

МАТЕРІАЛИ V СИМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ-ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ «СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

24 — 25 травня 2012 р., м. Скадовськ, Херсонська область

БІЛЛОДИГЕСТИВНІ НОРИЦІ І НЕПРОХІДНІСТЬ КИШКІВНИКА, СПРИЧИНЕНА ЖОВЧЕВИМИ КАМЕНЯМИ, В ПРАКТИЦІ УРГЕНТНОЇ ЕНДОСКОПІЇ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Артюшенко М.С., Тумак І.М., Когут Л.М., Гасюшин В.А., Швидкий Я.Б., Висп'янський М.М., Мельников В.А., Лисюк Ю.С., Романчук Д.Л.

Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна*

Спонтанні норичі між жовчаними шляхами і травним каналом є рідкісними патологічними утвореннями. Здебільшого вони виникають між жовчним міхуром або термінальним відділом загальної жовчної протоки і дванадцятипалою кишкою (ДПК) при жовчокам'яній хворобі наслідок гострого запального процесу з утворенням інфільтрату і належку з виразкуванням [34]. Рідше причиною норич є пенетруючі пептичні виразки [26,31] або неопластичний процес з розпадом. За даними Stagnitti F. з співав. [33] найчастіше трапляються холецистодуоденальні норичі (68%), рідше трапляються холецисто-товстокишкові (13,6%), холецистодуоденальні (8,6%), холецистошлункові (4,9%) і норичі між лівою печінковою протокою і ДПК (4,9%).

При калькульозній етіології «дренування» жовчних шляхів дуже часто може супроводжуватися пасажем каменів зі зникненням типових симптомів і покращенням стану пацієнта. Однак при великих розмірах каменів настає обтурація ними травного каналу. Жовчокам'яну непрохідність кишківника («*gallstone ileus*»), хоча власне традиційний термін «*ileus*» тут є некоректним) описав вперше Tomas Bartolin ще в 1654 р. Курвуазьє у 1890 р. опублікував опис вже 131 випадок захворювання з летальністю 50% [12]. Однак як епонім більш відомий синдром Бувере — порівняно рідкісний варіант непрохідності: його вперше описав у 1896 р. французький інтерніст Léon Bouveret (1850-1929) як обструкцію ворота або ДПК жовчним конкрементом, що проник туди через спонтанну норичу з відповідною клінікою порушення евакуації зі шлунка [8].

Загалом вважають, що жовчні камені спричиняють до 1-4% усіх випадків кишкової непрохідності і водночас така непрохідність становить 0,5-4% усіх ускладнень холелітіазу. Очевидно, що серед жінок похилого віку частка жовчокам'яної непрохідності багато вища. Середній вік хворих у великих оглядах коливається між 65 і 75 років, і співвідношення жінки/чоловіки становить 3-16:1 [29,9]. Незважаючи на доброякісний характер, цей вид кишкової непрохідності у значній частці випадків призводить до ускладнень і летальних наслідків, насамперед внаслідок важкої супутньої патології в осіб старшого віку і труднощів вчасної діагностики [27].

Обструкція найчастіше настає у термінальному відділі клубової кишки через найменший діаметр у цій ділянці [29] і слабшу перистальтику, однак може виникати в будь-яких інших відділах травного каналу, відносно часто — у воротарі, на рівні зв'язки Трейтца або порожньої кишки. Взагалі, чим більший камінь (як звичайно, не менш ніж 2-2,5 см, а переважно 5 см і більше), тим менший шлях він може пройти по травному каналу, втім, обструкція може бути спричинена і щільним скупченням малих каменів [2]. Вказують також, що упродовж пасажу по кишці камінь збільшується у розмірах за рахунок седиментації на ньому кишкового вмісту [13]. Сама норича, яка послужила причиною міграції каменя і непрохідності, може бути не лише між жовчаними шляхами і ДПК, але й з шлунком або товстою кишкою. Важливо також, що у великій серії Beltran з співав., 89,5% хворих з холецистоентеральними норичами мали обструкцію загальної жовчної протоки внаслідок синдрому Міріззі [5].

Клінічна картина неспецифічна, і незвичайність діагнозу призводить до помилок, вважають, що в половині і більше випадків правильний діагноз встановлюють лише під час операції, термін між госпіталізацією і операцією може сягати 3-4 дні. При зборі анамнезу слід з'ясувати наявність епізоду клініки, подібної до гострого холециститу, який би передував розвитку непрохідності. Однак непрохідність може виникнути і після довготривалого безсимптомного періоду після вступу холециститу. Слід вказати, що непрохідність упродовж кількох днів може бути мала вираженою та інтермітуючою внаслідок неповної обструкції кишки каменем, що мігрує по ній [27]. Як звичайно, від перших клінічних проявів до госпіталізації і встановлення діагнозу минає 4-8 днів. Лише після щільної фіксації — «вклинення» каменя типові клінічні прояви кишкової непрохідності починають стрімко наростати. На початку можуть бути навіть шлунково-кишкової кровотечі (блання кров'ячу чи «кавовою гущею») зумовлені виразкуваннями ДПК. Не можна забувати, що жовчокам'яна непрохідність може бути спричинена міграцією каменів через норичі ятрогенного походження, якщо під час операції при ревізії протоків не було видалено усі камені — описано випадки непрохідності після холецистодуоденостомії і після ендоскопічної папілосфінктеротомії [19,25].

У диференціальній діагностиці причини кишкової непрохідності важливе значення відіграють інструментальні методи: ендоскопія (основний, до половини діагнозів), комп'ютерна томографія (КТ), ультрасонографія (УЗД), оглядова рентгенографія живота.

Рентгенографія живота традиційно вважається одним з основних методів інструментальної діагностики кишкової непрохідності. Класичні рентгенографічні ознаки жовчокам'яної непрохідності вперше описали Rigler L.G. з співав. (1941): ознаки інте-

тинальної обструкції, пневмобілія, незвична локалізація конкремента і зміна його локалізації порівняно з попередніми рентгенограмами [30]. Наявність принаймні двох з трьох перших ознак є патогномонічною і виявляється у 40-50% усіх випадків. Цікаву додаткову ознаку описали у 1978 р. Balthazar & Schechter [3]: наявність двох рівнів рідини з газом над ними у правому верхньому квадранті живота — медіальний — скупчення рідини в шибуліні ДПК, латеральний — в жовчному міхурі. Контрастний середник, введений орально, також може потрапляти у жовчний міхур і протоки. Інтерпретуючи рентгенограму, треба враховувати, що лише 10% конкрементів є рентгеноконтрастними [10].

Наступним кроком в діагностиці є УЗД. Тут теж виняткове значення має зіставлення даних з попередніми описами, якщо діагноз жовчокам'яної хвороби вже відомий — принциповим є зникнення великих конкрементів з жовчного міхура, пневмобілія, залишковий холецисто- і холедохолітіаз. При постдуоденальній обструкції виявляють також роздуті петлі кишківника, наповнені рідиною і газом, Камінь у просвіті травного каналу порівняно легко діагностувати при синдромі Бувере, при міграції його візуалізація може бути технічно затруднена. Ідентифікувати характер і рівень непрохідності може комп'ютерна томографія, класична триада Rigler виявляється при цьому методі діагностики з частотою 77,8% порівняно з 1,11% при УЗД і 14,8% при рентгенографії живота [20].

Ендоскопічно синдром Бувере вперше діагностував Grove (1976). Можна подумати, що при синдромі Бувере діагноз ставити найлегше — виявляється конкремент у воротарі або ДПК. Тим не менш в огляді 128 випадків [9] обтураючий камінь було виявлено лише в 69% — при обструкції каменем шибуліни пілоричний канал може бути перенутний, звуений і непрохідний для ендоскопа, крім того камінь може приховувати набряк слизової оболонки ДПК. Крім каменя можна виявити гірло норичі — виразку з фіброзними краями, деформацію ДПК, виразкування в місці оклюзії, окрім того — велика кількість застійного вмісту з жовцю в шлунку і ДПК. Ці ознаки виявляють і при дистальній оклюзії. Однак в огляді Sarpell M.S., Davis M. норичю виявляли лише в 13% випадків [9]. Тому для постановки діагнозу потрібна інтегральна оцінка даних усіх інструментальних методів діагностики.

Традиційно основним є хірургічне лікування. Основним дискусійним питанням є одномоментність чи розділення ентеролітомії та радикального втручання на жовчних шляхах, його вирішують індивідуально, залежно від важкості стану хворого і анатомічних особливостей (щільності інфільтрату навколо жовчного міхура тощо). Причому від власне втручання на жовчних шляхах часто відмовляються взагалі — спостереження за хворими після першого етапу операції засвідчує, що в більшості міхурова протока непрохідна, міхурово-дуоденальна норича закривається сама, а міхур спадається, якщо в ньому немає більше каменів. У таких хворих явищ холангіту немає і за наявності важкої супутньої патології втручання на жовчних шляхах нецільове [11,22]. Втім, рекомендують враховувати підвищений ризик виявлення раку жовчного міхура в разі холецистентеральної норичі — Bossart з співав. [7] виявляли його в 15% проти 0,8% серед усіх холецистектомій. Останніми роками повідомляють про лапароскопічні ентеротомії при жовчокам'яній непрохідності. При синдромі Бувере до 5% опублікованих повідомлень свідчать про успіх екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії [18].

Вперше ендоскопічно видалив конкремент Bedogni з співав. (1985), однак в силу великих розмірів конкрементів, лікувальні можливості ендоскопії обмежені, тим не менш в силу її малоінвазивності в цих пацієнтів переважно високого операційного ризику такі спроби повинні робитися завжди, коли це можливе [4]. Можливі варіанти передбачають механічну, електрогідрравлічну чи лазерну літотрипсію, а також аргоноплазмову коагуляцію каменя [21,22,34]. Пропонуємо вашій увазі кілька власних спостережень жовчокам'яної кишкової непрохідності, в яких ЕГДС виконувалася і відіграла свою роль в діагностичному процесі.

Випадок 1

Хвора Д., 54 років, перебувала на лікуванні в терапевтичному відділенні з приводу гіпертонічної хвороби. В анамнезі — ЖКХ, ожиріння важкого ступеня. ЕГДС у зв'язку з болем у епігастрії та правому підребер'ї 9/06-2009: у шлунку натше велика кількість залишків їжі, шибуліна ДПК грубо деформована, у її просвіті стороннє тіло (безоар?), залишки щільної їжі?, яке повністю не оглядається (рис. 1а). Пройти у постбульбарний відділ не вдалося. Висновок: виразкова хвороба 12 пк. ускладнена стенозом. Промивання шлунка, инфузійна терапія, ППП парентерально. Поліпшення, але погіршення через 3 доби, з клінікою кишкової непрохідності — блання застійним вмістом, невідходження стільця без больового синдрому. Rtg: множинні тонкокишкові чаші Клойбера. УЗД: зморщений жовчний міхур

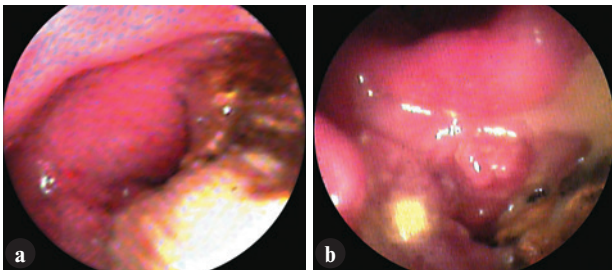


Рис. 1
Конкремент у ДПК (А) і устя холецистодуоденальної норичі (В).

(візуалізується у вигляді тяж), конкрементів не містить. Повторна ЕГДС: у шлунку хімусподібний вміст, складки еластичні, слизова запальна. Ворота вільно прохідні, цибулина ДПК деформована запально, прохідність у постбульбарний відділ збережена, він не змінений, на рівні переходу в постбульбарний відділ по задньо-нижньому контуру — дивертикульоподібна кишка з отвором до 2,5 см, розростаннями по типу грануляцій по краю, наповнена детритом і залишками їжі (рис. 1в). ФКС: огляд на 0,5 м вище баугіневої заслінки — кишка без вмісту, конкремента не містить. Операція: конкремент 7х5 см посередині тонкої кишки з повною обтурацією. Ентеротомія, конкремент видалено. П/о перебіг важко у зв'язку з важким ожирінням (ШВЛ 3 доби), виписана через 18 днів у задовільному стані.

Таким чином, вперше зіткнувшись з синдромом Бувера, ми неправильно інтерпретували камінь у просвіті ДПК. Втім, непрохідність настала не на цьому рівні — у подальшому камінь мігрував у тонку кишку. На жаль, ретроспективно можемо стверджувати, що за даних топічних умов і розмірів каменя ми не мали змоги його видалити.

Випадок 2

Хвора Л., 85 років, звернулася 7/02-2011 у приймальне відділення з скаргами на блювання зеленим вмістом, загальну слабкість, нудоту. Хворіє тиждень. Перед госпіталізацією УЗД в умовах діагностичного центру: печінка не збільшена, грубозерниста, внутрішньо печінкові протоки поширені, у просвіті газ. Загальна жовчна протока виповнена газом. У просвіті жовчного міхура порожнина середніх розмірів, у просвіті слабка. Шлунок і тонка кишка переповнені рідким вмістом. ЕГДС: у шлунку велика кількість темної застійної жовчі, навколо ворота поверхневі ерозії, в деформованій цибулині рихлий камінь виповнює просвіт, на стінках належкові плоскі ерозії, на передній стіні цибулини норичі з виділенням жовчі (рис. 2), папілярна складова незмінена, біля неї дивертикул. Кориньовий конкремент видалено. Через 2 доби явища непрохідності наросли. ЕГДС до третьої зв'язки — рідкий вміст у значній к-сті, кишка дилатована, каменя не виявлено. УЗД: у петлі тонкої кишки візуалізується конкремент 5х3,5 см, який її обтурує (дистальніша кишка спавша). Лапаротомія: в ділянці обтурації (приблизно посередині) тонка кишка з належками, резекція 60 см, анастомоз «бік у бік»; п/о період без особливостей.

Тут діагноз міхуроводуоденальної норичі було встановлено вчасно, була зроблена і спроба видалення конкрементів. Однак, на жаль, основний камінь на час ендоскопії вже мігрував надто далеко. На це могла вказувати велика кількість вмісту у просвіті ДПК.

Випадок 3

Хвора С., 60 років, Поступила ургентно 2/02-2012 зі скаргами на нудоту, блювання, болю в животі перемісного характеру, слабкість. Хворіє протягом 2 діб до поступлення. В анамнезі важкий цукровий діабет, лівобічна нефрэктомія. При обстеженні стан ближче до важкого, АТ 80/40 мм рт. ст, пульс 110 уд./хв. Живіт помірно піддутий, м'який, болочий в епігастрії та правому підребер'ї. Самостійний стілець був за 12 год. до госпіталізації. Оглядова рентгенографія живота (2/02-2012): помірна пневматизація кишківника. УЗД (3/02-2012) — у жовчних протоках газ, загальна жовчна протока d до 7 мм, жовчний міхур виповнений конкрементом. Інфузійна терапія, спазмолітики — поліпшення загального стану, гемодинаміка стабільна. Однак з вечора 6/02-2012 посилюється здуття живота, нудота, блювання жовцю, перестали відходити гази і кал. ЕГДС (7/02-2012) — деформація цибулини ДПК, у просвіті шлунка і ДПК застійний вміст з концентрованою жовцю. Повторне УЗД: без динаміки порівняно з попереднім за вияняком вираженого скучення газів і рідини у тонкій кишці. Рентгенографія: множинні чаші Клойбера, контрастний середник доходить до перешкоди у тонкій кишці у правій здухвинній ділянці. 8/02-2012 операція — лапаротомія. Виявлено конкремент діаметром до 4 см у клубовій кишці. У правому підребер'ї інфільтрат, жовчний міхур підлягає до ДПК. Ентеролітомія, ушивання рани кишки, дренування черевної порожнини.

Даний випадок цікавий насамперед тим, що камінь який спричинив непрохідність, не був єдиним — другий великий конкремент виповнював жовчний міхур. Факт, що норичі під час ендоскопії не було виявлено, не є дивним у світлі тривалості періоду від початку захворювання до ЕГДС — вона практично закрилася за цей час. Ключовим для встановлення правильного діагнозу була наявність газу в жовчних протоках. Вірогідно, камінь, який мігрував у кишківник, містився в гартмановій кишці — проти його локалізації у холедоку свідчить малий діаметр останнього.

Четвертий випадок — норичі з міграцією каменів у шлунок під час перебування хворого в стаціонарі, але, на щастя, без непрохідності.

Випадок 4

Хворий А., 77 років, госпіталізований 07/02-2011, хворіє 2 тижні. Скарги на біль в епігастрії, печію, відрижки, важкість в животі після їжі. В анамнезі ЖКХ. УЗД: жовчний міхур скоєчений, у просвіті конкременти ЕГДС: езофагіт ст. А, у шлунку застійний вміст з жовцю, пілоричний відділ деформований, набряклий, у ДПК пройти не вдалося. Заключення: виразка ДПК, ускладнена стенозом? Противиражова та інфузійна терапія — поліпшення. УЗД (10/02-2011): жовчний міхур конкрементів не містить (!), стінка не потовщена, чітка, протоки не розширені. Стінка препілоричної частини шлунка потовщена до 25-27 мм. ЕГДС (14/02-2011): у шлунку жовч, в просвіті два великих камені діаметром 3 та 5 см, шль-

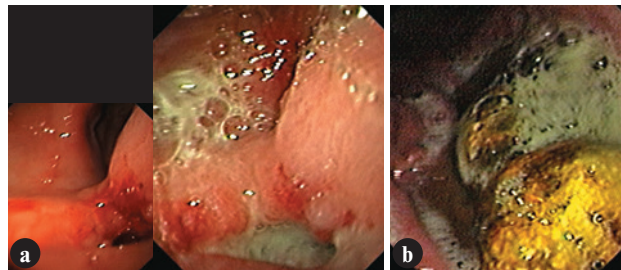


Рис. 3
Устя холецистодуоденальної норичі (А) і конкременти у шлунку (В).

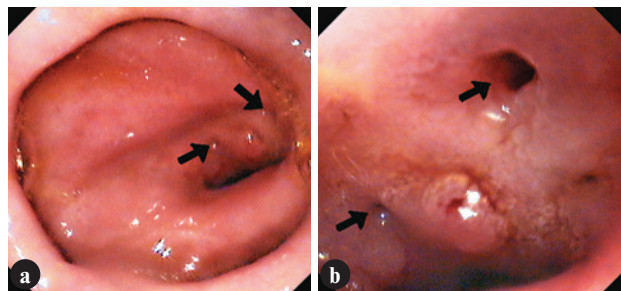


Рис. 4
А,В. Проксимальна і дистальна холецистодуоденальної норичі.

ні, слизова шлунка набрякла, по малій кривині належкова виразка, в антральному відділі нижче деформованого ворота норичі з фібрином та детритом (рис. 3), в цибулині вогнищева гіперемія слизової, рубцева деформація, в нижньому відділі слизова рожева, набрякла. Спроба видалити конкременти не вдалася у зв'язку з розмірами. Літорісія не проводилася у зв'язку з відсутністю відповідного інструмента. За запропонованого оперативного лікування хворий категорично відмовився, напоїли на виписці додому.

При калькульозній етіології у разі виникнення протоково-дуоденальної норичі таке «дренування» може забезпечити ліквідацію протокової гіпертензії та механічної жовтяниці з покращенням стану пацієнта і зникненням типових симптомів. Втім, такі хворі можуть скаржитися на біль у правому підребер'ї, може навіть спостерігатися клініка холангіту (гарячка, озноби тощо), що зумовлено потраплянням дуоденального вмісту у протоки та його затримкою в них, особливо у «сліпому» дистальному мішку. Відповідно, тактика може включати як спостереження, так і ендоскопічні втручання або й навіть реконструктивні операції [35]. Ендоскопічно такі норичі виявляють найчастіше над термінальним відділом загальної жовчної протоки на поздовжній складці проксимальніша фатерова сосочка (до 70%), значно рідше — на задній стіні цибулини ДПК [6]. Локалізація норичі біля фатерова сосочка вимагає їх диференціальної діагностики з окремим впадінням у ДПК загальної жовчної і головної панкреатичної проток. При огляді ДПК дуоденоскопом з боковою оптикою діагностика норичі полегшується і їх виявляють частіше. За даними Nakano T et al. їх виявляли у 3,2% усіх ЕРХПГ [28].

Наводимо випадок холецистодуоденальної норичі з нашої практики.

Випадок 5

Хвора М., 65 років, скерована на ЕГДС дільничним лікарем зі скаргами на біль в епігастрії і правому підребер'ї. 29/08-2008 ЕГДС: цибулина ДПК рубцево деформована, на переході у постбульбарний відділ на медіальній-передній стінці проксимальніша папіли два отвори до 2 мм, з верхнього надходить жовч, з нижнього — прозорий секрет (рис. 4). Між ними — поліовидний утвір до 5 мм. Дистальніше — без патології. Ультрасонографія (після ЕГДС) — жовчний міхур зморщений, у вигляді тяжа. У жовчних протоках — повітря, вони не розширені. Біохімічні показники — в межах норми. З анамнезу з'ясовано, що пацієнтка не мала жодних оперативних втручань на черевній порожнині, однак 15 років тому лікувалася в районній лікарні з приводу гострого болю у верхніх відділах живота (діагноз чітко не знає), виписана з фактичним видужанням, ендоскопія і ультрасонографія тоді не виконувалися. Упродовж усього цього часу не відзначала суттєвих проявів холангіту (біль, гарячка, озноби, жовтяниця).

На нашу думку, у недостатньо обстеженої пацієнтки відбулося утворення холецистодуоденальної норичі з пасажом каменів у ДПК. Пенетрація виразки у протоки маловірогідна у світлі змін жовчного міхура. На щастя, у хворої не було клініки холангіту незважаючи на малі розміри устя норичі і, вірогідно, повний її характер.

Таким чином, діагностика біліодигестивних норичі та їх ускладнень досить складна, навіть у разі відносно доступного для ендоскопії синдрому Бувера, патологія «маскується» під інші захворювання. Лише при зважуванні усіх особливостей клініки і анамнезу ендоскопія може допомогти встановити правильний діагноз при цій рідкісній патології.

Література

1. Герич Д.І., Герич І.Д., Ващук В.В. (2002) Синдром Бувера. Медицина залізничного транспорту України 3: 62-64
2. Abou-Saif A., Al-Kawas F.H. (2002) Complications of gallstone disease: mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. Am. J. Gastroenterol. 97: 249-254
3. Balhazar E.J., Schechter L.S. (1978) Air in gallbladder: A frequent finding in gallstone ileus. Am. J. Roentgenol. 131: 219-222
4. Bedogni G., Contini S., Meirero M. et al. (1985) Pyloroduodenal obstruction due to a biliary stone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic extraction. Gastrointest. Endosc. 31: 36-38
5. Beltran M., Csendes A., Cruces K. (2008) The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. World J. Surg. 32: 2237-2243
6. Bethge N., Hinz R.E. (1988) Spontaneous and iatrogenic choledochoduodenal fistula — endoscopic diagnosis and therapy. Z. Gastroenterol. 26: 704-707
7. Bossart P.A., Patterson A.H., Zimite H.A. (1962) Carcinoma of the gallbladder. Am. J. Surg. 103: 361-364
8. Bouveret L. (1896) Stenose du pylore adherent a la vesicule. Rev. Med. 16: 1-16
9. Cappell M.S., Davis M. (2006) Characterization of bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. Am. J. Gastroenterol. 101: 2139-2146
10. Chou J.W., Hsu C.H., Liao K.F. et al. (2007) Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. World J. Gastroenterol. 13: 8: 1295-1298

11. Clavien P.A., Richon J., Burgan S. et al. (1990) Gallstone ileus. Br. J. Surg. 77: 737-742
12. Courvoisier L.T. (1890) Zursichtstatistische beitrage zur pathologie und chirurgie der gallenwege. (Leipzig, Germany). FCW Vogel.
13. Giese A., Zieren J., Winnekendonk G. et al. (2010) Development of a duodenal gallstone ileus with gastric outlet obstruction (Bouveret syndrome) four months after successful treatment of symptomatic gallstone disease with cholecystitis and cholangitis: a case report. Journal of Medical Case Reports. 4: 376
14. Grove O. (1976) Acute pyloric obstruction by a gallstone: report of a case diagnosed by gastroscopy. Gastrointest. Endosc. 22: 212-213
15. H'ng M.W.C., Yim H.B. (2005) Spontaneous choledochoduodenal fistula secondary to long-standing ulcer disease. Singapore Med. J. 44; 4: 205-207
16. Karimoglu M., Yildirim B., Kantarciken B. et al. (2003) Association of peripapillary fistula with common bile duct stones and cholangitis. ANZ J. Surg. 73; 11: 884-886
17. Katsinelos P., Chatzimavroudis G., Fasoulas K. et al. (2010) Roth-net for successful removal of a large gallstone causing gastric outlet obstruction (Bouveret's Syndrome). Ann. Gastroenterol 23; 1: 146-147
18. Koulouziadis A., Moschos J. (2007) Bouveret's syndrome. Narrative review. Ann. Hepatol. 6; 2: 89-91
19. Lancaster J.F., Strong R.W., McIntyre A. et al. (1993) Gallstone ileus complicating endoscopic sphincterotomy. Aust. N. Z. Surg. 63; 416-417
20. Lassandro F., Gagliardi N., Scuderi M. et al. (2004) Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. Eur. J. Radiol. 50; 23-29
21. Lowe A.S., Stephenson S., Kay C.L. et al. (2005) Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. Endoscopy. 37; 1: 82-87
22. Mais J., Hochberger J., Hahn E.G. et al. (2004) Successful laser lithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled double-pulse Nd:YAG laser (FREDDY). Scand. J. Gastroenterol. 39: 791-794
23. Malvaux P., Degolla R., De Saint-Hubert M. et al. (2002) Laparoscopic treatment of a gastric outlet obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome). Surg. Endosc. 16; 7: 1108-1109
24. Martin D.F., Tweedle D.E.F. (2002) The aetiology and significance of distal choledochoduodenal fistula. British Journal of Surgery. 71; 8: 632-634
25. Masson J.W., Fraser A., Wolf B. et al. (1998) Bouveret's syndrome: Gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. Gastrointest. Endosc. 47: 104-105
26. Misra C.M., Grewal H., Kapur B.L. (1989) Spontaneous choledochoduodenal fistula complicating peptic ulcer disease — a case report. Surgery Today. 19: 3
27. Montalvo-Jave E.E., Alegre-Tamez E., Athie-Guti rrez C. (2008) Gallstone Ileus: clinical presentation of a benign mechanical intestinal obstruction case. Rep. Gastroenterol. 2: 144-148
28. Nakano T., Yabuta I., Shimomura H. (1994) Clinical evaluation of choledochoduodenal fistula near the duodenal papilla: association with separate openings of the pancreatic and biliary ducts. Nippon Shokakubyo Gakkai Zasshi. 91: 57-65
29. Reiser R.M., Cohen J.R. (1994) Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am. Surg. 60: 441-446
30. Rigler L.G., Borman C.N., Noble J.F. (1941) Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. JAMA. 117: 1753
31. Shah P., Ramakantan R. (1990) Choledochoduodenal fistula complicating duodenal ulcer disease (a report of 3 cases). J. Trop. Med. 36: 167
32. Sheu B.S., Shin J.S., Lin X.Z. et al. (1998) Clinical analysis of choledochoduodenal fistula with cholelithiasis in taiwan: assessment by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The American Journal of Gastroenterology. 91; 1: 122-126
33. Stagnitti F., Mongardini M., Schillaci F., Natalini E. et al. (2009) Spontaneous biliodigestive fistulae. The clinical considerations, surgical treatment and complications. G. Chir. 21: 110-117
34. Tanwar S., Mawas A., Tutton M. et al. (2008) Successful endoscopic management of bouveret's syndrome in a patient with choledochoduodenocolic fistulae case rep. Gastroenterol. 2: 346-350
35. Yoshino S., Takayuki M., Miyoshi F. et al. (2002) Two cases of choledochoduodenal fistula. Hokkaido Journal of Surgery. 47; 2: 42-45

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ СТРАВОХОДУ СТОРОННИМИ ТІЛАМИ

Бойко В.В., Грома В.Г., Вдовченко А.С.

Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії Національної академії медичних наук України», Харків

Вступ

Пошкодження стравоходу відомі людству з давніх давен. Та навіть в теперішній час вони зустрічаються досить нерідко і найчастіше пов'язані з проковтуванням сторонніх тіл під час сну, сп'яніння, сміху, раптового переляку чи при епілетичних нападах і несприятливості, а іноді навмисне з метою самогубства. Всі досяжні уяві чужорідні тіла, які можуть за своїм розміром поміститися в ротовій порожнині, можуть скласти колекцію казуїстичних випадків сторонніх тіл стравоходу. У дорослих найчастіше це зубні протези, риб'ячі і яловичі кістки, голки та інше, у дітей — монети та іграшки, які діти люблять тримати в роті [2,5,7].

У структурі звернень населення за невідкладною медичною допомогою у зв'язку з наявністю сторонніх тіл пацієнти з чужорідними тілами стравоходу займають друге місце, що в середньому, складає близько 20%. При цьому в 3-4% випадків виникають перфорації стравоходу з розвитком ускладнень. При видаленні чужорідних тіл цей показник істотно зростає [1,3,6].

На сьогоденні патогенез розвитку ускладнень при травматичних ушкодженнях стравоходу сторонніми тілами достатньо вивчений і головна особливість цього процесу полягає в тому, що він має чітку часову (по годинах) хронологію розвитку і практично неминуче призводить до перфорації стінки органу і розвитку гнійно-септичних ускладнень. Детальність при цьому може сягати 40-50% [4,5,8].

У 99% спостережень езофагоскопія дозволяє видалити стороннє тіло стравоходу. Методика і технологія ендоскопічних маніпуляцій на сьогодні досить відпрацьовані. Але серед фактів, що налядають допомогу хворим з сторонніми тілами стравоходу, особливо в обтяжених випадках, немає єдиної думки щодо вибору способу і послідовності застосування інструментальної та оперативної допомоги. Останні найчастіше здійснюються емпірично. Всі ці та інші фактори суттєво впливають на частоту ускладнень та результати лікування захворювання [1,3,4,6].

Мета дослідження — розробити основні принципи хірургічної тактики у хворих з травматичними пошкодженнями стравоходу сторонніми тілами.

Матеріали і методи

Наша клініка має досвід обстеження та лікування 873 пацієнтів, що зверталися за медичною допомогою зі скаргами на затримку стороннього тіла в стравоході (за період з 2003 по 2011 рр.), але його наявність підтверджена лише у 362 пацієнтів. Трави стравоходу виявлені 231 хворому (63,8%) — 104 жінки та 127 чоловіків, з яких у 197 були непроникаючі і у 34 — проникаючі поранення стінок.

Основними причинами поранення були невдалі спроби витягнути застряглий в стравоході предмет у 108 (46,8%) хворих, перфорація спастично скороченого стравоходу го-стрим кінцем чужорідного тіла у 46 хворих (20%), пролегли внаслідок тривалої затримки стороннього тіла у 9 (3,9%), розсічення бічних стінок двосічним предметом у 5 хворих (2,2%) та ін. Слід зазначити, що тривале (4-5 днів) перебування в стравоході чужорідного тіла неминуче призводило до локальних некрозів слизової оболонки і виразок передньої, а іноді передньої і задньої стінок «лазеркальні» виразки стравоходу). У значній частині хворих точно встановити причину травмування стінки не представлялось можливим.

У 327 пацієнтів у ході стаціонарного обстеження діагностично стороннє тіл був відхилений. Більшість з тих, що минали стравохід, крім поодиноких випадків, зазвичай не затримувалися в шлунку або кишечнику і природним шляхом полишали їх.

Основна кількість хворих доставлялася в клініку бригадами швидкої допомоги (84,8%): з дому — 197; за направленням районних поліклінік — 172; ЛОР-клінік — 163; травматологічних пунктів — 73; з психіатричних лікувальних закладів — 39; зі слідчих ізоляторів — 24; зі стоматологічних кабінетів — 17; переводом з інших лікувальних установ — 55. Самостійно за медичною допомогою звернулися 133 пацієнта. Неодноразові повторні надходження відзначалися у 22 хворих з патологією стравоходу, підлітків, пацієнтів психіатричних клінік, а також хворих з геронтологічними проблемами і особливо з несанованою ротовою порожниною.

Час від моменту потрапляння стороннього тіла в стравохід до звернення за спеціалізованою медичною допомогою коливався в терміни від 25 хвилин (0,83%) до 4 (87,07%) — 7 днів (9,67%). У 9 хворих строки потрапляння стороннього тіла до стравоходу з об'єктивних причин не були встановлені.

Результати та їх обговорення

В наших спостереженнях діагностика травматичних пошкоджень стравоходу сторонніми тілами зазвичай починалася з опитування та огляду потерпілого. Однак, відразу обмовимося, що вивчення анамнезу хвороби не часто давало відповідь на всі поставлені питання, що пояснювали як виражено анатомічною еластичністю та «виривальністю» стравоходу, так і частим відчуттям «проковтнутого стороннього тіла» у емоційно лабільних людей. З такими «уявними» чужорідними тілами ми зіштовхнулися в 248 випадках. Ознаку Турнера — відчуття стороннього тіла навіть після його проходження в шлунк або

вилучення спостерігали у 152 хворих. Не помічали та не відчували стороннє тіл 19 хворих. Надмірно розвинений «сонний горбок» VI шийного хребця на догоспітальному етапі помірково був прийнятий за стороннє тіло у 17 випадках.

Пошкодження стінок стравоходу сторонніми тілами в більшості випадків проявлялися місцевими і загальними симптомами, первинними і вторинними (ускладнення) ознаками. Найбільш частими первинними ознаками застряглого чужорідного тіла були: біль по ходу стравоходу при ковтанні (72,7%), страх прийому їжі (35,9%), біль в яремній ямці (30,7%), потилиці (15,6%), спини (13,4%), епігастрії (4,8%), дисфагія (63,2%), зригування (36,8%), задуха (31,6%), холодний піт (24,8%), слабкість (20,8%), блідість шкіряних покривів (13,9%), порушення серцевого ритму (9,1%). Вторинні прояви характеризувалися гіперсальвациєю (74,9%), осиплістю голосу (34,2%), гіпертермією (32%), інфільтрацією м'яких тканин шиї (12,1%), підшкірною емфіземою (10,8%), пневмотораксом (6,9%) та ін.

Підшкірна емфізема та приєднання в більш пізніші строки ознак септичного стану зазвичай свідчили на користь перфорації шийного відділу стравоходу. Характерний «симптом смиленої голови» — вимушене нерухоме положення голови, схиленої в сторону ушкодження був 100% ознакою цього важкого ускладнення. Клінічна розриву або перфорації нижніх сегментів стравоходу була ідентична перфорації інших порожнистих органів черевної порожнини. У 3 хворих при розриві карді спостерігали симптом Корха — підшкірну емфізему лівої половини грудної клітки, шиї та обличчя. У 2 осіб похилого віку перфорація стравоходу стороннім тілом протікала тривалий час безсимптомно, внаслідок чого вони були госпіталізовані до хірургічного стаціонару лише на 5 та 9 добу з початку захворювання у край важкому стані.

При госпіталізації всі хворі з підозрою на травматичні ушкодження стравоходу сторонніми тілами перш за все, по можливості, оглядалися ЛОР-спеціалістом, після чого пацієнткам проводилося рентгенологічне дослідження, котре вважали бажаним при будь-яких сторонніх тілах стравоходу. Більшість сторонніх тіл були рентген-контрастними і легко виявлялися вже на оглядових рентгенограмах стравоходу, виконаних у двох проекціях. Слабоконтрастні та неконтрастні тіла зазвичай виявлялися при застосуванні рентгенолабелачення, томографії чи рентгенконтрастних досліджень стравоходу. При первинному огляді перевагу завжди віддавали водородистим контрастним речовинам. Особливо актуальним це правило становилося у хворих з виявленнями у наступному перфорації чи обтурації стравоходу або стравохідно-бронхіальною норичею. Ці йодні сполуки добре заповнювали анатомічні угври, мали бактеріцидну дію, зазвичай не драгували тканини середостіння та при необхідності легко змивалися ковтком води. При цьому рентгенонегативні тіла імпрегнуються контрастом і на достатній час ставали рентгенопозитивними (симптом «дефекту тіні»). Принципово важливим при цьому було встановлення цілісності стінок стравоходу і глибини поранення. Іноді при відшаруванні великої ділянки слизової оболонки у вигляді фаруха спостерігали підслизові кишені, які важко було відрізати від дивертикулів.

Ми спостерігали і ряд інших рентген-симптомів поранення стінок стравоходу сторонніми тілами:

1. випраямлення дуги шийного відділу хребта (грізна ознака враження чужорідним тілом клітковини верхнього середостіння і передхребтрової фасції);
2. посилення болю за грудиною або між лопатками при закиданні голови (симптом характерний для гострого запалення верхнього середостіння);
3. симптом «повітряної стрілки» — затримка газу в стравоході у вигляді стрілки або бульбашки на рівні ураження або вище нього, звичайно при травмах шийного відділу (симптом непроникаючого поранення слизової оболонки, котрий пояснюється локальним набряком і рефлекторним спазмом стінок — захисна ізоляція поверхні рани);
4. бульбашка повітря в превертребральних тканинах шиї або в розширеному ретрофарингеальному просторі (симптом свідчить про проникаючий характер поранення шийного відділу стравоходу);
5. «симптом м'яких тканин» (потовщення періезофагеальних м'яких тканин, а іноді і присутність в них повітря чи контрасту, розширення ретрогараляльної тінні середостіння);
6. симптом Наклеріо — скупчення повітря в медіастинальному та діафрагмальному плевральних листах;
7. симптом «глибокої емфіземи» — бульбашки повітря в розширеному шийному і грудному відділах середостіння зі зміщенням трахеї і стравоходу, а також зниження контурів дуги аорти при запущеній перфорації.

В групі хворих оглянутих в денний час (при наявності всього арсеналу апаратури) точність рентгенодіагностики поранень стравоходу сягала 96,4%. Хоча з початком бурхливого розвитку в останні десятиріччя високоточних відеоендоскопічних систем значення цих симптомів, як і рутинних рентгенологічних методів, крім комп'ютерної томографії значно зменшилося і вони все частіше носять історичний аспект, чим практичний.

Проте негативні рентгенологічні дані не були приводом для відмови від подальшого інструментального обстеження пацієнта. При рентгенологічно виявленому травматичному гідротораксі діагностичні перфорації стравоходу допомагають дослідження пунктуати плев-