



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.34–007.272

СПОСТЕРЕЖЕННЯ РЕЦИДИВНОЇ БІЛІАРНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ

М. І. Кравців, М. О. Дудченко, О. М. Люлька, Норалдін М. А. Райян, В. І. Ляховський
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

OBSERVATION OF RECURRENT BILIARY ILEUS

M. I. Kravtsiv, M. O. Dudchenko, O. M. Lyuhlka, Noraddin M. A. Rayan, V. I. Lyakhovskyi
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Біліарна непрохідність кишечника (НК) — рідкісне ускладнення холелітіазу, за якого відбувається формування жовчно—кишкової нориці. Її частота становить від 1 до 3% в структурі усіх видів механічної НК [1].

Найчастіше нориця формується між жовчним міхуром та дванадцятипалою кишкою (ДПК), рідше — між жовчним міхуром та товстою кишкою, іноді — зі шлунком або тонкою кишкою [2]. Біліарна НК виникає внаслідок проходження великих (діаметром 2 — 2,5 см) жовчних каменів, як правило, поодиноких, що спричиняють порушення пасажу вмісту по кишечнику на рівні термінального відділу клубової кишки або ілеоцекального клапана. Майже у 50% пацієнтів в анамнезі є відомості про наявність конкрементів у жовчному міхурі, проте, тільки у 0,3 — 1,5% пацієнтів при хронічному калькульозному холециститі виникає біліарна НК [3]. Рецидив біліарної НК спостерігають майже у 5% пацієнтів, яким раніше здійснювали ентеролітотомію [4]. Причиною рецидиву біліарної НК є інший жовчний камінь, не ідентифікований у жовчному міхурі чи кишечнику під час першої операції [5].

Наводимо спостереження рецидиву біліарної НК, тактику хірургічного лікування.

Пацієнтка А., 77 років, госпіталізована в хірургічне відділення 2—ї МКЛ м. Полтави 06.03.15 у терміновому порядку з діагнозом жовчнокам'яної хвороби, хронічного калькульозного холециститу в стадії загострення. Хронічний калькульозний холецистит діагностували протягом 10 років. Супутні захворювання: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба III стадії, гіпертензивне серце, серцева недостатність 2А стадії, ФК 2.

Пацієнтка скаржилася на помірний біль в надчеревній та середній ділянках живота протягом 7 діб, нудоту, щоденне блювання. Об'єктивно: шкіра суха, тургор знижений, язик сухий. Пульс 110 за 1 хв. Артеріальний тиск 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.). Живіт не здутий, м'який, болісний у надчеревній ділянці. За даними УЗД жовчний міхур — суцільна акустична тінь, розміри до 4 × 3 см, спільна жовчна протока без патологічних змін, ознаки дуоденостазу, гастростазу. Під час ГДФС евакуйовано близько 1 л застійного, з домішками жовчі вмісту, в антральній частині шлунка та ампулі ДПК ерозії, у заампульному відділі виявлений норицевий хід діаметром до 0,7 см. За даними оглядової рентгенографії органів черевної по-

рожнини відзначена пневмобілія, в проекції жовчного міхура тінь конкремента розмірами 4 × 3 см, чаші Клойбера не виявлені. Попередній діагноз: висока непрохідність тонкої кишки, можливо, біліарна.

Здійснена діагностична лапаротомія. У висхідній частині ДПК, практично перед зв'язкою Трейтца виявлене щільне рухоме утворення з гладенькими краями, що повністю обтурує просвіт кишки. Стінка кишки над ним стоншена, блідо—рожевого забарвлення, проксимальніше від перешкоди ДПК розширена до 4 см, горизонтальна частина заповнена рідиною, в ній виявлене друге щільне утворення, дещо менших розмірів, дистальніше — тонка кишка спавша. Жовчний міхур не напружений, без ознак запалення, в ділянці дна заповнений конкрементом розмірами 4 × 3 см, в ділянці тіла та кишені Гартманна — щільно спаяний з стінкою ДПК. Інші патологічні зміни в черевній порожнині не виявлені.

З огляду на вік пацієнтки, наявність супутніх захворювань, відсутність запального процесу в жовчному міхурі і періодуоденального запалення, обсяг оперативного втручання вирішено обмежити ентеролітотомією з відновлення пасажу вмісту по тонкій кишці. Після мобілізації ДПК у ділянці зв'язки Трейтца щільні утворення переміщені у тонку кишку, на відстані 30 см від дуоденоєюнального переходу виконана поздовжня ентеротомія, видалені два гранчастих каменя, на кишку накладений дворядний шов. Розміри каменів 4 × 3 × 2 та 4 × 4 × 3 см. Перевіряючи післяопераційного періоду без ускладнень. На 8—му добу пацієнтка виписана у задовільному стані з рекомендацією через 1 міс здійснити другий етап операції — холецистектомію та закриття нориці.

Проте, пацієнтка звернулася через 2 міс зі скаргами на періодичні спастичний біль у животі, періодичні нудоту та блювання, що супроводжувались затримкою газів та випорожнення, протягом 10 діб. Об'єктивно: живіт не здутий, м'який, болісний у правій клубовій ділянці, де виявлене щільне, рухоме пухлиноподібне утворення діаметром до 4 см, патологічні кишкові шуми відсутні. За даними УЗД жовчний міхур не візуалізувався, у просвіті тонкої кишки у правій клубовій ділянці тінь, схожа на конкремент, діаметром до 4 см. За даними оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, вільний газ і чаші Клойбера не виявлені. При комп'ютерній томографії (КТ) органів черевної порожнини в проекції жовчного міхура візуалізоване по-

рожнисте утворення діаметром до 1,5 см, з пухирцями газу, пухирці повітря по ходу жовчних проток. У підчеревній ділянці справа просвіт тонкої кишки субтотально виповнений утворенням розмірами 3,7 × 3,0 см, з кальцифікацією по периферії, стінка тонкої кишки у цій ділянці потовщена. Попередній діагноз: часткова біліарна непрохідність тонкої кишки.

Виконана лапаротомія за Волковичем—Дьяконовим. У клубовій кишці, на відстані до 30 см від ілеоцекального клапана виявлене щільне рухоме утворення з гладенькими краями, що майже повністю обтурувало просвіт кишки. Стінка кишки над ним дещо набрякла, ущільнена, блідо—рожевого забарвлення, проксимальніше та дистальніше — тонка кишка спавша. Здійснено ентеролітотомію над конкрементом (видалений гранчастий жовчний камінь розмірами 3,7 × 3,0 × 2,8 см, схожий з попередніми), кишка зашита у поперечному напрямку. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На 7—му добу пацієнтка виписана для амбулаторного лікування у задовільному стані.

Через 1 рік за даними магніторезонансної холангіопанкреатографії біліарні конкременти не виявлені.

Біліарна НК є причиною механічної непрохідності тонкої кишки майже у 25% пацієнтів старше 65 років [6]. Частіше виникає у жінок віком від 66 до 77 років, за наявності супутніх захворювань є причиною летальності з частотою понад 10%. Наявність біліарних симптомів не є постійною ознакою, а непрохідність може бути інтермітуючою, тому діагноз часто встановлюють з запізненням, у 50% хворих — тільки під час виконання лапаротомії [7].

Для діагностики використовують радіологічні методи, зокрема, оглядову рентгенографію, УЗД і КТ черевної порожнини. Тріада Rigler включає пневмоболію, ектопію рентгеноконтрастного жовчного каменя і НК, діагностичним критерієм біліарної НК вважають наявність двох з трьох ознак.

Чітких рекомендацій щодо оперативного лікування немає. Застосовують три хірургічні стратегії лікування. Перша передбачає ізольовану ентеролітотомію, на основі доказів того, що рецидивуюча НК виникає рідко — у 5—8% пацієнтів після ентеролітотомії [4, 7]. У 80—90% спос-

тережень залишені жовчні камені не супроводжуються клінічними наслідками, а за відсутності залишкових каменів у жовчному міхурі у більшості хворих білідигестивні нориці закриваються спонтанно [5, 7].

Другий підхід полягає в одноетапному лікуванні, що включає ентеролітотомію у поєднанні з холецистектомією і закриттям нориці. За даними аналізу 1001 спостереження біліарної НК [5], смертність становила 16,9% — після одноетапної операції та 11,7% — після ентеролітотомії. Після ізольованої ентеролітотомії високий ризик резидуального холелітіазу та виникнення таких ускладнень, як холангіт, панкреатит, рецидив біліарної НК. З іншого боку, при виконанні ентеролітотомії у поєднанні з холецистектомією та закриттям нориці за наявності виражених спайок і рубцевих змін можливе пошкодження ДПК та жовчовивідних шляхів, а також значно збільшується тривалість самої операції.

Третій підхід — це двохетапна процедура, що включає ентеролітотомію з подальшим виконанням у плановому порядку холецистектомії і закриттям нориці через 4—6 тиж після першої операції. Такий підхід запропонований для лікування біліарної НК у пацієнтів молодого віку, за наявності ризику подальших біліарних ускладнень і рецидиву біліарної НК [7, 8].

Отже, біліарна НК — це стан, що потребує, як правило, надання невідкладної хірургічної допомоги у пацієнтів літнього віку з супутніми захворюваннями та за високого операційного ризику. Оскільки після одноетапної операції летальність більша, метод лікування слід обирати індивідуально у кожній клінічній ситуації, перевагу слід віддавати ентеролітотомії.

Рецидив біліарної НК виникає рідко, застосування інтраопераційних заходів, в тому числі ревізії всіх частин кишечника та жовчного міхура, допомагають виявити інші камені та попередити це ускладнення. Якщо під час ентеролітотомії виявляють гранчастий жовчний камінь, як правило, у хворого є інші конкременти. Для попередження рецидиву біліарної НК слід рекомендувати двохетапне хірургічне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Желчнокаменная непроходимость кишечника как осложнение калькулезного холецистита / А. П. Ковалев, Ф. И. Дуденко, Б. Ф. Лысенко [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова — 1990. — № 7. — С. 46 — 47.
2. Turnage R. H. Intestinal obstruction / R. H. Turnage, M. Heldmann // Sleisenger and fordtran's gastrointestinal and liver disease; eds. M. Feldman, L. S. Friedman, L. J. Brandt. — Philadelphia: Saunders, 2010. — 9th ed. — P. 2105 — 2122.
3. Webb L. H. Once bitten, twice incised: recurrent gallstone ileus / L. H. Webb, M. M. Ott, O. L. Gunter // Am. J. Surg. — 2010. — Vol. 200, N 6. — P. 72 — 74.
4. Recurrent gallstone ileus / Z. Hussain, M. S. Ahmed, D. J. Alexander [et al.] // Ann. Roy. Coll. Surg. (Engl.). — 2010. — Vol. 92. — P. 4 — 6.
5. Reisner R. M. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases / R. M. Reisner, J. R. Cohen // Am. Surg. — 1994. — Vol. 60, N 6. — P. 441 — 446.
6. Day E. A. Gallstone ileus: review of the literature and presentation of thirty—four new cases / E. A. Day, C. Marks // Am. J. Surg. — 1975. — Vol. 129, N 5. — P. 552 — 558.
7. Ayantunde A. A. Gallstone ileus: diagnosis and management / A. A. Ayantunde, A. Agrawal // World J. Surg. — 2007. — Vol. 31, N 6. — P. 1292 — 1297.
8. Beuran M. Gallstone ileus — clinical and therapeutic aspects / M. Beuran, I. Ivanov, M. D. Venter // J. Med. Life. — 2010. — Vol. 3, N 4. — P. 365 — 371.

