



## 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. Lyuhka, Noraddin M. A. Rayan, V. I. Lyakhovskyi**  
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Біліарна непрохідність кишечника (НК) — рідкісне ускладнення холелітазу, 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 холецистити 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 2A 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 заампулярному 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 перидуоденального запалення, обсяг оперативного втручання вирішено обмежити ентеролітотомією з відновленням 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. Перебіг 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 холелітазу 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 двоетапна 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 двоетапне 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.

