

Випадки з клінічної практики/Случаи из клинической практики

УДК: 616.366-003.7-06+616.34-007.272

КТ ВІЗУАЛІЗАЦІЯ ЖОВЧЕВОКАМ'ЯНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ GALLSTONE ILEUS (ДВА ВИПАДКИ З КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ)

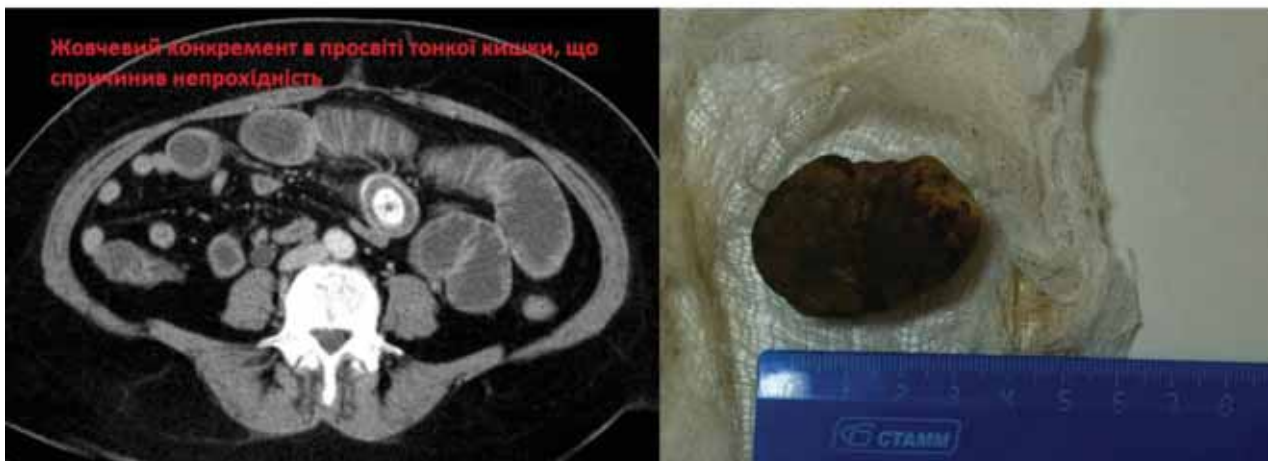
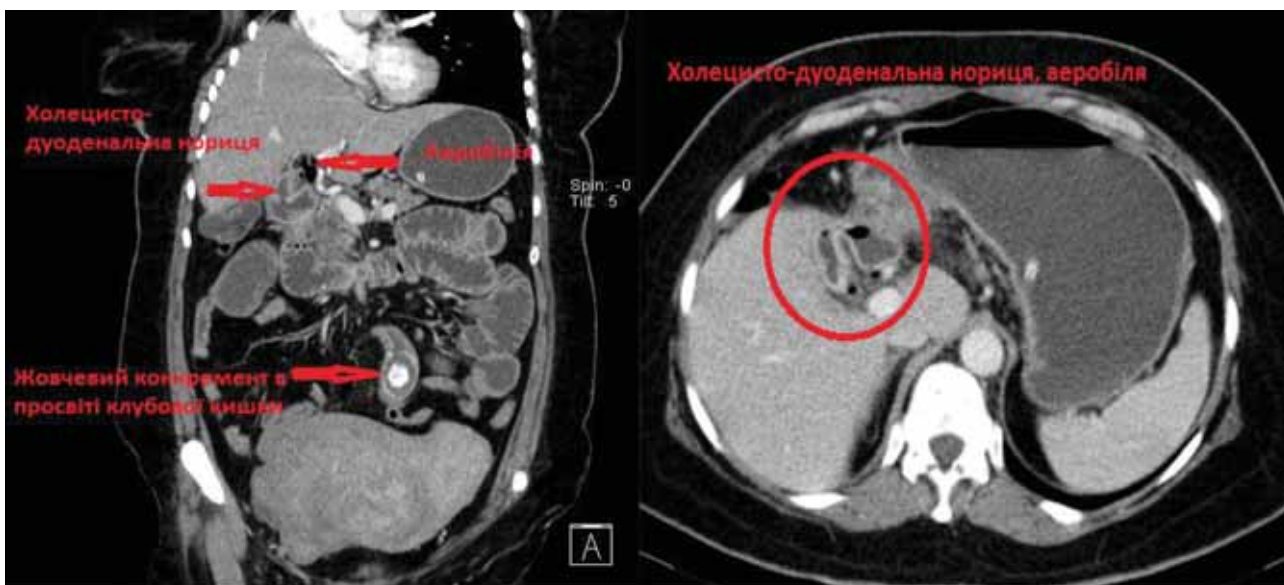
Дереш Н.В., Ліпський В.М., Беський В.О.
Кабінет комп'ютерної томографії Prohealth,

Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги, м. Тернопіль, Україна

Історія хвороби та проведені дослідження

Клінічний випадок 1. Жінка 63 р. госпіталізована у хірургічне відділення лікарні швидкої допомоги з клінічними ознаками гострої кишкової непрохідності. В анамнезі — хронічний калькульозний холецистит з періодичними загостреннями. Останнім часом відмічає, що інтенсивність болю в проекції правого підребер'я зменшилась. Попередньо проведено УЗД, на основі якого було виявлено ознаки кишкової непрохідності, аеробілія. Даних за конкременти в жовчовому міхурі не зазначалось. Для виявлення причин та більш точного рівня обструкції, планування вірогідного оперативного втручання була

виконана комп'ютерна томографія (КТ) живота та малого тазу з довенним контрастним підсиленням. На КТ було виявлено сформовану холецисто-дуоденальну норицю, повітря в просвіті жовчового міхура та загальної жовчєвої протоці (аеробілія), ознаки тонкокишкової непрохідності — розширення тонкокишечних петель з перехідною зоною в мезогастральній ділянці та ознаками механічної обструкції просвіту клубової кишки крупним овальним високощільним утворенням з характерною для жовчєвих конкрементів слоїстістю, та вузлова лейоміома тіла матки. На операції — обструкція кишки кальцинованим конкрементом.



Клінічний випадок 2. Жінка 54 р. госпіталізована у хірургічне відділення лікарні швидкої допомоги з клінічними ознаками гострої кишкової непрохідності, болями в правому підребер'ї, раніше не обстежувалась. За даними УЗД — аеробілія, перивезікальна інфільтрація, даних за конкременти в жовчовому міхурі не зазначалось. За даними оглядової рентгенографії — ознаки тонко кишкової непрохідності. На КТ було виявлено сформовану холецисто-дуоденальну норицю з перивезікальною/ перидуоденальною інфільтрацією, багато повітря в просвіті жовчового міхура та загальній жовчевій протоці (аеробілія), ознаки тонкокишкової непрохідності — розширення тонкокишечних петель з перерідною зоною в правій клубовій ділянці та ознаками механічної обструкції просвіту клубової кишки овальним утворенням, який в силу денситометричних показників був розцінений як можливий ретроградний інвагінат або пухлина кишківника. На операції — обструкція кишки не кальцинованим холестериновим конкрементом.

Труднощі цього випадку полягали саме в щільності каменю, яка практично ізоденсивна щільності контрактованої кишки і нагадувала інвагінат. Але інвагінат утворюється зазвичай ан-

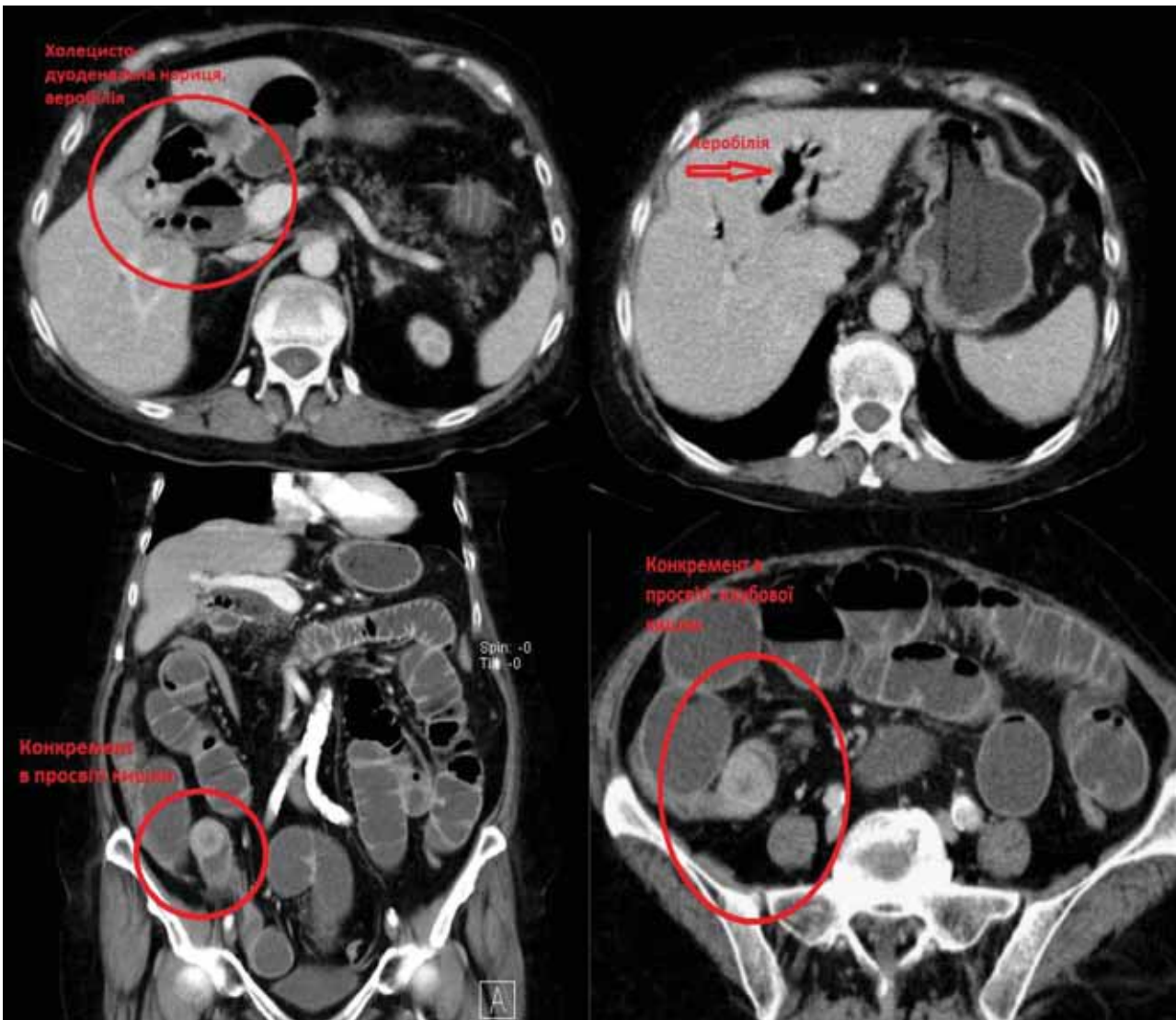
теградно, і його головка визначається в дистальній частині кишки, а тут — в проксимальній. Можна було припустити ретроградний інвагінат, але не видно причин для його утворення. Факт білідигестивного співустя — ключ до розгадки, однак для встановлення, що воно — патологічне, необхідно обов'язково уточнити наявність в анамнезі операцій, зокрема накладання холецистоентероанастомозу оперативним шляхом, після якого ми можемо бачити це співустя та аеробілію в нормі.

Літературна довідка

Жовчевокам'яна хвороба (ЖКХ) — одна з найбільш поширених хвороб цивілізованих країн. Ця — хвороба "благополуччя", по своїй частоті вже починає конкурувати з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки. Вона набуває характеру соціальної проблеми. Збільшення частоти ЖКХ призводить і до почастішання числа її небезпечних ускладнень, таких як внутрішні білідигестивні нориці і жовчевокам'яна непрохідність, або біліарний ілеус (БІ).

Вважають, що для розвитку БІ необхідно, як правило, поєднання трьох умов:

- 1) великий жовчевий конкремент в жовчовому міхурі;



2) значна за діаметром внутрішня біліодігестивна нориця;

3) наявність стенозу кишечника.

Зазвичай, це інтраопераційний діагноз.

Частота БІ по відношенню до загального числа всіх спостережень кишкової непрохідності становить від 0,7 до 6,29%, а за даними закордонних хірургів — від 0,63 до 7%. Хворі з БІ серед всіх пацієнтів з обтураційним ілеусом складають, за даними вітчизняної літератури, від 1,83 до 9,32%, а за іноземною — від 0,24 до 3,4%.

Оскільки ЖКХ — захворювання переважно жінок, тому і БІ частіше зустрічається у жінок, в 9,82 рази частіше, ніж у чоловіків. У японських хірургів це співвідношення БІ серед жінок і чоловіків виявилось 1.2: 1. БІ — це геронтологічна проблема, але окремі спостереження описані і у дітей. 60% складають холецисто-дуоденальні нориці, інші — холецистоободові та холецисто-шлункові нориці. Середній вік пацієнтів складає 70 років. Смертність на 15-20%.

Характерна триада Rigler: 1) аеробілія, 2) тонкокишкова непрохідність, 3) конкремент в просвіті клубової кишки.

Джерела

1. <http://www.learningradiology.com/archives05/COW%20150-Gallstone%20Ileus/gallstoneileuscorrect.htm>

2. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm0809541>

3. <http://www.unboundedmedicine.com/2006/08/03/gallstone-ileus/>

4. <http://www.diagnosticimaging.com/case-studies/content/article/113619/1876150>

5. <http://narod.kmv.ru/ultrasound/ileusgb/s3.html>

6. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions/Lassandro F., Romano S., Ragozzino A., Rossi G., Valente T., Ferrara I., Romano L., Grassi R./Department of Diagnostic Imaging, A. Cardarelli Hospital, Viale Cardarelli 9, Naples 80131, Italy//Am J Roentgenol. — 2005 Nov;185(5):1159-65.

7. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients/Lassandro F., Gagliardi N., Scuderi M., Pinto A., Gatta G., Mazzeo R./Department of Radiology, Cardarelli Hospital, Via Stanzione 18, Napoli 80128, Italy.//f.lassandro@tiscalinet.it//Eur J Radiol. — 2004 Apr;50(1):23-9.

8. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus./Yu C.Y., Lin C.C., Shyu R.Y., Hsieh C.B., Wu H.S., Tyan Y.S., Hwang J.I., Liou C.H., Chang W.C., Chen C.Y.//World J Gastroenterol. — 2005 Apr 14;11(14):2142-7.

9. Atypical cases of gallstone ileus evaluated with multidetector computed tomography/Reimann A.J., Yeh B.M., Breiman R.S., Joe B.N., Qayyum A., Coakley F.V.//J Comput Assist Tomogr. — 2004 Jul-Aug;28(4):523-7.

10. Jejunal gallstone ileus: an unusual site of gallstone impaction./Garg M.K., Galwa R.P., Goyal D., Khandelwal N.//J Gastrointest Surg. — 2009 Apr;13(4):821-3. doi:

11.1007/s11605-008-0533-8. Epub 2008 May 17. Gallstone ileus. Abdominal CT usefulness.Sukkarieh F., Brasseur P., Bissen L. //Rev Med Brux. 2004 Jun;25(3):184-6. French.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Асоціація радіологів України
Українська асоціація спеціалістів з конвенційної рентгенодіагностики,
комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії

Школа цифрових рентгенівських технологій Кача, 13-14 червня 2013 року

У програмі роботи школи

1. Цифрова рентгеноскопія:

- технологія та методики виконання;
- досвід використання у клінічній практиці.

2. Цифрова рентгенографія кістково-м'язової системи:

- перший досвід використання цифрової мікрофокусної рентгенографії в педіатричній травматології;
- використання цифрової рентгенографії в операційній травматологічного відділення;
- комплексна рентген-ультразвукова діагностика кістково-м'язової системи

3. Цифрова рентгенографія органів грудної порожнини (ОГП):

- можливості підвищення ефективності профілактичних обстежень ОГП;
- особливості виконання досліджень та аналізу цифрових рентгенограм ОГП;
- цікаві випадки з клінічної практики

4. Телерадіологія

- досвід практичного використання;
- сучасні телерадіологічні технології.

5. Якість та радіаційна безпека в цифровій рентгенодіагностиці

- комплексне забезпечення якості та радіаційної безпеки в цифровій рентгенодіагностиці;
- організація контролю та технічного обслуговування цифрових рентгенівських систем

6. Круглий стіл «Що потрібно для ефективного використання цифрової рентгенівської системи»