

муковисцидоза, легочно-кишечной формы, повлекшей летальный исход.

Нам представляется, что данное сообщение будет интересным для неонатологов, детских и взрослых хирургов.

#### Литература

1. К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. Детская хирургия. ИЧП «Хардфорд» Санкт-Петербург, 1996.- С.278-296.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста в 2-х томах.-Москва, 2004.

**УДК 616.366-003.7-007.272**

## **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 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 06.03.2012 г. 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 4x3x3 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, Нэ-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.