

Радикальне хірургічне лікування ускладненої білідигестивної нориці

Мета роботи: оцінити результати хірургічного лікування хворих на ускладнені холецистодуоденальні нориці після різних видів операційних втручань.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 17-ти хворих прооперованих у хірургічному відділенні Тернопільської міської лікарні швидкої допомоги з приводу ускладненої холецистодуоденальні нориці у вигляді біліарного ілеуса. В одному із клінічних випадків ми зіштовхнулися із надзвичайно складною ситуацією, яка вимагала неординарного його вирішення.

Результати досліджень та їх обговорення. Наявність триади: похилий або старечий вік пацієнта; ознаки непрохідності тонкої кишки: пухлинна кам'янистої щільності в черевній порожнині при пальпації, особливо коли в анамнезі є відомості про ЖКХ, є підґрунтям для встановлення клінічного діагнозу біліарної непрохідності тонкої кишки. В попередніх роботах ми детально проаналізували особливості перебігу, діагностики та хірургічного лікування гострої біліарної непрохідності тонкої кишки та синдрому Бувере.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба; білідигестивна нориця; хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) виявляють у 15 % дорослого населення та має тенденцію до постійного зростання. Щорічно у світі виконують понад 2,5 млн холецистектомій: в європейських країнах – від 45 до 80 тис., у США – понад 700 тис. [5]. Кількість хворих на ЖКХ кожне десятиріччя збільшується у 1,5–2 рази [1]. У міру збільшення захворюваності на ЖКХ збільшується частота її небезпечних ускладнень. У більшості пацієнтів на жовчнокам'яну хворобу процес запускається обструкцією жовчного міхура конкрементами на рівні шийки міхурової протоки. Розвиток гострого холецистити визначає два фактори: ступінь обструкції та її тривалість. Якщо перепона частково і неповна, то у хворого виникає жовчна коліка, а якщо повна і довготривала – розвивається гострий холецистит. Проте жовчнокам'яна хвороба, холецистолітіаз, може перебігати безсимптомно. Камінь в жовчному міхурі повільно виростає до великих розмірів (3–5 см) із наступним утворенням пролежня на стінці міхура та дуоденум із розвитком нориці та міграцією конкремента в травний тракт. Холецистодуоденальні нориці при наявності великого конкремента із міграцією останнього в тонку кишку ускладнюються біліарною непрохідністю тонкої кишки (БНТК). Частота БНТК в структурі обтураційної непрохідності тонкої кишки становить від 0, до 3,4 %.

Мета роботи: проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на ускладненні холецистодуоденальні нориці після різних видів операційних втручань.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 17-ти хворих прооперованих у хірургічному відділенні Тернопільської міської лікарні швидкої допомоги з приводу ускладненої холецистодуоденальної нориці у вигляді біліарного ілеуса. В одному із клінічних випадків ми зіштовхнулися із надзвичайно складною ситуацією, яка вимагала неординарного вирішення.

Результати досліджень та їх обговорення. Клінічні прояви БНТК чітко описав Г. Мондор. Наявність триади: похилий або старечий вік пацієнта; ознаки непрохідності тонкої кишки: пухлинна кам'янистої щільності в черевній порожнині при пальпації, особливо коли в анамнезі є відомості про ЖКХ, є підґрунтям для встановлення клінічного діагнозу БНТК (рис. 1). В попередніх роботах ми детально проаналізували особливості перебігу, діагностики та хірургічного лікування гострої біліарної непрохідності тонкої кишки та синдрому Бувере (рис. 2, 3) [2–4].

Алгоритм діагностичного пошуку, крім клінічних ознак непрохідності тонкої кишки, включав: променеву діагностику (чаші Клойбера, аерохолія, тінь великого конкремента поза проекцією жовчного міхура), ультразвукове дослідження (відключений жовчний міхур із потовщеними стінками, аерохолія, ознаки непрохідності тонкої кишки, камінь у просвіті тонкої кишки), фіброгастродуоденоскопія нориці і конкремент в дванадцятипалій кишці та комп'ютерну томографію живота.

Дані проведеного аналізу клінічних випадків представлені в таблиці.

З ДОСВІДУ РОБОТИ



Рис. 1. Біліарний ілеус. Ентеролітомія (власне спостереження).



Рис. 2. Синдром Бувере (власне спостереження).

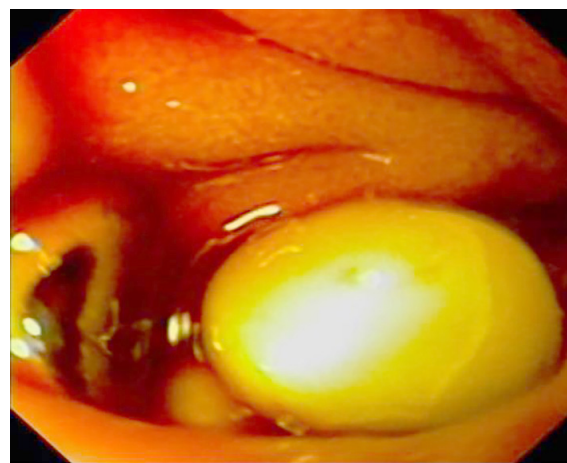


Рис. 3. Білідигестивна норича з конкрементом у дванадцятипалій кишці (власне спостереження).

Таблиця. Характеристика випадків гострого біліарного ілеуса

Пацієнти	Кишкова непрохідність встановлена	Операція	Летальність
1	2	3	4
1 випадок	Інтраопераційно	Ентеролітомія	–
2 випадок	Інтраопераційно	Ентеролітомія	–
3 випадок	УЗД	Ентеролітомія, холецистолітомія з холецистостомією	–
4 випадок	Інтраопераційно	Ентеролітомія	–
5 випадок	КТ	Ентеролітомія	–
6 випадок	КТ	Ентеролітомія	–
7 випадок	Інтраопераційно	Ентеролітомія	–
8 випадок	Інтраопераційно	Ентеролітомія	–
9 випадок	Інтраопераційно	Ентеролітомія	–
10 випадок	КТ	Ентеролітомія	–

1	2	3	4
11 випадок	КТ	Ентеролітотомія	–
12 випадок	КТ	Ентеролітотомія	–
13 випадок	КТ	Ентеролітотомія	–
14 випадок	КТ	Ентеролітотомія	–
15 випадок	КТ	Гібридна ентеролітотомія	–
16 випадок	КТ	Гібридна ентеролітотомія	–

При аналізі інформативності та достовірності методів діагностики ми встановили, що КТ є найбільш інформативною. Проте не слід ігнорувати дані клінічного обстеження, променевої діагностики та УЗД. Через невелику кількість спостережень БНТК, а також за відсутності доказових досліджень, будь-яких стандартів хірургічного лікування таких хворих немає. Основна мета хірургічного втручання – це усунення непрохідності кишки. Обсяг хірургічного втручання необхідно визначити індивідуально. Якщо БНТК виявили випадково під час операційного втручання, необхідно провести інтраопераційне УЗД або ревізію жовчного міхура, дванадцятипалої та тонкої кишки, навіть за відсутності відомостей ЖКХ в анамнезі. При наявності ще одного великого конкремента в жовчному міхурі показана холецистолітотомія із подальшою холецистостомією, яку ми виконали в одному випадку. Таким чином, хірургічне лікування БНТК виконували в обсязі ентеролітотомії через середньо-серединний лапаротомний доступ. У двох випадках було поєднання лапароскопії та парціальної лапаротомії. Ми були переконані, що при гострій БНТК операцію слід обмежити виконанням ентеролітотомії.

Розширення обсягу операції аж до повного усунення білідигестивної нориці та холецистектомії є надзвичайно небезпечним, технічно складним і не виправданим. Проте трапилася надзвичайно складна клінічна ситуація, яка спонукала нас до зміни тактики та радикального її вирішення.

Опис клінічного випадку. Хвора К., 73 р. Карта стаціонарного хворого 3819. Госпіталізована в хірургічне відділення в ургентному порядку 28.08.2022 р. в 10:45, з діагнозом гострого калькульозного холециститу. В анамнезі УЗД черевної порожнини виявило хронічний калькульозний холецистит.

Об'єктивно констатовано яскраві ознаки гострого деструктивного холециститу. Температура тіла – 38,2 °С. При пальпації болючість в проекції жовчного міхура, дефанс м'язів і ознаки подразнення очеревини в правому підребер'ї.

При УЗД органів черевної порожнини виявлено збільшений жовчний міхур, стінки потовщені до 6 мм, неоднорідні із розшаруванням. Вміст міхура виповнений густим анехогенним вмістом із дрібними гіперехогенними включеннями 2–3 мм. В проекції шийки міхура конкремент 8 мм. Перивезикальний виліт у вигляді анехогенної смужки.

Діагноз до операції: гострий калькульозний деструктивний холецистит.

Після обстеження та підготовки хвору прооперували під внутрішньовенним наркозом із ШВЛ.

Операція: лапароскопія, конверсія, холецистектомія, резекція шлунка за другою методикою Більрота в модифікації Гофмейстера – Фінстерера.

Хід операційного втручання. Доступ на 1 см нижче пупка. Введено головний троакар з канюлею за методикою Хадсона та лапароскоп. Додаткові троакари встановлені в типових місцях для виконання холецистоектомії. Ревізія: в підпечінковому просторі в проекції жовчного міхура обширний інфільтрат. Інфільтрат утворений великим сальником, поперечно-ободовою кишкою, жовчним міхуром, гепатодуоденальною зв'язкою та дванадцятипалою кишкою. Із певними технічними труднощами відпрепарована від інфільтрату поперечно-ободова кишка із пасмом сальника, мобілізовано дно жовчного міхура. При цьому виділилось біля 150 мл гнійного вмісту з неприємним "колібацелярним" запахом. Зважаючи на неможливість чітко верифікувати структури нище тіла жовчного міхура та підозру на наявність нориці між жовчним міхуром та поперечно-ободовою кишкою, вирішено перейти на конверсію. Виконано верхню серединну лапаротомію. Відкрита ревізія встановила наявність везикудуоденальної нориці, яка розгерметизувалася із утворенням паравезикального абсцесу. Із значними технічними труднощами виконано холецистектомію від дна. Стінка жовчного міхура в ділянці нориці гангренозно змінена. В просвіті міхура два великих конкременти 4×3,5 см кожен. Один із них вклинений

З ДОСВІДУ РОБОТИ

у норицю і частково перекриває просвіт дванадцятипалої кишки. Між жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою виявлено норицю на 4 см нище від пілоруса. Нориця в діаметрі до 3 см, краї її склерозовані, запальні, ригідні, що унеможливило її висікання з наступною дуоденорафією. Тому вирішено виконати резекцію шлунка за другою методикою Більрота. Культю дванадцятипалої кишки прошили лінійним степлером без додаткового укріплення швів. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хвору в задовільному стані виписали 05.09.2022 р.; повторні огляди через один місяць, 6 місяців. Стан хворої задовільний.

Висновки. Невпинне зростання захворюваності на жовчнокам'яну хворобу призводить до появи низки ускладнень. Поряд із холедохолітіазом, механічною жовтяницею, гнійним холангітом виникають рідкісні, казуїстичні ускладнення у вигляді білідигестивних нориць. Дана патологія вимагає індивідуалізованого підходу до діагностики та хірургічного лікування.

Впевнені, що в конкретній наведеній клінічній ситуації радикалізм був виправданий і безальтернативний, що забезпечило задовільний результат хірургічного лікування тяжкого ускладнення в ребізі жовчнокам'яної хвороби.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Павлович Ю. В. Оптимізація діагностики і лікування гострого холециститу та сучасні заходи профілактики інтраопераційних та післяопераційних ускладнень / Ю. В. Павлович, В. В. Крижевський, О. О. Біляєва // *Укр. мед. часопис.* – 2022. – 1–2. – С. 147–148.
2. Дейкало І. М. Гострий біліарний ілеус – нестандартна ситуація в ургентній абдомінальній хірургії / І. М. Дейкало, Д. В. Осадчук, Л. В. Василюк // *Шпитальна хірургія.* – 2013. – № 2. – С. 65–67.
3. Гостра жовчнокам'яна непрохідність тонкої кишки [Текст] / І. М. Дейкало, Д. В. Осадчук, О. І. Карел [та ін.] // *Клінічна хірургія.* – 2018. – № 1. – С. 79–80.
4. Синдром Бувере / І. М. Дейкало, Д. В. Осадчук, О. І. Карел [та ін.] // *Клінічна хірургія.* – 2017. – № 12. – С. 78–79.
5. Синдром Бувере (клінічний випадок) [Текст] / В. С. Хоменко [та ін.] // *Хірургія дитячого віку.* – 2021. – № 1. – С. 74–79.

REFERENCES

1. Pavlovich, Yu.V., Kryzhevskiy, V.V., & Bilyaeva, O.O. (2022). Optymizatsiya diahnostyky i likuvannia hostroho kholetsystytu ta suchasni zakhody profilaktyky intraoperatsiynykh ta pislyaoperatsiynykh uskladnen [Optimization of diagnosis and treatment of acute cholecystitis and modern measures for the prevention of intraoperative and postoperative complications]. *Ukr. Med Journal*, 1-2- P.147-148 [in Ukrainian].
2. Deikalo, I.M., Osadchuk, D.V., & Vasylyuk, L.V. (2013). Hostryu biliarnyy ileus – nestandartna sytuatsiya v urhentniy abdominalnyi khirurhii [Acute biliary ileus – a non-standard situation in urgent abdominal surgery]. *Hospital Surgery*, 2, 65-67 [in Ukrainian].
3. Deikalo, I.M., Osadchuk, D.V., Karel, O.I., Makhnitskiy, A.V., & Nazarko, L.R. (2018). Hostra zhovchnokamiana neprokhidnist tonkoi kyshky [Tekst] [Acute gallstone obstruction of the small intestine [Text]]. *Clinical Surgery*, 1, 79-80 [in Ukrainian].
4. Deikalo, I.M., Osadchuk, D.V., Karel, O.I., Makhnitskiy, A.V., & Nazarko, L.R. (2017). Syndrom Buvere [Bouveret syndrome]. *Clinical Surgery*, 12, 78-79 [in Ukrainian].
5. Khomenko, V.S. [et al.]. (2021). Syndrom Buvere (klinichnyy vypadok) [Tekst] [Bouveret syndrome (clinical case) [Text]]. *Childhood Surgery*, 1, 74-79 [in Ukrainian].

Отримано 19.05.2023

Електронна адреса для листування: vynnyk_anavol@tdmu.edu.ua

I. M. DEIKALO, D. V. OSADCHUK, A. V. VYNNYK

Horbachevsky Ternopil National Medical University

RADICAL SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED BILIODIGESTIVE FISTULA

The aim of the work: to evaluate the results of surgical treatment of patients with complicated cholecystoduodenal fistulas after various types of surgical interventions.

Materials and Methods. A retrospective analysis of 17 patients operated on in the surgical department of the Ternopil City Emergency Hospital for complicated cholecystoduodenal fistula in the form of biliary ileus was performed. In one of the clinical cases, we encountered an extremely difficult situation that required an extraordinary solution.

Results and Discussion. The presence of the triad: advanced or senile age of the patient; signs of obstruction of the small intestine: a tumor of stony density in the abdominal cavity during palpation, especially when there is information about the housing and communal services in the anamnesis, is the basis for establishing a clinical diagnosis of biliary obstruction of the small intestine. In previous works, we analyzed in detail the features of the course, diagnosis and surgical treatment of acute biliary obstruction of the small intestine and Bouveret syndrome.

Key words: gallstone disease; biliodigestive fistula; surgical treatment.