

УДК 616.366 – 003.7:616.34-007.272] - 089

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

І.М. Дейкало, В.Я. Куц

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**Реферат.** Зростання захворюваності на жовчевокам'яну хворобу призводить до збільшення частоти її небезпечних ускладнень, зокрема таких як внутрішні білідигестивні нориці і жовчнокам'яна непрохідність або біліарний ілеус. Мета роботи: Проаналізувати особливості перебігу та лікування кишкової непрохідності, яка викликана обтурацією тонкої кишки жовчним каменем. Матеріали та методи: Проаналізовані результати хірургічного лікування жовчнокам'яної кишкової непрохідності у трьох хворих. Результати та їх обговорення: Біліарний ілеус розвинувся у 3 пацієнтів (9%) із 34 хворих з внутрішніми білідигестивними норицями. У одного із прооперованих хворих на 5 день післяопераційного періоду виник рецидив біліарного ілеуса, що стало причиною летальності. У зв'язку з цим, на думку автора, з метою профілактики рецидиву біліарного ілеуса, при наявності залишкових конкрементів у жовчному міхурі разом із ліквідацією непрохідності показана холецистолітомія. Висновки: При наявності крупного конкремента в жовчному міхурі та неможливості виконати холецистектомію та ліквідацію нориці, що є надзвичайно небезпечним, окрім ліквідації біліарного ілеуса показана холецистолітомія з метою профілактики рецидиву непрохідності.

**Ключові слова:** біліарний ілеус, особливості перебігу, лікування.

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 всіх пацієнтів із обтураційною кишковою непрохідністю складають від 0,24 до 3,4%. Вперше у світі БІ виявив на секції в 1654 році відомий датський анатом Тг. Barhtolini. Хворого із БІ вперше в Росії прооперував М.В. Скліфосовський в 1893 році.

Для розвитку БІ необхідно, що найменше, поєднання трьох факторів:

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

Клініка біліарного ілеуса найбільш детально описана у відомому посібнику із 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 [1].

З допоміжних методів діагностики важливими є рентгендіагностика (рентгенологічні ознаки ілеуса, тінь крупного конкремента поза проекцією жовчного міхура, аерохолія), фіброгастроуденоскопія (білідигестивна нориця, крупний камінь у дванадцятипалій кишці), сонографія (відключений жовчний міхур, аеробілія, ознаки кишкової непрохідності, камінь в просвіті кишки), ретроградна панкреатохолангіографія.

**Мета роботи**

Проаналізувати особливості перебігу та лікування кишкової непрохідності, яка викликана обтурацією тонкої кишки жовчним каменем.

**Матеріал та методи**

Проаналізовано результати лікування 34 хворих на внутрішні жовчні нориці за період із 1975 до 2005 року [2]. Із них троє (9%) оперовані ургентно з приводу гострої кишкової непрохідності.

**Результати та обговорення**

В ході обстеження та лікування першої пацієнтки віком 70 років із БІ особливих проблем не виникло. Розвиток захворювання із перших його етапів мав чітку клініку гострої обтураційної кишкової непрохідності, що наростала. Хвора оперована в ургентному порядку через 24 години 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 виконана ентеротомія, камінь видалено. Проведена одномоментна декомпресія тонкої кишки через ентеротомію з наступною ентерорафією двохрядним вузловим швом. В підпечінковому просторі виявлено щільний інфільтрат великих розмірів, який унеможлилював ревізію та верифікацію органів гепатодуоденальної зони. Післяопера-

ційний період протікав без ускладнень. Хвора в задовільному стані на 11 день виписана із одужанням. Дане спостереження відноситься до 1984 року коли УЗД ще не проводилось.

Другий випадок БІ, який, власне, і заставив нас поділитися досвідом у лікуванні жовчної кишкової непрохідності, розпочинався також типово. Діагноз ілеуса у хворого 72 років із ампутаційними куксами на рівні обох стегон та важкою 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 в діаметрі, на відстані 160 см від зв'язки Трейца. Камінь зміщений проксимальніше від місця обтурації, і через ентеротомію, видалений 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 днів після операції без особливостей. На 6 добу у хворого повторно з'явилися ознаки гострої кишкової непрохідності, які наростали. У зв'язку з цим, хворий оперований повторно із діагнозом ранньої злукової кишкової непрохідності. Інтраопераційно встановлено повторний біліарний ілеус, причиною якого був жовчний камінь, який обтуравав тонку кишку на 15 см вище попередньої ентеротомії. Кишкова непрохідність ліквідована також шляхом ентеротомії та видалення жовчного каменя діаметром 3,8 см. Однак, не дивлячись на інтенсивну терапію в післяопераційному періоді, хворий на 9 добу помер у результаті декомпенсації супутньої патології та основного захворювання.

Третій випадок БІ у хворої 67 років був діагностований до операції за допомогою УЗД: жовчний міхур збільшений в 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 каменем, який видалений через ентеротомію, непрохідність ліквідовано. В підпечінковому просторі масивний інфільтрат навколо

жовчного міхура. Відпрепаровано дно жовчного міхура. Проведено холецистолітотомію з наступною холецистостомією. Післяопераційний період протікав без особливостей. Холецистостома закрилась на 19 день.

Оглянута через рік. Стан задовільний. Скарг немає. Сонографічно жовчний міхур зморщений, склерозований без явищ аерохолії.

### **В и с н о в к и**

1. Біліарний ілеус виникає у 9% хворих на внутрішні жовчнодигестивні нориці.

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

3. При наявності крупного конкремента в жовчному міхурі та неможливості виконати холецистектомію і ліквідацію нориці, що є надзвичайно небезпечним, окрім ліквідації біліарного ілеуса показана холецистолітотомія із холецистостомією з метою профілактики рецидиву непрохідності.

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*И.М. Дейкало, В.Я. Куц*

**Реферат.** Рост заболеваемости на желчекаменную непроходимость приводит к увеличению частоты ее опасных осложнений, в частности таких как внутренние билиодигестивные фистулы и желчекаменная непроходимость или билиарный илеус. Цель работы: Проанализировать особенности течения и лечения кишечной непроходимости, которая вызвана обтурацией тонкой кишки желчным камнем. Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения желчекаменной кишечной непроходимости у трех больных. Результаты и их обсуждения: Билиарный илеус развился у 3 пациентов (9%) из 34 больных с внутренними билиодигестивными фистулами. У одного из прооперированных больных на 5 день послеоперационного периода возник рецидив билиарного илеуса, что стало причиной летальности. В связи с этим, по мнению автора, с целью профилактики рецидива билиарного илеуса, при наличии остаточных конкрементов в желчном пузыре вместе с ликвидацией непроходимости показанна холецистолитотомия. Выводы: При наличии крупного конкремента в желчном пузыре и невозможности выполнить холецистэктомію и ликвидацию свища, что является чрезвычайно опасным, кроме ликвидации билиарного илеуса показанна холецистолитотомия с целью профилактики рецидива непроходимости.

**Ключевые слова:** билиарный илеус, особенности течения, лечения.

**EXPERIENCE OF MEDICAL TREATMENT OF BILIARY STONES INTESTINAL IMPASSABILITY**

*I.M. Deycalo, V.Y. Kuts*

**Abstract.** The growth of morbidity due to biliary stones disease leads to the increase of its dangerous complications, particularly, to internal biliodigestive fistulas and biliary ileus. Aim: To analyse the features of motion and medical treatment of intestinal impassability which is caused by obturation of thin bowel by a gall-stone. Materials and methods: The results of a surgical treatment of biliary stones intestinal impassability of 3 patients have been analysed. It made 9% from 34 patients with internal biliodigestive fistulas. Results and their discussions: At one of the operated patients the recurrence of biliary ileus happened on the 5 day of postoperation period that became the reason of mortality. According to the author's opinion with the purpose of prophylaxis of biliary ileus relapse

cholecystolithotomy is necessary in the presence of remaining concrement in a gall-bladder together with liquidation of impassability. Conclusions: In the presence of a large concrement in a gall-bladder and impossibility to execute cholecystolithotomy and liquidation of fistules, that is extremely dangerous, except for the liquidation of biliary ileus cholecystolithotomy is shown.

**Key words:** biliary ileus, features of motion, medical treatment.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Войтенко А.А., Мендель А.К. Непроходимость кишечника, обусловленная желчными камнями // Клиническая хирургия. 1971.- С. 26 – 31.
2. Шідловський В.О., Дейкало І.М., Шідловський О.В. Діагностика і хірургічне лікування внутрішніх жовчних нориць // Шпитальна хірургія, 2006, № 3.- С. 61 -65.