

УДК 617.55-03:616.361-007.272]-089

© І. М. ДЕЙКАЛО, Д. В. ОСАДЧУК, Л. В. ВАСИЛЮК

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Гострий біліарний ілеус – нестандартна ситуація в ургентній абдомінальній хірургії

I. M. DEYKALO, D. V. OSADCHUK, L. V. VASYLYUK

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

ACUTE BILIARY ILLEUS – NON-STANDARD SITUATION IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

Проаналізовано результати лікування шести хворих на гострий біліарний ілеус. Комплексний підхід до діагностики жовчнокам'яної кишкової непрохідності із застосуванням комп'ютерної томографії дозволяє оцінити стан біліарної патології та встановити діагноз до операції. Диференційований підхід до об'єму операційного втручання підвищує його ефективність.

The results of treatment of six patients with an acute biliary ileus were analyzed. The complex approach for diagnostics of gallstone intestinal ileus with application of computer tomography allows to estimate the state of biliary pathology and set the diagnosis before operation. The differentiated approach for the volume of operative interference promotes its efficiency.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – одне з найбільш поширених захворювань цивілізованих країн. Зростання захворюваності на ЖКХ призводить до збільшення частоти її небезпечних ускладнень, зокрема таких, як внутрішні білідигестивні нориці і жовчнокам'яна непрохідність або біліарний ілеус (БІ). Хворі із БІ серед усіх пацієнтів із обтураційною кишковою непрохідністю складають від 0,24 до 3,4 %. Вперше у світі БІ виявив на секції в 1654 р. відомий датський анатом Tr. Varholini. Хворого із БІ вперше в Росії прооперував М. В. Скліфосовський у 1893 році. Для розвитку БІ необхідно, щонайменше, поєднання трьох факторів:

- крупний жовчний конкремент у жовчному міхурі;
- широка за діаметром внутрішня білідигестивна нориця;
- наявність стенозування тонкої кишки.

Клініка біліарного ілеусу найбільш детально описана у відомому посібнику з екстреної хірургії Г. Мондора. Наявність тріади – похилий або старечий вік, ознаки непрохідності, пухлина кам'янистої щільності в животі при пальпації – є значним підґрунтям для клінічної діагностики БІ, особливо коли в анамнезі у такого хворого є ЖКХ. З допоміжних методів діагностики важливими є рентгенодіагностика (рентгенологічні ознаки ілеусу – тінь

крупного конкремента поза проекцією жовчного міхура, аерохолія), ретроградна панкреатохолангіографія, фіброгастродуоденоскопія (білідигестивна нориця, крупний камінь у дванадцятипалій кишці), сонографія (відключений жовчний міхур, аерохолія, ознаки кишкової непрохідності, камінь у просвіті кишки), комп'ютерна томографія (КТ).

Мета роботи: проаналізувати особливості перебігу та лікування кишкової непрохідності, яка викликана обтурацією тонкої кишки жовчним каменем, визначити критерії доопераційної діагностики.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 40 хворих на внутрішні жовчні нориці за період із 1975 до 2012 року. Із них шестеро пацієнтів (2,4 %) оперовані ургентно з приводу гострої кишкової непрохідності.

Результати досліджень та їх обговорення. В ході обстеження та лікування першої пацієнтки віком 70 років особливих проблем із діагностикою кишкової непрохідності не виникло. Розвиток захворювання із перших його етапів мав чітку клініку гострої обтураційної кишкової непрохідності, що наростала. Хвора оперована в ургентному порядку через 24 год від початку захворювання. Операція: середньо-серединна лапаротомія. При ревізії встановлено наявність обтураційної кишкової непрохідності жовчним каменем на рівні термінального

відділу тонкої кишки. Після переміщення жовчного каменя аборально від місця обтурації виконано ентеротомію, камінь видалено. Проведено одноментну декомпресію тонкої кишки через ентеротомію з наступною ентерорафією дворядним вузловим швом. У підпечінковому просторі виявлено щільний інфільтрат великих розмірів, який унеможливував ревзію та верифікацію органів гепатодуоденальної зони. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хвора в задовільному стані на 11-й день виписана із одужанням. Дане спостереження належить до 1984 року, коли УЗД ще не проводили.

Другий випадок БІ, який, власне, і змусив нас поділитися досвідом у лікуванні жовчної кишкової непрохідності, розпочинався також типово. Діагноз ілеусу у хворого віком 72 роки з ампутаційними куксами на рівні обох стегон і тяжкою супутньою серцево-судинною та легеневою патологією також не викликав сумніву. Після комплексної передопераційної підготовки хворого прооперовано. Інтраопераційно встановлено, що непрохідність викликана обтурацією тонкої кишки крупним жовчним каменем 4,2 см у діаметрі, на відстані 160 см від зв'язки Трейца. Камінь зміщений проксимальніше від місця обтурації і видалений через ентеротомію, з наступною ентерорафією. При ревізії підпечінкового простору встановлено наявність конгломерату, утвореного жовчним міхуром, дванадцятипалою кишкою, печінковим згином ободової кишки, сальником. Післяопераційний період впродовж перших 5 діб після операції без особливостей. На 6-ту добу у хворого повторно з'явилися ознаки гострої кишкової непрохідності, які наростали. У зв'язку з цим хворий оперований повторно з діагнозом ранньої злукової кишкової непрохідності. Інтраопераційно встановлено повторний біліарний ілеус, причиною якого був жовчний камінь, що обтуравав тонку кишку на 15 см вище попередньої ентеротомії. Кишкова непрохідність ліквідована також шляхом ентеротомії та видалення жовчного каменя діаметром 3,8 см. Однак, незважаючи на інтенсивну терапію в післяопераційному періоді, хворий на 9-ту добу помер у результаті декомпенсації супутньої патології та основного захворювання.

Третій випадок БІ у хворої віком 67 років був діагностований до операції за допомогою УЗД: жовчний міхур збільшений у розмірах, стінка до 0,7 см, в просвіті конкремент довжиною 5 см, шириною 3,8 см, тонка кишка збільшена в діаметрі з ознаками кишкової непрохідності. В термінальному відділі тонкої кишки конкремент 3,9 см у діаметрі. Хвора оперована. Інтраопераційно встановлено тонкокишкову непрохідність жовчним каме-

нем, який видалений через ентеротомію, непрохідність ліквідовано. У підпечінковому просторі масивний інфільтрат навколо жовчного міхура. Відпрепаровано дно жовчного міхура. Проведено холецистолітотомію з наступною холецистостомією. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Холецистостома закрилась на 19-й день. Оглянута через рік. Стан задовільний. Скарг немає. Сонографічно жовчний міхур зморщений, склерозований, без явищ аерохолії.

Четвертий випадок жовчнокам'яної непрохідності у хворої віком 72 роки із нижнім геміпарезом центрального генезу діагностований інтраопераційно. Жовчний камінь розмірами 4,0х3,0 см містився на відстані 25 см від ілеоцекального кута і повністю обтуравав просвіт кишки. При ревізії підпечінкового простору виявлено зморщений жовчний міхур із хронічним інфільтратом гепатодуоденальної зони. Операція – ентеротомія, видалення каменя, ентерорафія, інтубація тонкої кишки. Післяопераційний період без особливостей.

У результаті наших спостережень ми розробили критерії доопераційної діагностики гострого БІ, якими скористались у наступних двох хворих.

П'ятий випадок жовчнокам'яної непрохідності у хворої віком 78 років, ЖКХ поєднувалась із складною серцевою патологією. На догоспітальному етапі діагноз гострої обтураційної тонкокишкової непрохідності сумнівів не викликав. В анамнезі – ЖКХ із крупним конкрементом у жовчному міхурі. Проведено КТ органів черевної порожнини, в результаті виявлено ознаки аерохолії, білідигестивну норицю, зміни в термінальному відділі тонкої кишки, розцінені рентгенологами як інвагінація. Скликано консилиум. Враховуючи особливості клінічного перебігу, встановлено діагноз: ЖКХ; білідигестивна нориця; гостра жовчнокам'яна кишкова непрохідність. Хвору прооперовано за ургентними показаннями через 9 год з моменту госпіталізації. Інтраопераційно виявлено конкремент у діаметрі 4,3 см на відстані 10 см від ілеоцекального кута, жовчний міхур міститься в інфільтраті, пальпаторно – конкрементів не містить. Операція: ентеротомія, видалення конкремента, ентерорафія дворядними швами, назогастральна інтубація тонкої кишки, лаваж та дренування черевної порожнини. У задовільному стані на 10-ту добу після операції хвору виписано на амбулаторне лікування.

У шостій пацієнтки віком 53 роки клініка біліарного ілеусу розвинулась у відділенні. Госпіталізована в клініку із діагнозом ЖКХ, гострого холецистопанкреатиту. Призначено медикаментозну терапію. На третю добу перебування у стаціонарі стан хворої раптово погіршився, виникла клініка гострої

кишкової непрохідності. При УЗД: жовчний міхур 35x17 мм, скорочений. Попереднє УЗД, виконане 10 днів тому: жовчний міхур помірно збільшений, стінка 3,4 мм, в просвіті містить гіперехогенне включення – 63 мм. За результатами КТ: аерохолія (рис. 1), біліодигестивна нориця, конкремент в просвіті тонкої кишки (рис. 2, 3). Діагноз консиліуму: ЖКХ; хронічний калькульозний холецистит; гострий біліарний ілеус. Виконано операцію: середньо-серединну лапаротомію, ентеротомію, видален-

ня жовчного каменя, ентерорафію, лаваж та дренажування черевної порожнини. Інтраопераційно: при ревізії тонкої кишки виявлено наявність стороннього тіла (жовчного каменя) на відстані 30 см від ілеоцекального кута, який повністю обтурує просвіт кишки, жовчний міхур міститься в інфільтраті, пальпаторно – конкрементів не містить. Післяопераційний період – без особливостей. На 8-му добу після операції в задовільному стані хвору виписано на амбулаторне лікування.

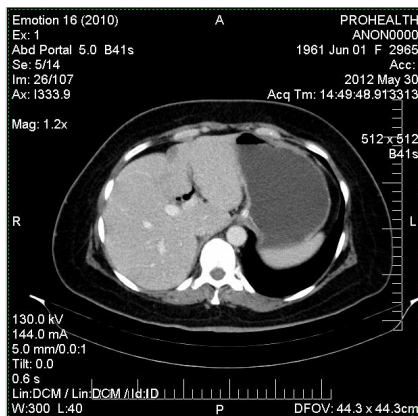


Рис. 1. Ознаки аерохолії.

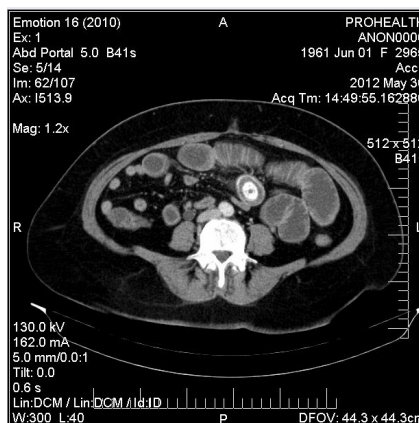


Рис. 2. Конкремент у просвіті тонкої кишки.

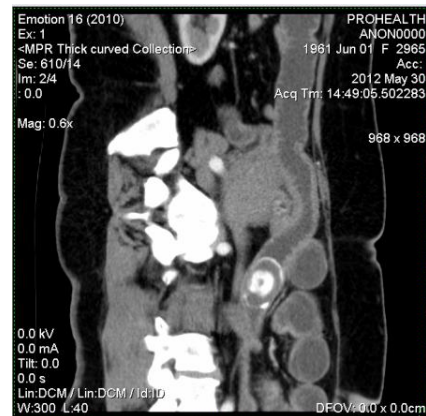


Рис. 3. Конкремент у просвіті тонкої кишки.

Висновки. 1. Біліарний ілеус виникає у 2,4 % хворих із внутрішніми біліодигестивними норицями.

2. При жовчнокам'яній хворобі, яка ускладнена біліодигестивною норицею, за наявності декількох конкрементів у жовчному міхурі можливий рецидив біліарного ілеусу.

3. При наявності крупного конкремента в жовчному міхурі та неможливості виконати холецистектомію і ліквідацію нориці, що є надзви-

чайно небезпечним, крім ліквідації біліарного ілеусу, показана холецистолітотомія із холецистостомією з метою профілактики рецидиву непрохідності.

4. У випадку біліарного ілеусу обов'язковою є ревізія тонкої кишки на предмет наявності додаткових жовчних каменів.

5. Найбільш інформативним методом доопераційної діагностики біліарного ілеусу є комп'ютерна томографія.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Войтенко А. А. Непроходимость кишечника, обусловленная желчными камнями / А. А. Войтенко, А. К. Мендель // Клиническая хирургия. – 1971. – С. 26–31.

2. Шідловський В. О. Діагностика і хірургічне лікування внутрішніх жовчних нориць / В. О. Шідловський, І. М. Дейкало, О. В. Шідловський // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 3. – С. 61–65.

Отримано 16.01.13