

## **ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПРИЧИНА ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*Корнев А.И., Чоповский В.М., студ. 4-го курса,*

*Русанов А.М., врач-хирург*

*Научный руководитель – доц. Бугаев В.И.*

*СумГУ, медицинский институт*

*кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии*

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 7 больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью, вызванной желчными камнями, которые находились на лечении в клинике 5 ГКБ г. Сумы за период 2000-2006 гг. Все больные были женского пола в возрасте от 63 до 85 лет. В сроки позже 24 часов от начала заболевания госпитализировано 5 (71%).

Больные госпитализированы со следующими диагнозами: острая кишечная непроходимость – 3, острый аппендицит – 1, перитонит – 2, инфаркт кишечника – 1. Только у 1 пациентки с диагнозом кишечная непроходимость при рентгенологическом и УЗ исследовании выявлен желчно-тонкокишечный свищ, что позволило заподозрить билиарный илеус (БИ) до оперативного лечения.

В диагностике БИ важную роль отдавали клиническим, общим рентгенологическим признакам илеуса, наличию тени крупного желчного камня вне проекции желчного пузыря, а также данным сонографии: увеличение в диаметре тонкой кишки, маятникообразная перистальтика, синдром «рыбьего скелета», наличие тени желчного камня в просвете кишки.

Все больные были оперированы в ургентном порядке в среднем через 8-14 часов с момента госпитализации. Предоперационная подготовка индивидуализировалась в зависимости от сопутствующей патологии и выраженности явлений ОКН.

В 6 наблюдениях диагноз обтурации тонкой кишки желчным камнем был установлен интраоперационно. Диаметр холецисто-дуоденального соустья составлял в среднем от 3,0 до 4,5 см. Обструкция тонкой кишки произошла в пределах от 40 до 150 см от fl. duodenojejunalis. После перемещения желчного камня проксимальнее места обтурации в 6 случаях выполнена энтеротомия и удаление камня. В одном наблюдении камень перемещен в ободочную кишку.

Принципиальным считаем завершение операции интубации тонкой кишки, которая выполнялась трансназально. В 2 случаях выраженный рубцово-спаечный процесс в области duodenum потребовал осуществить интубацию через цекостому.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 3 пациентов: нагноение послеоперационной раны – 2, эвентрация – 1.

Умерших в этой группе больных не было.