальника в дефект передньої черевної стінки. Проведено розсічення затискаючого кільця. В рану виведено звільнену петлю тонкої кишки, яка багрового кольору, набрякла, довжиною до 15 см, з чітко вираженою в двох місцях странгуляційною борозною. Стверджено життєздатність защемленої ділянки тонкої кишки. Резекція защемленої частини великого сальника. Дефект в передній черевній стінці ушито вузловими швами з середини. Дренування черевної порожнини. Лапаротомна рана ушита. Діагноз після операції: Защемлення кили спігелієвої лінії, гостра низька непрохідність тонкої кишки, другий період перебігу, стадія компенсації. В післяопераційному періоді на фоні загальноприйнятої післяопераційної терапії проводилося введення есенціальних фосфоліпідів, концентрованих розчинів глюкози, розчинів тіотриазоліну і кокарбоксілази, антиоксидантів. На 1 добу після операції для припинення асинхронної діяльності тонкої кишки вводили міотропний спазмолітик (папаверину гідрохлорид), а з 2-ї доби – препарати кальцію. На 2-у добу після операції з'явилися кишкові перистальтичні звуки, на 3-ю добу самостійно відійшли гази і було випорожнення. Видування.

Однією з рідкісних форм ГНТК у дорослих пацієнтів є інвагінація, яка викликає в плані діагностики певні труднощі. Найбільш часто це захворювання у дорослих провокують пухлини [2]. Нами спостерігалася за останні роки три випадки розвитку інвагінації у дорослих.

Клінічне спостереження 4. Хвора Н., 76 років поступила в хірургічну клініку зі скаргами на переймоподібні болі в животі, блювоту, не відходження випорожнень та газів. Хворіє впродовж тижня. Загальний стан – середньо-

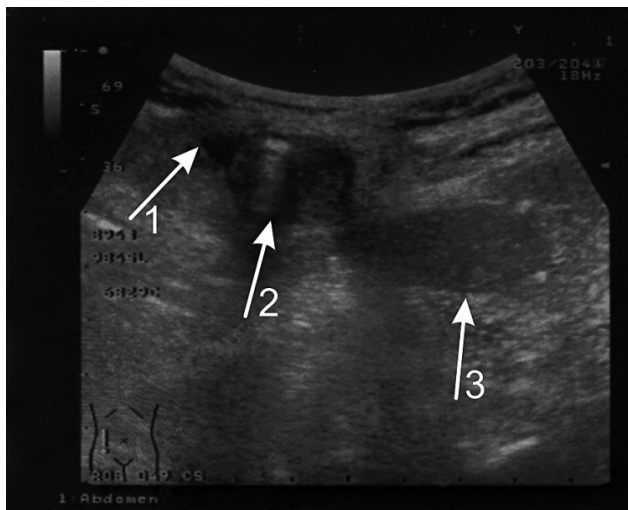


Рис. 2. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини у хворої Н. із защемленою кілою спігелієвої лінії. 1 – смужка рідини; 2 – кіла спігелієвої лінії; 3 – петля кишки

го ступеню тяжкості. Гіпотонія, тахікардія, екстрасистолія. Язик вологий. Живіт здутий, болючий в нижніх відділах, де визначається симптом «шуму плескоту». Симптоми подразнення очеревини від'ємні. Перистальтика кишки – ослаблена. Стілець відсутній 3 доби. Загальний аналіз крові – лейкоцитоз зі суво лейкоцитарної формули вліво. Супутня патологія: ІХС, кардіосклероз з екстрасистолією, гіпертонічна хвороба. СН І ст. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини – явища кишкової непрохідності. Стверджено наявність у хворої гострої низької обтураційної непрохідності тонкої кишки 3-й період перебігу, стадія декомпенсації функціонального стану, ймовірно на ґрунті пухлини товстої кишки. Після передопераційної підготовки – лапаротомія. В ділянці ілеоцекального переходу – щільний пухлиноподібний конгломерат з втягненням петлі тонкої кишки в купол сліпої кишки та в висхідний відділ товстої кишки. Виконано правобічну геміколектомію, резекцію термінального відділу тонкої кишки (60 см), одномоментну декомпресію тонкої кишки, дренажування черевної порожнини. При дослідженні мікропрепарату знайдено дві пухлини 5×4 та 3×2 см щільної, еластичної консистенції на відстані 15 см від ілеоцекального кута. При гістологічному дослідженні – міксосфіброма. Перебіг післяопераційного періоду – тяжкий і супроводжувався парезом тонкої кишки, посиленням недостатності серцево-судинної патології на фоні гіпокаліємії і гіпокальціємії. Після корекції електролітного балансу і лікування супутньої патології стан хворої поступово покращився. Видужання.

При довготривалому атиповому перебігу ГНТК для діагностики причини захворювання нами було використано крім УЗД,

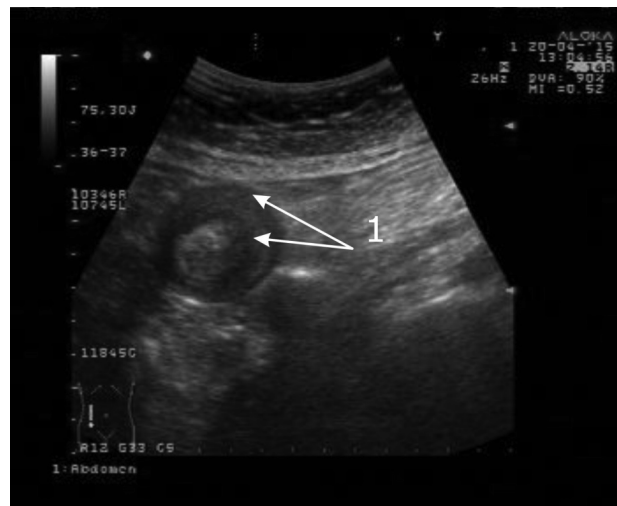


Рис. 3. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини у хворої В: 1 – концентричні кільця інвагінації на поперечному зрізі кишки

комп'ютерну томографію, результати якої наглядно підтверджують діагноз інвагінації тонкої кишки.

Клінічне спостереження 5. Тривалість захворювання – 1 місяць і супроводжується болями в животі без чіткої локалізації, інтенсивність яких поступово зростала. Обстежувалась в різних лікувальних закладах. Впродовж цього періоду хвора обмежувала себе в їжі і суттєво втратила в масі тіла. При сонографічному дослідженні візуалізується розширена петля тонкої кишки до 23–25 мм в діаметрі, яка вповнена однорідним вмістом; з помірним потовщенням її стінки до 2–3 мм. У поперечному УЗ-зрізі (рис. 3) спостерігається двох-трьохшаровість стінки у вигляді «овал в овалі». Комп'ютерна томографія (рис. 4) – в лівій мезогіпогастральній ділянці визначається тонко-тонкокишковий (клубовий) інвагінат протяжністю до 70 мм характерної структури «циліндр – в циліндрі» із залученням брижі з судинами, в проекції головки інвагінації простежується округле утворення діаметром 30 мм – новоутвір. Престенотична петля тонкої кишки розширена до 48 мм, є горизонтальні рівні рідини, газ, за інвагінатом просвіт кишки – пустий. Хірургічне лікування – резекція тонкої кишки з ентро-ентероанастомозом. Причина інвагінації – доброякісний поліп тонкої кишки. Видужання.

Отже, перебіг ГНТК, внаслідок різних, досить рідкісних причин може бути не типовим і тривалим, що потребує від лікаря уваги та високої кваліфікації.

### Висновки

1. Клінічний перебіг гострої непрохідності тонкої кишки внаслідок різних можливих причин її виникнення характеризується різ-



а

б

Рис. 4. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини у хворої В.: а – розширені престенотичні петлі тонкої кишки; б – інвагінат (вид збоку).

номанітністю варіантів її клінічного перебігу, довготривалим періодом захворювання і, відповідно, пізнім звертанням хворих за хірургічною допомогою.

2. При жовчекам'яній непрохідності перебіг цієї патології є поступовим, переймоподібним. При вклиненому жовчному камені в просвіті кишки, наявності пролежня та перфорації необхідно виконувати резекцію ураженої частини кишки з формуванням анастомозу. При рухомому камені в просвіті кишки операцією вибору є ентеротомія, видалення каменя, зашивання ентеротомічного розрізу.

3. Перебіг кил спігелієвої лінії у хворих досить завуальований, однак анамнестичні дані

про появу болючого випинання між пупком і верхньою передньою віссю клубової кістки після фізичного навантаження, особливо, з клінічними проявами непрохідності травного каналу дозволяють підтвердити діагноз.

4. Інвагінація може бути також причиною непрохідності тонкої кишки у дорослих внаслідок локалізації пухлин в тонкій кишці. Прояви кишкової непрохідності в таких випадках – не виражені і поступово посилюються.

5. Проведення сонографічного дослідження у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки дозволяє не тільки ствердити наявність цієї патології у сумнівних випадках, а й часто встановити причину цього захворювання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Литтманн И. Оперативная хирургия / И. Литтманн. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1981. – 1175 с.
2. Ольшанецкий А. А. Инвагинация кишечника у взрослых / А. А. Ольшанецкий, И. Г. Новоскольцева // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 6 (63). – С. 106-110.
3. Патер Я. З. Особливості та результати лікування жовчекам'яної кишкової непрохідності у пацієнтів похилого та старечого віку / Я. З. Патер, Я. А. Король, О. Б. Матвійчук // Збірник матеріалів Міжнародної наук.-практ. конф. «Актуальні питання геріатричної хірургії». – Тернопіль, 2004. – С. 37-38.
4. Рідкісні види защемленої грижі живота / С. М. Антонюк, В. Б. Ахrameєв, П. Ф. Головня, [та ін.] // Медицина транспорту України. – 2008. – № 1. – С. 47-50.
5. Современное состояние вопроса острой спаечной кишечной непроходимости / В. В. Бойко, И. А. Тарабан, Д. О. Евтушенко, [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2014. – № 1 (64). – С. 87-90.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТИ  
ТОНКОЙ КИШКИ.  
ОСОБЕННОСТИ  
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

*В. В. Бенедикт*

**Резюме.** В работе приведены данные клинического течения острой непроходимости тонкой кишки у 6 больных с редкими причинами ее возникновения – желчные камни, грижа спигелиевой линии живота и инвагинация тонкой кишки. Целью работы было изучение клинико-инструментальных особенностей этого заболевания у таких больных для улучшения непосредственных результатов хирургического лечения. Обращается внимание на разнообразие вариантов клинического течения, длительный период заболевания и позднее обращение больных за хирургической помощью. Наряду с обязательными методами обследования больных с острой непроходимостью тонкой кишки, отмечается диагностическая ценность сонографического исследования органов брюшной полости для подтверждения этой патологии в сомнительных случаях и, часто, для установления причины ее возникновения. Высокоинформативным методом исследования заболеваний тонкой кишки также является компьютерная томография. Всем больным проведено хирургическое лечение. Обращается внимание на необходимость разного тактического подхода при выполнении операции в случаях билиарного илеуса. Приведенные редкие причины возникновения острой непроходимости тонкой кишки требуют от хирурга внимания и высокой квалификации.

**Ключевые слова:** острая непроходимость тонкой кишки, редкие причины, лечебно-диагностическая тактика.

A RARE CAUSE OF ACUTE  
OBSTRUCTION OF THE  
SMALL INTESTINE. THE  
CLINICAL COURSE

*V. V. Benedykt*

**Summary.** This paper presents the data of the clinical course of acute small bowel obstruction in 6 patients with rare causes of its origin - gallstones, Spigelian hernia and intussusception of the small intestine. The aim is to study the clinical and instrumental characteristics of the disease in these patients to improve immediate results of surgical treatment. Attention is drawn to the diversity of clinical course options, long disease and delayed calling patients for surgical care. Along with the obligatory methods of examination of patients with acute obstruction of the small intestine, we emphasize the diagnostic value of sonographic examinations of the abdominal cavity to assert the presence of this disease in doubtful cases, but often the cause of its occurrence. Computer tomography is also highly method of research of diseases of the small intestine. All patients underwent surgical treatment. Attention is drawn to the need for a different tactical approach to performing in cases of biliary ileus. These rare cause of acute small bowel obstruction require surgeon's attention and skill.

**Key words:** *acute small bowel obstruction, rare causes, diagnostic and treatment tactics.*