

УДК 616. 366 – 003 7—06 616 341—007—272

Два випадки ускладнень холецистодуоденальної нориці

Б.В. РОМАНІВ, І.Б. РОМАНІВ

Луцька міська клінічна лікарня

TWO CASES OF CHOLECYSTODUODENALIS FISTULAS COMPLICATIONS

B.V. ROMANIV, I.B. ROMANIV

Lutsk Municipal Clinical Hospital

У короткому повідомленні описано два випадки ускладнень холецистодуоденальної нориці, що зумовило в одному випадку тонкокишкову непрохідність і в другому – перитоніт.

The brief report describes two cases of cholecystoduodenalis fistulas complications which resulted in enteric obstruction and peritonitis (in the second case).

Внутрішні жовчні нориці зустрічаються порівняно рідко і клінічно можуть не проявлятися. Виявляються випадково, найчастіше інтраопераційно.

Етіологічним фактором найчастіше (60-90 %) є жовчнокам'яна хвороба [1].

За даними літератури, спонтанні жовчні внутрішні нориці спостерігаються в 1,8 %.

У 2005 році з 385 холецистектомій виявлено два випадки ускладненої холецистодуоденальної нориці.

Наші спостереження. Хвора М. віком 72 роки госпіталізована у відділення ургентної хірургії ЛМКЛ 14.05.05 р. о 13.25 зі скаргами на біль в животі, загальну слабкість, затримку випорожнень і газів. Хворіє протягом двох днів. Стан хворої тяжкий. Підвищеного живлення. Свідомість ясна. Тургор шкіри знижений. Пульс – 110 уд. за 1 хв, слабого наповнення. АТ – 100/80 мм рт. ст. Язик сухий, із сіро-брудними нашаруваннями. Живіт здутий, болючий по всій поверхні. Визначається шум плеску. Із зонда витікає кишковий вміст неприємного запаху. На оглядовій рентгенограмі живота чаші Клойбера. При обстеженні прямої кишки пальцем відзначено: ампула порожня, тонус сфінктера знижений.

Аналіз крові: Ег – $3,56 \times 10^{12}$ /л, Нб – 109 г/л, L – $18,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 3 мм/год.

Загальний білок – 68 г/л, сечовина – 9,8 ммоль/л, креатинін – 0,116 ммоль/л. Білірубін: загальний – 26,8 ммоль/л, прямий – 9,0 ммоль/л, непрямий – 17,8 ммоль/л. Калій – 3,3 ммоль/л. Натрій – 137 ммоль/л. Протромбіновий індекс – 88 %. Тромбост – 7 ст. Час рекальцифікації – 118 с. Фібриноген – 8,9 г/л, фібриноген В – позитивний (+1).

Встановлено діагноз: гостра тонкокишкова непрохідність. ІХС: дифузний кардіосклероз, СН – І ст. Гіпертонічна хвороба II ст. (анамнестично). Гіповолемія.

Після короткочасної передопераційної підготовки під ендотрахеальним наркозом проведено оперативне втручання – серединну лапаротомію.

У черевній порожнині спостережено до 200 мл серозного випоту. На відстані 120 см від ілеоцекального кута в тонкій кишці пальпується конкремент розмірами 6×4×4 см, який обтурає просвіт кишки. До місця обтурації петлі тонкого кишечника роздуті, переповнені газами і рідким вмістом, дистальніше місця обтурації кишечник порожній.

Проведена ентеротомія. Конкремент видалено. Ентеротомний отвір зашитий двошрядним швом. При ревізії живота виявлено щільно припаяний до дванадцятипалої кишки в ділянці її цибулини жовчний міхур. У просвіті міхура пальпуються 2 конкременти розмірами 2×1,5×1,5 см і 2×2×1,5 см, там же виявлено холецистодуоденальну норицю. Проведена холецистектомія від дна. При цьому відкрився дефект (нориця) в цибуліні дванадцятипалої кишки з переходом на пілорус розміром 4×3×3 см по передньо-верхній стінці. Після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером краї нориці висічено з передньою порцією пілоричного замикача. Проведена пілоропластика за Гейнеке-Мікуличем. Післяопераційний діагноз: гостра обтураційна тонкокишкова непрохідність (жовчним конкрементом). Хронічний калькульозний холецистит. Холецистодуоденальна нориця. Серозний перитоніт.

Післяопераційний період перебігав тяжко. Проводилась корекція водно-електролітного та білкового обміну, симптоматична терапія.

Хвора М. лікувалась у стаціонарі 27 днів. Виписана в задовільному стані. Оглянута через рік, почуває себе задовільно.

Хвора К. віком 64 роки, жителька села, госпіталізована у відділення ургентної хірургії 08.08.05 р. о 4.45 зі скаргами на біль в животі, нудоту, сухість у роті, підвищення температури до 39,3 °С, озноб. Хворіє з 04.08.05 р., коли з'явився біль у животі. Займалась самолікуванням, приймала знеболювальні. Біль посилювався, наростали слабкість, сухість у роті, підвищення температури тіла. Самостійно звернулася у приймальне відділення ЛМКЛ, і була госпіталізована в ургентну хірургію.

При огляді стан хворої тяжкий. Шкірні покриви бліді, тургор знижений, температура – 39 °С. Пульс – 100 уд за 1 хв. АТ – 160/90 мм рт. ст. Язик сухий. Живіт здутий, не бере участі в акті дихання. При пальпації живіт болючий по всій поверхні. Позитивний симптом Щоткіна–Блюмберга. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини виявлено вільний газ під правим куполом діафрагми.

Загальний аналіз крові: Ег – $4,2 \times 10^{12}$ /л, кольоровий показник – 0,9, Нв – 135 г/л, L – $7,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 40 мм/год. Загальний аналіз сечі: білок – 0,045 г/л, L – 3-8 в полі зору. Діастаза сечі – 128 од. Амінотрансферази: печінкова – 1,32; серцева – 0,85 ммоль/л.

Білірубін загальний – 13,2 ммоль/л. К – 4,8 ммоль/л. Na – 141 ммоль/л. Сечовина – 5,33 ммоль/л. Креатинін – 0,078 ммоль/л. Коагулограма: протромбіновий індекс – 94 %, тромботест – 7 ст., час рекальцифікації – 124 с, фібриноген – 9,3 г/л.

Встановлено діагноз: перитоніт (на ґрунті перфорації порожнистого органа).

Після короткочасної активної підготовки хворій 08.08.05 р. о 7.10 проведено оперативне втручання – серединну лапаротомію. При ревізії в черевній порожнині виявлений гнійний вміст. Петлі кишечника гіперемовані, вкриті фібрином. Дванадцятипала кишка інтимно спаяна зі стінкою жовчного міхура.

По передньому краю з'єднання має місце перфоративний отвір до 1 см в діаметрі, через який вільно проходить зонд у жовчний міхур і дванадцятипалу кишку.

Інтраопераційний діагноз: холецистодуоденальна нориця з перфорацією по передній стінці. Дифузний гнійний перитоніт. Калькульозний холецистит (в просвіті міхура конкременти до 0,3 см в діаметрі).

Операція: холецистектомія. Ушивання дуоденальної нориці. Санація і дренивання черевної порожнини.

Післяопераційний період перебігав тяжко, але без ускладнень. На 21-й день хвору виписано із стаціонару в задовільному стані.

Огляд через рік показав, що стан хворої задовільний.