

***Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость***  
Кошевский П.П., Алексеев С.А., Нехаев А.Н., Бовтюк Н.Я.  
***Белорусский государственный медицинский университет,***  
***г. Минск, Республика Беларусь***

Желчнокаменная кишечная непроходимость является редкой формой острой кишечной непроходимости, встречается в 0,3 - 3,0% от всех случаев острой кишечной непроходимости [1,3]. Послеоперационная летальность при этой патологии составляет 41 – 62% [1]. В литературе встречаются лишь единичные упоминания о кишечной непроходимости, вызванной обтурацией кишечника желчными конкрементами, и лишь некоторые авторы показывают большее количество наблюдений, например Кургузов О.П. - 7 случаев за 10 лет [1,2,4]. При этом желчные камни попадают в двенадцатиперстную кишку через холецистодуоденальные свищи [1]. Специфических диагностических критериев данный вид кишечной непроходимости не имеет, аэрохолия как типичный признак билиодигестивных свищей наблюдается крайне редко [1]. Существуют также разные подходы к выбору места энтеротомии для извлечения камня из просвета кишки: над камнем, выше или ниже в зоне неизменной кишечной стенки [1].

Ниже приводим наше наблюдение.

Пациентка К., 75 лет, поступила в 5 ГКБ г.Минска 5.03.2012 года в по направлению скорой помощи через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе постоянного характера и многократную рвоту. В анамнезе резекция сигмовидной кишки по поводу ворсинчатой опухоли. Ранее у пациентки при ультразвуковом исследовании находили камни в желчном пузыре. При объективном исследовании: живот не вздут, симметричен, при пальпации мягкий, болезненный в мезогастрии, гипогастрии и левой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, перистальтика не усилена, «шум плеска» не определяется. В общем анализе крови определялся выраженный лейкоцитоз ( $35,8 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (26% палочкоядерных нейтрофилов). При поступлении на обзорной рентгенограмме брюшной полости горизонтальных уровней жидкости не было. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости конкрементов в желчном пузыре не выявлено, отмечается нарушение эвакуаторной функции кишечника. Пациентке было назначено консервативное лечение: анальгетики, спазмолитики, инфузионная и антибактериальная терапия, прослежен пассаж бариевой взвеси по кишечнику. На последующих рентгенограммах брюшной полости через 6 и 12 часов петли тонкого кишечника раздуты, горизонтальные уровни жидкости, положительный симптом «рыбного

скелета». В связи с неэффективностью проводимого консервативного лечения 6.03.2012 года пациентке предложено оперативное вмешательство на которое, она дала согласие. Произведена средне-срединная лапаротомия, при ревизии в брюшной полости умеренное количество прозрачного выпота, тонкий кишечник раздут до 5 см в диаметре, перистальтика сохранена, в 80 см от илеоцекального угла просвет кишки обтурирован камнем размером 4×3×3 см, ниже кишка спавшаяся. На 3 см дистальнее камня произведена поперечная энтеротомия, камень смещен дистально и извлечен через энтеротомическое отверстие, которое затем ушито 2-рядным швом. В правом подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс, желчный пузырь спаян с двенадцатиперстной кишкой, конкременты в нем пальпаторно не определяются. Вмешательство на желчном пузыре не производилось. Брюшная полость дренирована полихлорвиниловой трубкой. Операционная рана ушита послойно наглухо. В послеоперационном периоде пациентка в течение 1-х суток находилась в отделении реанимации, затем в хирургическом отделении. Получала анальгетики, антибактериальную и инфузионную терапию, H<sub>2</sub>-блокаторы, антикоагулянты, антигипоксанты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана из отделения на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость является редким заболеванием и не имеет специфической клинической картины. При оперативном вмешательстве следует ограничиваться ликвидацией кишечной непроходимости, а холецистэктомию и ликвидацию билиодигестивного свища проводить вторым этапом в плановом порядке.

### *Литература*

1. Кургузов О.П. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость / О.П. Кургузов // Хирургия. 2007. № 6. С. 13-19.
2. Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная желчными камнями / А.Г. Кригер и др. // Хирургия. 2003. № 9. С. 51.
3. Особенности течения, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости / М.Д. Дибиров и др. // Хирургия. 2007. № 5. С. 13-19.
4. Острая желчнокаменная кишечная непроходимость / Р.Д. Магалашвили и др. // Хирургия. 2007. № 2. С. 51-52.