

## СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННЫЙ ЖЕЛЧНЫМ КОНКРЕМЕНТОМ

*Ковалев С.А., Татаринов В.С., Савостенко И.Я.,  
Ковалкин Е.П., Абодовский С.А.*

*Учреждение здравоохранения «Могилевская областная клиническая  
больница», г. Могилев, Республика Беларусь*

**Введение.** Возникновение острой кишечной непроходимости, вызванной желчными конкрементами, является редким заболеванием, преимущественно у возрастных пациентов, является трудным для диагностики и для тактики оперативного лечения.

**Цель.** Показать возможность обтурационной кишечной непроходимости, вызванной желчными конкрементами.

**Материал и методы.** Случай лечения пациентки М. 74 лет, которая находилась с 19.11 по 17.12.21 года на лечении в первом и гнойном хирургическом отделении УЗ «Могилевская областная клиническая больница».

**Результаты и обсуждение.** Пациентка М., 74 лет, поступила в УЗ «Могилевскую ОКБ 19.11.21 года с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. Заболела около 5 дней назад. В анамнезе у пациентки ИБС, артериальная гипертензия, киста яичника (оперирована), рак матки (оперирована), пупочная грыжа. ЖКБ пациентка не отмечала. При поступлении состояние больной средней тяжести. Повышенного питания, кожные покровы обычной окраски. ЧСС – 82 в мин., пульс ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. АД= 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот ассиметричен за счет вправимого грыжевого выпячивания в пупочной области размерами 10 x 10 см. На коже живота послеоперационный рубец от пупка до лона и над лоном. Живот умеренно вздут, болезненный больше в правых отделах, там же легкое защитное напряжение мышц брюшной стенки. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положительный справа. Per rectum – без особенностей. Диурез 500 мл. Общий анализ крови: Hb= 154 г/л; Eг =  $5,1 \cdot 10^{12}$  /л; leу =  $9,8 \times 10^9$ /л; э= 1 % ; ся= 79 %; л= 12 %; м= 8 %. Общий анализ мочи : белок- 0,19; leу= 8-10 в п/з ; er= 0-1 в п/з; Б/х анализ крови: @- амилаза = 41 ед; билирубин общий = 11,8 мкмоль/л ; АсАТ= 38,2 Е/л; АлАТ= 58,1 Е/л; глюкоза крови – 8,3 ммоль/л, о/белок 69 г/л, мочевины 20,2 ммоль/л, креатинин 196,8 мкмоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, СРБ 65 мг/л. Коагулограмма: АЧТВ 24 сек., ПВ 14,7 сек., фибриноген 4,22 г/л. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа не определяется, немногочисленные горизонтальные уровни в тонком кишечнике. УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, гепатомегалия, нарушение эвакуаторной функции кишечника? ФГДС: эрозивный эзофагит пищевода, поверхностный гастрит,

рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК, поверхностный бульбит. Выставлен диагноз: Острый аппендицит? Острая спаечная кишечная непроходимость? Послеоперационная вентральная грыжа. Заболевание матки, после оперативного лечения. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты и коронарных артерий, Н2А, ХСН ФК 2. Артериальная гипертензия 2, риск 4. Нарушение жирового обмена 2 ст. После кратковременной предоперационной подготовки под ЭТН 19.11.21 выполнена операция: лапароскопия, лапаротомия, грыжесечение, адгезиолизис, энтеротомия, энтеролитоэкстракция, ушивание подвздошной кишки, дренирование брюшной полости. В начале ЭТН, у пациентки остановка сердечной деятельности с успешной сердечно-легочной реанимацией. На операции на расстоянии 90 см от илеоцекального угла обнаружен обтурирующий просвет подвздошной кишки неподвижный конкремент около 5 см. Произведена энтеротомия с удалением конкремента и ушиванием энтеротомической раны двухрядными швами, декомпрессия кишечника. В правом подреберье плотный инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, ДПК и большого сальника, конкрементов не пальпируется. Учитывая тяжесть состояния пациентки, ревизия инфильтрата и холецистэктомия не выполнялась. Диагноз: обтурационная кишечная непроходимость желчным конкрементом. ЖКБ: холецистодуоденальный свищ. Послеоперационная среднесрединная вентральная грыжа. Спаечная болезнь брюшной полости. Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны, пациентка лечилась в отделении гнойной хирургии. На 17 сутки после операции у пациентки отмечалось кровотечение из язв желудка и ДПК, которое остановлено консервативными мероприятиями (эндоскопический гемостаз, гемостатическая и противоязвенная терапия). На 28 сутки в удовлетворительном состоянии пациентка выписана домой. Осмотрена через 1 месяц – жалоб особых не предъявляет.

**Выводы.** Данный случай обтурационной кишечной непроходимости желчным конкрементом представляет интерес в связи с редкостью встречаемой патологии и трудностью диагностики.