

DOI: 10.31636/prmd.v7i2.5

Опис клінічного випадку ендоскопічного лікування жовчнокам'яної непрохідності сигмоподібної кишки

Молнар І. М.¹, Шинкарик Т. М.¹, Приходько Є. С.¹,
Перепадя В. М.²

¹ КНП "Київська міська клінічна лікарня №3

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Резюме. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) — захворювання, що охоплює понад 6 % населення світу. Спершу ЖКХ має безсимптомний перебіг, але з часом збільшується ризик виникнення ускладнень. Одним з рідкісних ускладнень ЖКХ є кишкова непрохідність, спричинена обтурацією просвіту кишечника, або, як згадується в іноземних джерелах, "gallstone ileus". Згідно з міжнародними даними, знайденими на Pubmed, Google Scholar, Web Of Science, частота виникнення "gallstone ileus" становить 0,5 % всіх випадків ускладнень ЖКХ. Вашій увазі представлено клінічний випадок менеджменту пацієнтки з клініко-діагностичними даними кишкової непрохідності. Пацієнтці В., 86 р., під час амбулаторного обстеження встановлено діагноз КТ-ознаки новоутворення сигми, поліпу сліпої кишки, кишкової непрохідності. Пацієнтку направлено для проведення внутрішньокшкового стентування. При спробі виконання відеоілеоколоноскопії (ВКС) виявлено в дистальних відділах сигмоподібної кишки множинні дивертикули з ознаками дивертикуліту та звуженням просвіту сигмоподібної кишки; в ділянці звуження також наявне стороннє тіло чорного кольору (конкремент), після зміщення якого отримано протікання рідкого калу, аспіровано до 2,5 літрів рідкого калу, стороннє тіло захоплено за допомогою Retrieval Net 4,5 см та з труднощами в ділянці звуження видалено. При контрольній ВКС відновлено прохідність сигмоподіної кишки.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, інвагінація кишечника, колоноскопія, жовчнокам'яна інвагінація, ендоскопічне лікування.

Вступ

Середньостатистично 6 % населення світу має жовчнокам'яну хворобу з переважанням виявлення у пацієнтів жіночої статі та зі збільшенням виявлення у пацієнтів віком від 50 років [1]. Початок жовчнокам'яної хвороби безсимптомний, але у 10 % пацієн-

тів перші симптоми з'являються протягом 5 років, а у 20 % протягом наступних 20 років виявляють ряд ускладнень, найрозповсюдженішими з яких є: печінкова колька, гострий холецистит, гострий холангіт, гострий панкреатит [2].

Жовчнокам'яна непрохідність кишкового тракту, або "*gallstone ileus*" — це рідкісне захворювання, яке може викликати серйозні ускладнення та потребує негайного втручання. Цей стан виникає при утворенні фістульного з'єднання між жовчним міхуром та кишкою, що спричиняє міграцію конкрементів у кишечник та механічну обструкцію [3,4]. Частота виникнення кишкової непрохідності, спричиненої міграцією жовчнокам'яного конкременту, становить 0,5% від загальної кількості обтураційних кишкових непрохідностей [5]. Загалом в науково-метричній базі Web of science, Pubmed, Google Scholar описано всього 40 клінічних випадків даної патології.

Gallstone ileus частіше є пізнім ускладненням через хронічне запалення жовчного міхура, що може викликати жовчну кишкову обструкцію та клінічну картину кишкової непрохідності [6, 7].

Жовчнокам'яна непрохідність у товстій кишці, зокрема в сигмоподібному відділі, є рідкісним явищем, але має важливе клінічне значення [8, 9]. У нашій роботі ми наводимо клінічний випадок непрохідності сигмоподібного відростка, спричиненого жовчним каменем, який був успішно виправлений одноетапною ендоскопічною операцією [10].

Опис клінічного випадку:

Пацієнтка В., 86 р., звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на біль в животі, загальну слабкість, нудоту, затримку відходження газів протягом 2 днів, періодичні закрепи, зниження ваги тіла. Сімейний лікар направила пацієнтку для додаткового обстеження в об'ємі КТ ОЧП з в/в контрастуванням. Попередньо за даними КТ ОГК та ОЧП з в/в контрастуванням виявлено:

У паренхімі обох легень визначаються застійні явища та ділянки пневмосклерозу. Трахея, головні, часткові, сегментарні, субсегментарні бронхи прохідні, не звужені. Плевра на всьому протязі не потовщена. В обох плевральних порожнинах скупчення рідини і газу не виявлено. Серце збільшено в розмірах за рахунок усіх відділів. У порожнині перикарда патологічного скупчення рідини не виявлено. Крупні судини середостіння не розширені. Дефектів контрастування порожнин серця, судин середостіння, легеневих судин не виявлено. Стравохід розташований звичайно, просвіт його збережений, стінки не потовщені, додаткових утворень в ньому не виявлено. Шлунок, петлі кишечника розташовані звичайно, значно розширені (тах. висхідний відділ

ободової кишки до 100 мм, тонка кишка до 40 мм). Визначається різке звуження просвіту середньої третини сигмоподібної кишки. Стінка її на цьому рівні не потовщена, ущільнена з наявністю поодиноких дивертикулів. У просвіті визначається поліпоподібне утворення з чіткими нерівними контурами, гетерогенної структури, розмірами 18 × 15 × 16 мм. Аналогічне утворення визначається в просвіті сліпої кишки по задній стінці, розмірами 20 × 14 × 21 мм. Листки очеревини не потовщені. Жирова клітковина черевної порожнини не змінена. Скупчення рідини в черевній порожнині не виявлено. Печінка помірно збільшена. Конттури її чіткі, рівні. Паренхіма печінки однорідна. Портальна вена = 13 мм. Внутрішньота позапечінкові жовчні ходи помірно розширені, у деяких з них визначається повітря. Жовчний міхур видалено. Форма підшлункової залози не змінена, конттури її чіткі, паренхіма однорідна, додаткових об'ємних утворень не виявлено. Вірсунгова протока не розширена. Перипанкреатична жирова клітковина не змінена.

Висновок: Новоутворення сигми. Поліп сліпої кишки. Кишкова непрохідність.

Після отримання результатів КТ ОЧП з в/в контрастуванням пацієнтка В., 86 р., направлена в Київську міську клінічну лікарню №3 для проведення спроби ендоскопічної постановки внутрішньокислового стенту.

За даними відеоілеколоноскопії: При огляді періанальної ділянки патології не виявлено. Колоноскоп введено в анальний канал вільно. Прямая кишка розправляється повітрям задовільно. Колоноскоп проведено в сигмоподібну кишку, де в її дистальних відділах візуалізуються множинні дивертикули і виражена гіперемія стінки кишки з нашаруваннями фібрину та звуження просвіту, проксимальніше візуалізуються три лінійні виразки до 2,0 × 1,0 см, на дні фібрин. Проксимальніше візуалізується стороннє тіло чорного кольору до 4,0 см в діаметрі (конкремент), що змістилось проксимальніше по сигмоподібній кишці, та отримано протікання великої кількості рідкого калу з домішками твердих частин (Рис. 1).

За допомогою Retrieval Net 4,5 см стороннє тіло захоплено та з труднощами в ділянці звуження сигмоподібної кишки видалено назовні (Рис. 3).

Проведено вимірювання розміру конкременту за допомогою мірної лінійки — розмір конкременту 4 см (1,8 дюйма) (Рис. 4).

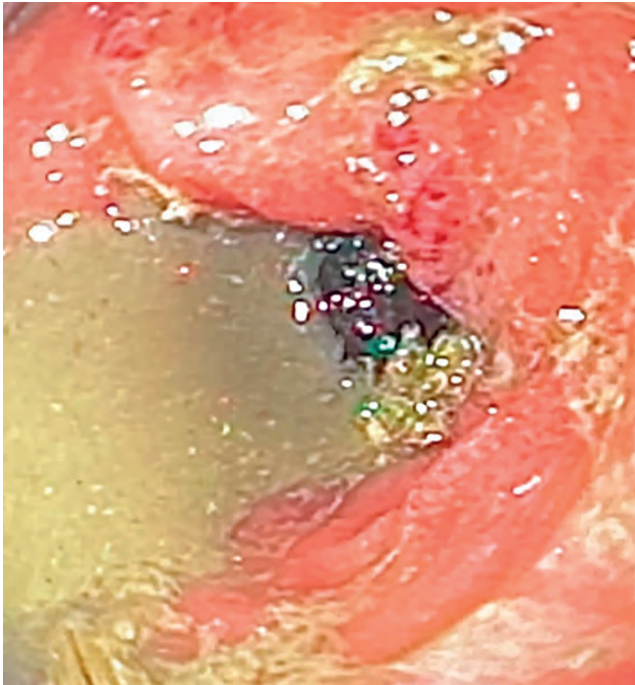


Рис. 1. Дивертикули сигмоподібної кишки з дивертикулітом. Ендоскопом евакуйовано до 2,5 л рідкого калу та газу. Захопити стороннє тіло літотрипторною корзинкою діаметром 4,0 см не вдалося. Стороннє тіло зміщено дистальніше звуження, проведено ендоскоп (Фото 2)

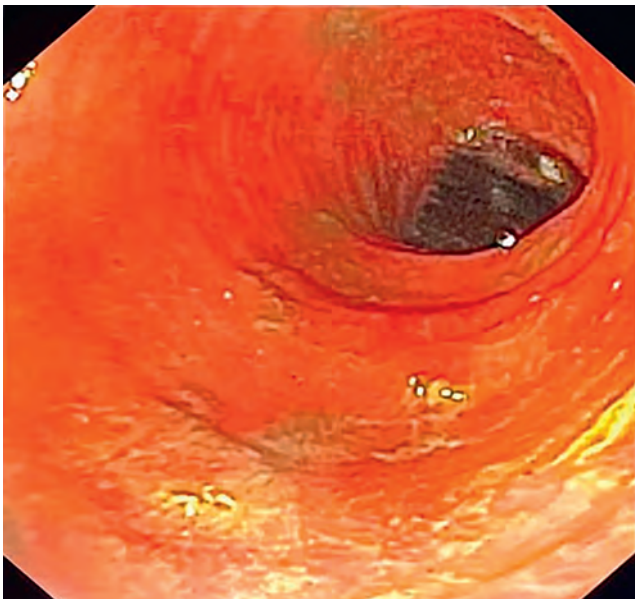


Рис. 2. Стороннє тіло зміщено дистальніше звуження

Після проведеної ВКС пацієнтці встановлено діагноз: Дивертикульоз сигмоподібної кишки, ускладнений дивертикулітом та звуженням сигмоподібної кишки. Стороннє тіло сигмоподібної кишки (конкремент). Ознаки обтураційної товстокишкової



Рис. 3. Захоплення стороннього тіла за допомогою Retrieval Net 4,5 см

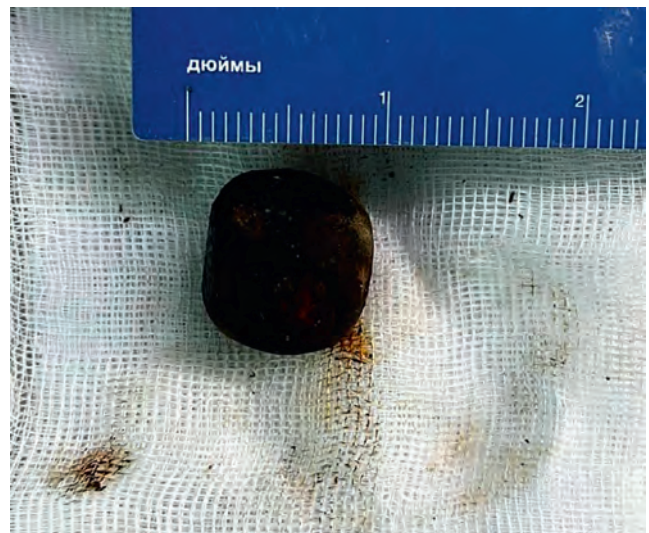


Рис. 4. Вимірювання розміру стороннього тіла (конкременту) за допомогою мірної лінійки

непрхідності. В післяопераційному періоді пацієнтка отримували рифаксимін, НПЗП, спазмолітики, очисні клізми. Клінічно кишкова непрхідність ліквідована, налагоджено пасаж по ШКТ. На 3-тю добу пацієнтка в задовільному стані виписана для подальшого лікування у сімейного лікаря.

Подальшого дообстеження та лікування пацієнтка В. в умовах Київської міської лікарні №3 не проходила.

Висновки:

1. Жовчнокам'яна хвороба — поширене захворювання, яке при тривалому перебігу може спричинити загрози для життя пацієнтів ускладнення.
2. Кишкова непрохідність, спричинена обтурацією просвіту конкрементом жовчного міхура, є рідкісним станом, що вимагає ретельної діагностики.
3. Ретельна діагностика пацієнтів з ургентною патологією та обрання мініінвазивних методів лікування покращує результати лікування пацієнтів.

References

1. Wang X, Yu W, Jiang G, Li H, Li S, Xie L, et al. Global Epidemiology of Gallstones in the 21st Century: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. 2024 Aug;22(8):1586–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2024.01.051>
2. Cao Z, Wei J, Zhang N, Liu W, Hong T, He X, et al. Risk factors of systematic biliary complications in patients with gallbladder stones. *Irish Journal of Medical Science* (1971 -) [Internet]. 2019 Dec 19;189(3):943–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11845-019-02161-x>
3. Simon MA, Iyer S, Hassan IN, Chhabra S. Unusual presentation of intussusception: Gallstone ileus. *Radiography* [Internet]. 2021 May;27(2):740–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radi.2020.09.005>
4. Mauricio GU, David Eugenio HG, Enrique QF. Gallstone ileus of the sigmoid colon caused by cholecystocolonic fistula: A case report. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. 2018 Jul;31:25–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2018.06.001>
5. Marenco-de B, José Antonio López-Ruiz, Tallón-Aguilar L, José López-Pérez, Oliva-Mompeán F. Colonic gallstone ileus: A rare cause of intestinal obstruction. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2017 Sep;85(5):440–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cir.2016.05.016>
6. Koichi Inukai, Uehara S, Hirota M, Miyai, Takashima N, Yamamoto M, Kobayashi K, et al. Sigmoid gallstone ileus: A case report and literature review in Japan. *International Journal of Surgery Case Reports* [Internet]. 2018;49:51–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.06.015>
7. Farkas NG, Welman TJP, Ross T, Brown S, Smith JJ, Pawa N. Unusual causes of large bowel obstruction. *Current Problems in Surgery* [Internet]. 2019 Feb;56(2):49–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1067/j.cpsurg.2018.12.001>
8. Prasad RM, Weimer KM, Arunkumar Baskara. Gallstone ileus presenting as intussusception: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports* [Internet]. 2017;30:37–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.11.036>
9. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Annals of Surgery* [Internet]. 2014 Feb;259(2):329–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/sla.0b013e31827eefed>
10. Crosen M, Ghattas P, Sandhu R. Large bowel obstruction secondary to gallstones. *Journal of Surgical Case Reports* [Internet]. 2021 May 1;2021(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjab137>

Case report of endoscopic treatment of sigmoid gallstone ileus

Molnar I. M.¹, Shynkaryk T. M.¹, Prykhodko E. S.¹, Perepadya V. M.²

¹ Kyiv City Clinical Hospital No. 3

² Bogomolets National Medical University

Abstract. Gallstone disease affects more than 6 % of the global population. Initially, it often presents asymptotically, but the risk of complications increases over time. One rare complication of gallstone disease is intestinal obstruction caused by the blockage of the intestinal lumen, also referred to in foreign literature as “gallstone ileus”. According to international sources on Pubmed, Google Scholar, and Web Of Science, the frequency of “gallstone ileus” is 0.5 % of all gastrointestinal complications.

We present a clinical case of a patient with clinical and diagnostic evidence of intestinal obstruction. Patient V., aged 86, was diagnosed with CT signs of a sigmoid neoplasm and a polyp in the cecum, along with intestinal obstruction during an outpatient examination. The patient was referred for intra-intestinal stenting. During an attempt to perform a video colonoscopy, multiple diverticula with signs of diverticulitis and narrowing of the lumen of the sigmoid colon were observed in the distal parts of the sigmoid colon. A black foreign body (stone) was found in the area of narrowing. After displacing the stone, a flow of liquid stool was obtained, and 2.5 liters of liquid stool were aspirated. The foreign body was captured using a 4.5 cm Retrieval Net and, with difficulty, removed in the area of narrowing. Following this, a control video colonoscopy showed that the patency of the sigmoid colon was restored.

Key words: gallstone disease, intussusception, colonoscopy, gallstone ileus, endoscopic treatment.